

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ФАКУЛЬТЕТ СПЕЦІАЛЬНОЇ ТА ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ НПУ ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА
КАФЕДРА ОРТОПЕДАГОГІКИ, ОРТОПСИХОЛОГІЇ ТА РЕАБІЛІТОЛОГІЇ
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ «ХОРТИЦЬКА НАЦІОНАЛЬНА НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНА
АКАДЕМІЯ» ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
ВГО «НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО ІНВАЛІДІВ «ІНСТИТУТ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ»



МІНІСТЕРСТВО
ОСВІТИ І НАУКИ
УКРАЇНИ



ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
III Міжнародної науково-практичної конференції
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОРТОПЕДАГОГІКИ, ОРТОПСИХОЛОГІЇ
ТА РЕАБІЛІТОЛОГІЇ»

присвяченої 185-річчю Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова
та 100-річчю Факультету спеціальної та інклюзивної освіти

СБОРНИК ТЕЗИСОВ
III Международной научно-практической конференции
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДАГОГИКИ, ОРТОПСИХОЛОГИИ
И РЕАБИЛИТОЛОГИИ»

посвященной 185-летию Национального педагогического университета имени М. П. Драгоманова
и 100-летию Факультета специального и инклюзивного образования

BOOK OF ABSTRACTS
III International Research and Practical Conference
“TOPICAL PROBLEMS OF ORTHOPEDAGOGY, ORTHOPSYCHOLOGY
AND REHABILITOLOGY”
to celebrate 185th anniversary of National Pedagogical Dragomanov University
and centenary of the Faculty of Special and Inclusive Education

4-5 жовтня 2019 року
4-5 октября 2019 года
October 4-5, 2019

Запоріжжя, Україна
Запорожье, Украина
Zaporizhzhia, Ukraine

*Рекомендовано до друку рішенням кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології
Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (протокол № 4 від 16.10.2019 р.)*

*Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради
(протокол № 3 від 7 листопада 2019 р.)*

Рецензенти:

Топузов О. М., доктор педагогічних наук, професор, директор Інституту педагогіки НАПН України, член-кореспондент НАПН України, віце-президент НАПН України;

Шульженко Д. І., доктор психологічних наук, професор, професор кафедри психокорекційної педагогіки Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова.

За загальною редакцією:

Шевцов А. Г., член-кореспондент Національної академії педагогічних наук України, доктор педагогічних наук, професор, директор департаменту ліцензування Міністерства освіти і науки України.

Редакційна колегія:

Нечипоренко В. В., доктор педагогічних наук, професор, ректор комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради;

Заплатинська А. Б., кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова;

Павленко А. І., доктор педагогічних наук, професор, дійсний член Академії наук вищої освіти України, професор кафедри соціальної роботи комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради;

Хворова Г. М., кандидат педагогічних наук, доцент кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова;

Никоненко Н. В., кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри педагогіки та спеціальної освіти Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара.

Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології: збірник тез доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 4-5 жовтня 2019 р.). За заг. ред. Шевцова А.Г. Запоріжжя : Вид-во Хортицької національної академії, 2019. 284 с.

Актуальные проблемы ортопедагогтики, ортопсихологии и реабилитации: сборник тезисов III Международной научно-практической конференции (г. Запорожье, 4-5 октября 2019 г.). За общ. ред. Шевцова А.Г. Запорожье : Изд-во Хортицкой национальной академии, 2019. 284 с.

Topical Problems of Orthopedagogy, Orthopsychology and Rehabilitation: Book of Abstracts of the III International Research and Practical Conference held on October 4-5, 2019 in Zaporizhzhia. Research Editor A. Shevtsov. Zaporizhzhia : Publishing House of Khortytisia National Academy, 2019. 284 p.

ISBN 978-966-8157-72-1

Збірник тез містить матеріали, представлені на III Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології» 4-5 жовтня 2019 року (місце проведення – комунальний заклад вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради). Напрями роботи конференції: новітні технології корекційної навчально-виховної та реабілітаційної роботи з дітьми з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; актуальні проблеми інклюзивного (інтегрованого) навчання дітей та дорослих з порушеннями моторної сфери; зміст підготовки та перепідготовки фахівців у галузі корекційно-реабілітаційної роботи з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; проблеми професійної реабілітації та працевлаштування дорослих з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; фізична реабілітація, ерготерапія та відновне лікування дітей і дорослих з порушеннями функцій опорно-рухового апарату; анімалотерапія в контексті розвитку сучасних методів комплексної реабілітації. Збірник адресовано науково-педагогічним працівникам, викладачам, аспірантам, студентам, які цікавляться інноваційним розвитком системи освіти України, актуальними проблемами ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології.

УДК 37.013.82:159.98:364-78

ISBN 978-966-8157-72-1

© Комунальний заклад вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради, 2019

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	9
РОЗДІЛ 1. НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ КОРЕКЦІЙНОЇ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	11
Шевцов Андрій, Черненко Тетяна ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ВИХОВАННЯ ТА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УКРАЇНІ.....	11
Бризгунова Оксана ПРИНЦИПИ ЦІЛЕПОКЛАДАННЯ SMART ЯК ІННОВАЦІЙНА СТРАТЕГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ.....	15
Возчикова Наталія ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В УМОВАХ ЦЕНТРУ РАНЬОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	18
Галієва Ольга МЕТОДИКА ПРОГРЕСИВНОЇ М'ЯЗОВОЇ РЕЛАКСАЦІЇ ЯК ОДИН ІЗ ЗАСОБІВ ЗНИЖЕННЯ СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ.....	20
Гордієнко Наталія СОЦІОСИСТЕМОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕРНАТНИХ ОСВІТНЬО- РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ.....	22
Грядун Катерина ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ВИВЧЕННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	25
Дергач Маргарита РОЗВИТОК ЕМОЦІОНАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОРА ЗАСОБАМИ ПЛЕЙБЕК- ТЕАТРУ.....	26
Доценко Ольга ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОНТОГЕНЕТИЧНИХ ПЕРЕДУМОВ УНОРМОВАНОГО ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ ВІКОМ ВІД 0 ДО 1 РОКУ.....	29
Івашура Наталія СЕНСОРНА ІНТЕГРАЦІЯ В КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	31
Калаур Світлана, Сорока Ольга ОРГАНІЗАЦІЯ МЕНЕДЖЕРАМИ СОЦІОКУЛЬТУРНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВИХОВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗІ СЛАБОЧУЮЧИМИ ДІТЬМИ.....	33
Каптьол О. ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	35
Кетлер-Митницька Тетяна ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ІНТЕРНАЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	37
Кіріллова Анна AR-ТЕХНОЛОГІЇ В КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	39
Клочкова Юлія ОСОБЛИВОСТІ ЗАПУСКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	41
Козарик Олександра ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МОБІЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У СТРУКТУРІ КОРЕКЦІЙНОЇ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ.....	42
Коломоєць Наталія ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ БАЗОВИХ СЕНСОРНИХ (ЗОРОВОГО, СЛУХОВОГО, ТАКТИЛЬНОГО) КАНАЛІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА.....	45
Korneev V., Sokolovskaya I., Tsymbal V. DISABILITIES OF CHILDREN'S HEALTH CONDITIONING CHRONIC INFLUENCE OF THE COMPLEX OF POLLUTANTS OF DIFFERENT NATURE.....	47

Кравцова Карина ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В ЛОГОПЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	49
Круглик Оксана СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВПЛИВУ НА АКТИВІЗАЦІЮ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	51
Кудінова Маргарита МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ УЧНІВ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ.....	52
Лапшина Ірина, Лупінович Світлана АКТУАЛЬНІ НАПРЯМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОСВІТИ З ІНКЛЮЗИВНИМ НАВЧАННЯ.....	55
Лопатинська Наталія ОСОБЛИВОСТІ МІЖПІВКУЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА НА ПРИКЛАДІ ДОСЛІДЖЕНЬ МОТОРНОГО ПРОФІЛЮ.....	59
Македонська Ольга ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ ОБРОБКИ СЕНСОРНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ.....	63
Мосаєв Юрій ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ГАРДЕНОТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ.....	65
Нечипоренко Валентина СИСТЕМНИЙ РОЗВИТОК ХОРТИЦЬКОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ АКАДЕМІЇ ЯК ВІДКРИТОЇ ІННОВАЦІЙНОЇ СОЦІАЛЬНО-ОСВІТНЬОЇ ІНСТИТУЦІЇ.....	67
Павленко Анатолій МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БІОГРАФІЧНОГО МЕТОДУ В ОРТОПЕДАГОГІЦІ І РЕАБІЛІТОЛОГІЇ.....	72
Пазюк Ксенія КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ЛІКУВАЛЬНО-ФІЗКУЛЬТУРНИХ ЗАНЯТЬ ІЗ ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	73
Позднякова Олена ОРГАНІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО СУПРОВОДУ КОРЕКЦІЙНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ.....	75
Рассказова Ольга КНИГИ-СОЦІАЛЬНІ ІСТОРІЇ – НОВІТНІЙ ЗАСІБ ВИХОВНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО І МОЛОДШЕГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ.....	78
Сасенко Тетяна ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ БАЗИ МОВЛЕННЯ У НЕМОВЛЕННЄВИХ ДІТЕЙ.....	80
Сафонов Артем ФОРМУВАННЯ ГРАФОМОТОРНИХ НАВИЧОК У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДЦП.....	82
Сафронова Кристина ПРОБЛЕМИ ШКІЛЬНОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	85
Сілявіна Юлія ЗМІСТОВНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПЕДАГОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОТОРНОЇ СФЕРИ В УМОВАХ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОСТОРУ.....	86
Соловій Ярослава ТЕМАТИЧНЕ ПОРТФОЛІО ЯК ОДИН ІЗ ВИДІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ НА УРОКАХ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ.....	90
Тимошук Ірина ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ПІСКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ.....	92
Торцева Маргарита ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ ПРОЯВУ ТА КОРЕКЦІЇ ДИЗАРТРИЧНИХ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	94
Truskovska Zenija, Iljina Tatjana FROM THE EXPERIENCE OF WORKING WITH CHILDREN WITH IMPAIRED MUSCULOSKELETAL SYSTEM FUNCTIONS IN MULTISENSORY EDUCATIONAL ENVIRONMENT OF SCHOOL - DEVELOPMENT CENTER.....	96
Турубарова Анастасія ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЙ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ.....	99

Андріянова Ольга ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕДАГОГІЧНИХ ЗАНЯТЬ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МЕНТАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ В УМОВАХ ЦЕНТРУ РАННЬОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	101
Бараненкова Дар'я СУЧАСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ, ЩО МАЮТЬ ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ.....	104
Шульга Стефанія СТИМУЛЯЦІЯ МОВЛЕННЄВОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ ДЦП ЗАСОБАМИ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	106
Ялова Ольга, Іншина Ірина ХМАРНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ.....	108
РОЗДІЛ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ІНКЛЮЗИВНОГО (ІНТЕГРОВАНОГО) НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМ МОТОРНОЇ СФЕРИ.....	110
Андрєєва Наталія ВЕБІНАР ЯК МЕТОД ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ ТА ДОРОСЛИХ З ПОРУШЕННЯМИ МОТОРНОЇ СФЕРИ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНИЙ ПРОЦЕС З АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ.....	110
Андрейченко Дар'я ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ АСИСТЕНТА ВЧИТЕЛЯ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ (З ДОСВІДУ РОБОТИ).....	112
Анісімова Людмила ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ВЧИТЕЛІВ-ДЕФЕКТОЛОГІВ ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ.....	116
Антонова Марія ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	118
Афузова Ганна ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПЕДАГОГІВ ІНКЛЮЗИВНИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ.....	120
Бавшина Руслана СПЕЦИФІКА МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДЦП.....	122
Горшкова Галина ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	125
Єрмаков Іван ЖИТТЄТВОРЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПЕДАГОГІКИ.....	127
Заплатинська Анна СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ В СИСТЕМУ НОВОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ.....	136
Кіктенко Інна, Іскоростенська Юлія, Онищенко Юлія ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА АКТИВНІСТЬ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОТОРНОЇ СФЕРИ В СИСТЕМІ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ.....	139
Клопота Євгеній, Клопота Ольга, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ Я-ОБРАЗУ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ.....	141
Комаренко Ксенія РОЗВИТОК КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В ІНКЛЮЗИВНОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	143
Лапа Віра ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ШКОЛЯРІВ ЯК ЗАСІБ РЕАЛІЗАЦІЇ ТРЕНІНГОВОЇ ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ.....	144
Лоцман Ольга ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ.....	147
Липинська Тетяна, Петренко Світлана ШЛЯХИ НАЛАГОДЖЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ МІЖ ЗАКЛАДОМ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ І РОДИНОЮ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ.....	149
Маврін Віталій, Хлібець Євген СТАНОВЛЕННЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ ЯК СУБ'ЄКТА ЖИТТЄТВОРЧОСТІ В УМОВАХ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОСТОРУ.....	151

Міщенко Інна РОЗВИТОК ДРІБНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ.....	154
Омельянович Ірина, Попів Юлія ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ МАТЕМАТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ.....	157
Липинська Тетяна, Петренко Світлана ШЛЯХИ НАЛАГОДЖЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ МІЖ ЗАКЛАДОМ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ І РОДИНОЮ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ.....	158
Руколяньська Наталія ЛІНГВІСТИЧНИЙ АСПЕКТ СУЧАСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ.....	161
Сазонов Данило АНАЛІЗ СУТНОСТІ ТА ЗМІСТУ ПОНЯТТЯ «ЖИТТЄВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ».....	162
Саніна Яна ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ООП У СУЧАСНОМУ ІНФОРМАЦІЙНОМУ ПРОСТОРІ.....	163
Сасіна Ірина, Онищенко Ольга МОТИВАЦІЙНА ГОТОВНІСТЬ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ ЗНИЖЕНИМ ЗОРОМ ДО НАВЧАННЯ В ШКОЛІ.....	165
Клименко Елена, Смолькина Татьяна ВИДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ.....	168
Степанець Іван, Яцинік Алла ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ОСІБ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	170
Фараджєва Аліна ІНКЛЮЗИВНЕ НАВЧАННЯ ЯК УМОВА МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИЗАРТРІЄЮ.....	172
Фурман Ольга ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНА БАЗА ОРТОПЕДАГОГІКИ ТА ОРТОПСИХОЛОГІЇ.....	174
Хворова Ганна ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМПЕТЕНТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ДІТЬМИ В БАТЬКІВ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ.....	176
Шульженко Діна БІНАРНИЙ ПІДХІД В ІНКЛЮЗИВНІЙ ОСВІТІ.....	179
РОЗДІЛ 3. ЗМІСТ ПІДГОТОВКИ ТА ПЕРЕПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	181
Афузова Ганна ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПЕДАГОГІВ ІНКЛЮЗИВНИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ.....	181
Бавольська Оксана АКТУАЛЬНИЙ ДОСВІД МИКОЛАЇВЩИНИ: «SCAFFOLDING». МОДЕЛЬ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У НАПРЯМІ ІНКЛЮЗИВНОЇ СВІТИ.....	183
Бочелюк Віталій ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ОСОБИСТОСТІ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ У ГАЛУЗІ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	185
Григоренко Т. В. КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ПСИХОЛОГІВ (СПЕЦІАЛЬНИХ, КЛІНІЧНИХ) У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ.....	187
Ільїна Оксана ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНИХ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У ПІДЛІТКІВ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	189
Ковальчук Жанна ВИЗНАЧАЛЬНІСТЬ ДИСЕРТАЦІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ІСТОРИКО-ПЕДАГОГІЧНОГО СПРЯМУВАННЯ ДЛЯ РОЗВИТКУ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ.....	191

Кротенко В. ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ ЯК ФАКТОР ЗАПОБІГАННЯ ПРОЯВАМ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ ІЗ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ СІМЕЙ.....	193
Літвінські Наталя ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ З ОБМЕЖЕННЯМИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ ВНЗ.....	196
Леощенко Дмитро ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ.....	199
Никоненко Наталія ДО ПИТАННЯ ПРО ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКИ ДИРЕКТОРІВ СПЕЦІАЛЬНИХ ТА ІНКЛЮЗИВНИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ.....	200
Пономарьова Галина, Проскурняк Олена ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ТА ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ (КОМБІНОВАНИМИ ПОРУШЕННЯМИ).....	203
Стасюк Інна ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ СТВОРЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА ДЛЯ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ.....	205
Сташук Ольга ПРОБЛЕМА ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ІЗ РАННЬОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	207
Черненко Тетяна ЗАЧАТКИ ПІКЛУВАННЯ ТА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УКРАЇНІ (З НАЙДАВНІШИХ ЧАСІВ ДО ПОЧАТКУ ХІХ СТ.).....	211
РОЗДІЛ 4. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ ТА ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ І ДОРΟΣЛИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	214
Бажмін Володимир ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ ДОПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ПІДЛІТКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ ЦЕНТРУ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	214
Бандуріна Катерина ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ СКОЛІОЗІ.....	216
Баришок Тетяна МКФ ЯК СУЧАСНИЙ ІНСТРУМЕНТ ОЦІНКИ ЯКОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ.....	218
Бєсєда Володимир ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ НА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ РАННЬОГО ТА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	220
Борисов Вячеслав, Лупінович Світлана ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТАНУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО КЛІМАТУ У СТУДЕНТСЬКІЙ ГРУПІ І АКАДЕМІЧНОЮ УСПІШНІСТЮ З ДИСЦИПЛІНИ «ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ».....	222
Бочков Павел ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА РАЗВИТИЯ ПОСТУРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	224
Vindiuk Olha FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE OF JUNIOR SCHOOLCHILDREN IN THE USA.....	226
Віндюк Павло ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКТОРНОЇ ЛОКОМОЦІЇ ЗА МЕТОДОМ ВОЙТИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	228
Волкова Світлана ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ.....	230
Гончаренко Олександр АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ.....	232
Кантаржи Віталій СПЕЦІАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТРУДОТЕРАПІЇ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	234
Кіріллова Анна РОЗВИТОК ДРІБНОЇ МОТОРИКИ РУК У ДІТЕЙ ІЗ ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЦП.....	237
Литвиненко Аліна ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ОДИН ІЗ НАПРЯМІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ДЦП.....	238

Мога Микола ПРЕДМЕТНО-ПРОСТОРОВЕ СЕРЕДОВИЩЕ В КОРЕКЦІЙНОМУ ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ЗІ СПАСТИЧНИМ СИНДРОМОМ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ.....	240
Одинець Тетяна, Бріскін Юрій ОСОБЛИВОСТІ ФАКТОРНОЇ СТРУКТУРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ЖІНОК ІЗ ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ ІЗ РІЗНИМИ РІВНЯМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.....	242
Одинець Тетяна, Панченко Іван ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ.....	245
Панов Микита ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ БЕЗРОБІТНИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	248
Пенькова Дар'я СЕНСОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	250
Пронін Анатолій СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	252
Soroka V., Sokolovska I. PEROXIDE OXIDATION OF LIPIDS IN CHRONIC INFLAMMATION.....	254
Сергата Наталія ХАРАКТЕРИСТИКА ІСНУЮЧИХ СУЧАСНИХ МЕТОДИК ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ПРАВИЛЬНОГО СТЕРЕОТИПУ ХОДЬБИ У ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	256
Сергатий Микола ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ІЗ ПЛОСКОСТОПІСТЮ.....	258
Середа Оксана ІПОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО- РУХОВОГО АПАРАТУ.....	261
Тріпак Мар'ян, Гуменюк Ірина ПРАГМАТИЗМ ДІЯЛЬНОСТІ НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО КОЛЕДЖУ: ПАРАДИГМА ФАХОВОЇ ПРЕДВИЩОЇ ТА ВИЩОЇ ОСВІТИ.....	263
Храпач Катерина ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	266
Штепенко Анастасія, Яценко Світлана ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМ СТОПИ.....	268
РОЗДІЛ 5. АНІМАЛОТЕРАПІЯ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	270
Беляєва Ольга МАЛЮВАННЯ ІЗ СОБАКОЮ, ЯК ЗАСІБ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ. ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЕКТУ «МАЛЮВАННЯ ІЗ СОБАКОЮ».....	270
Бураго Ганна, Берегела Ольга, Мірошников Олександр ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІПОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ МОВИ.....	273
Вдовиченко А., Кулько М. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КАНІСТЕРАПІЇ В ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ «ВІДРОДЖЕННЯ».....	274
Кравець Ніна, Яцемірська Тетяна ПРИРОДА – ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	276
Шаповалова Ірина ІПОТЕРАПІЯ ЯК СУЧАСНИЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ РАННІМ ДИТЯЧИМ АУТИЗМОМ.....	278
УХВАЛА.....	281

ПЕРЕДМОВА



Шевцов Андрій Гаррійович,

член-кореспондент Національної академії педагогічних наук України, доктор педагогічних наук, професор, директор департаменту ліцензування Міністерства освіти і науки України

Шановні колеги!

Одним із провідних, системних векторів реформування освіти України в контексті перспектив євроінтеграції є подальший розвиток практики інклюзивного та інтегрованого навчання у синергії з підвищенням якості освітньо-реабілітаційної діяльності закладів спеціальної освіти, загальноосвітніх шкіл та дошкільних закладів, установ медико-соціальної реабілітації, з удосконаленням інституційних умов для задоволення особливих освітніх потреб всіх дітей, зокрема, учнів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Системність цього вектору інноваційного розвитку визначається його пріоритетністю на всіх рівнях: від дошкільної освіти і ранньої реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я до освіти дорослих, організованої на теоретико-методологічних засадах спеціальної андрагогіки.

Запровадження нами у 2010 році нової галузі спеціальної освіти ортопедагогіки (науки про принципи, закономірності, зміст, методи і форми навчання та виховання дітей та дорослих з порушеннями функцій опорно-рухового апарату) у поєднанні з ортопсихологією та реабілітологією було відгуком на виклики часу і потреби практики у сфері освіти та комплексного реабілітування такої категорії дітей та дорослих.

У тому ж 2010 році в НПУ імені М. П. Драгоманова була створена кафедра ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології, яка стала шостою кафедрою Інституту корекційної педагогіки та психології. Засновником кафедри був професор Шевцов А. Г. разом з командою одностайців: доцентом Хворовою Г. М., професором Глобою А. П., доцентом Луцько К. В., доцентом Заплатинською А. Б., к.п.н. Родненок М. Є., викладачем Ільїною О. В. та іншими.

Серед основних напрямів наукової роботи кафедри: «Наукові засади ортопедагогіки та ортопсихології в аспекті корекційно-реабілітаційної роботи та фахової підготовки дефектологів (ортопедагогів) і вчителів інклюзивного навчання», «Теорія і практика соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату в умовах регіонального реабілітаційного середовища», «Психолого-педагогічна допомога дітям з нейробіологічними порушеннями».

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

- бакалавр, освітня програма – ортопедагогіка, кваліфікації: вчитель-дефектолог, вчитель початкового навчально-виховного закладу (додаткові кваліфікації «Спеціальне виховання» та «Комплексне реабілітування»);
- магістр за освітньо-науковою програмою (1 рік 9 місяців) – діагностико-консультативна ортопедагогіка, кваліфікація: магістр спеціальної освіти (додаткові кваліфікації «Консультування інклюзивної освіти» та «Консультування спеціальної освіти»);
- за освітньо-професійною програмою (1 рік 4 місяці) – ортопедагогіка, кваліфікація: магістр спеціальної освіти (додаткові кваліфікації «Психолого-педагогічне реабілітування» та «Ерготерапія»).

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

З 2014 року освітній рівень бакалавр отримало більше 200 студентів денної та заочної форми навчання, освітній рівень магістр, в тому числі 2-га вища освіта (перекваліфікація), отримало більше 100 студентів денної та заочної форми навчання.

Успішна реалізація зазначених вище стратегічних завдань у сфері ортопедагогіки та реабілітології передбачає консолідовану участь і співпрацю спеціальних педагогів, психологів, вузьких спеціалістів корекційно-реабілітаційного профілю, менеджерів освіти, науковців і громадськості; аналіз і обговорення інноваційного досвіду корекційної навчально-виховної та реабілітаційної роботи з дітьми з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, актуальних проблем навчання, професійної реабілітації і працевлаштування молоді та дорослих осіб цієї категорії.

Ці та інші науково-практичні питання визначили тематичні напрями презентаційних форматів і фахових дискусій учасників III Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології», яка відбулась 4-5 жовтня 2019 р. відповідно до плану науково-практичних заходів Міністерства освіти і науки України, Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, Всеукраїнської громадської організації «Наукове товариство осіб з інвалідністю «Інститут соціальної політики». У роботі конференції взяли участь 311 учасників, в тому числі 245 доповідачів із 47 міст України, 18 фахівців із 11 зарубіжних країн (Чехії, Польщі, Словачії, Данії, Португалії, Республіки Білорусь, Литви, Латвії, Грузії, Казахстану, США).

Конференція була проведена на базі комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради (м. Запоріжжя), тож учасники мали можливість ознайомитися з освітньо-реабілітаційною системою цього унікального закладу, в якому протягом 26-річної експериментальної діяльності акумульовано значний інноваційний досвід інклюзивного, інтегрованого, корекційного навчання, комплексної (медичної, соціальної, психологічної, педагогічної і професійної) реабілітації дітей та молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату на засадах ортопедагогіки, ортопсихології і реабілітології. З 1993 р., коли на базі закладу було розпочато Всеукраїнський соціально-педагогічний експеримент «Комплексна медична, психологічна, соціально-педагогічна реабілітація вихованців санаторних шкіл-інтернатів», колектив розробив і успішно реалізував ряд змістових, технологічних, організаційних і управлінських нововведень, які нині визначають структурно-функціональну специфіку багаторівневої освітньо-реабілітаційної системи Хортицької національної академії. Безперервність і наступність навчання, комплексної реабілітації, соціалізації та розвитку життєвої компетентності дітей та молоді з порушеннями опорно-рухового апарату забезпечується за рахунок об'єднання в цій системі таких підрозділів, як центр ранньої соціальної реабілітації, загальноосвітня санаторна школа-інтернат I-III ступенів, педагогічний коледж і факультети академії.

До збірки матеріалів III Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології» включені тези доповідей науковців і фахівців з реабілітації, зокрема іноземних, представників закладів дошкільної, загальної середньої, вищої та післядипломної освіти України, реабілітаційних і медичних установ, всеукраїнських громадських об'єднань, які опікуються проблемами освіти та реабілітації осіб з порушеннями моторної сфери. Зміст наукових публікацій розкриває теоретико-методичні засади ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології, історичні аспекти її генези та інституціоналізації, сучасний досвід освітньо-реабілітаційної і корекційно-розвиткової роботи з дітьми, молоддю та дорослими, які мають порушення функцій опорно-рухового апарату, перспективи подальших наукових досліджень та інноваційної діяльності за цими напрямками.

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

З повагою, Андрій Шевцов

**РОЗДІЛ 1. НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ КОРЕКЦІЙНОЇ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ
ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ
З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

УДК 37.013.82 : 376.2 : 378

Андрій Шевцов,

член-кореспондент Національної
академії педагогічних наук України,
доктор педагогічних наук, професор,
директор департаменту ліцензування
Міністерства освіти і науки України,
м. Київ, Україна

Тетяна Черненко,

старший викладач кафедри
дошкільної освіти Ніжинського
державного університету імені Миколи Гоголя,
м. Ніжин, Україна

**ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ВИХОВАННЯ
ТА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ
ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УКРАЇНІ**

Як реакція на виклики часу, що стимулюють нові практичні та епістемологічні підходи до пізнання феноменів навчання та реабілітації осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, одним із співавторів у 2010 році було запроваджено нову галузь науки спеціальної освіти – ортопедагогіку [4]. У сучасному українському дефектологічному понятійно-термінологічному полі нами зафіксовано термін «Ортопедагогіка» та зазначені як новітні терміни «ортодизонтогенез» та «ортопсихологія». А саме, «Ортопедагогіка (від грец. Орθος – прямий) – наука про принципи, закономірності, зміст, методи і форми навчання та виховання дітей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату (ПФОРА). Серед останніх виділяються діти з органічними ураженнями нервової системи (дитячий церебральний параліч, наслідки поліомієліту, травми спинного мозку тощо), з вродженою патологією опорно-рухового апарату, з набутими захворюваннями та порушеннями опорно-рухового апарату. Ортопедагогіка розвивається на основі загальних принципів педагогіки, дефектології, реабілітології з урахуванням даних таких споріднених дисциплін, як ортодизонтогенез та ортопсихологія» [6]. Очевидно, що вивчення нової галузі знань ортопедагогіки потребує не тільки нових клінічних, психолого-педагогічних та інших наукових даних, але й досліджень про історію цього питання, зокрема про історичні аспекти становлення системи виховання та навчання дітей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні та в світі.

Для формування методології та історико-логічної лінії наших досліджень нам для початку необхідно навести певну хронологічну періодизацію розвитку становлення системи виховання та навчання дітей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні. Для її побудови ми використаємо дві періодизації, що дадуть нам відповідний матеріал для певних міркувань. Першою є періодизація розвитку спеціальної освіти у різні історичні епохи, що була започаткована М. М. Малофєєвим. Змістовна періодизація процесу становлення та зміни відношення суспільства і держави до людей з обмеженнями життєдіяльності за допомогою систематизації різноманітного історичного матеріалу виступає у ролі інструмента виявлення загальних для різних країн закономірностей процесу розвитку відношення до цих осіб. На наступному етапі дослідження ця систематизація відіграє роль системи координат, в яких можна розглянути критичні точки розвитку державних систем спеціальної освіти як соціокультурні феномени. Так само буде і в нашому дослідженні.

Друга ідея, що нами буде розглядатися – це створена одним із співавторів історична періодизація еволюції суспільних уявлень щодо реабілітаційної парадигми осіб з інвалідністю, практичних та наукових підходів до цілей, сутності, методів та інструментів, топології системи реабілітування та навчання дітей і дорослих з обмеженнями життєдіяльності. Вона була названа багатопараметричною економіко-соціокультурною періодизацією розвитку реабілітаційної парадигми та підходів до соціального реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності і формувалася на основі комбінації «хвильової», формаційної та цивілізаційної концепцій розвитку людства [5]. Провідним узагальнюючим фактором еволюції реабілітаційної парадигми було названо освітній фактор.

Отже, ми пропонуємо таку хронологічну шкалу еволюції системи виховання та навчання дітей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату в Україні:

- 1) Від часів Давньої Русі до XIX сторіччя;
- 2) XIX сторіччя – до 20-тих років XX ст.;
- 3) 20-ті роки – 40-50-ті роки XX ст. (подолання наслідків каліцтва неселення після Першої та Другої світових воєн, боротьби за незалежність, голодів 20-х – 30-х років та Голодомору 32-33 рр.);
- 4) 60-ті – 70-ті роки XX ст. (подолання наслідків пандемії поліомієліту, туберкульозу кісток);
- 5) 80-ті – 90-ті XX ст. (подолання наслідків дитячого церебрального паралічу);
- 6) кінець 90-х – по наші часи – новий період в історії освіти дітей із ПФОРА (створення навчально-реабілітаційних центрів, упровадження інклюзивної форми навчання, реформа НУШ).

Оскільки питання науково-обґрунтованої періодизації розвитку освіти дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату не були предметом наукових розвідок, коротко зупинимося на характеристиці перших висновків нашого дослідження вищезазначених періодів та їхніх особливостей. **Перший період: від часів давньої Русі до XIX ст.** Відмічаємо, що основи піклування про дітей з особливими освітніми потребами закладені у древньослов'янському релігійному світогляді (такі діти дають віруючим змогу творити милість в ім'я Бога). Становлення спеціальної допомоги людям із вираженими порушеннями у розвитку в Україні почалося за часів християнізації Київської Русі з указу князя Володимира Святославовича (996 р.), що зобов'язував православну церкву, монастирі «турбуватися про вбогих і юродивих», розпочати будівництво лікарень та «богаділень», на утримання закладів громадської опіки передбачив частину від княжих прибутків. Навчали дітей, у тому числі з ПФОРА, елементам грамоти, живопису, співів та різних ремесел.

Практика утримування, піклування, частково медичної та соціальної реабілітації дітей із каліцтвом продовжувалася протягом XII-XVII ст. У період Гетьманщини на українських землях було досягнуто практично суцільної грамотності населення. Однак за часів національно-визвольної війни та доби Руїни каліцтв зазнавали не тільки дорослі, а й діти, тому при школах відкривалися притулки для дітей-сиріт, дітей із каліцтвами (бурси), дітей із різними порушеннями під патронатом общини [3]. У XVII – XVIII ст., внаслідок посилення світської влади у Російській імперії, поряд із церковною та приватною благодійністю, набуло поширення державне опікування. Відтепер заборонялося вбивати дітей із вираженими «дефектами». Діти-сироти та діти з порушенням зору, слуху, опорно-рухового апарату виховувалися у спеціальних відділеннях, де їх навчали, привчали до елементарної праці та самостійного виживання у громаді. На теренах України майже в кожній губернії створено накази про суспільну опіку, що зобов'язували наглядати за народними школами, сирітськими й виховними будинками, госпіталями, будинками для божевільних та невиліковних дітей, серед яких були і діти із ДЦП.

Отже, у зазначений часовий період головним було питання піклування про дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату. Питання навчання розглядалося частково. Морально-релігійний чинник, гуманістичні ідеї, а у часи Гетьманщини та доби Руїни, – внутрішньополітична боротьба та збройне втручання іноземних держав мали вирішальний вплив на формування етичних норм у ставленні до дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату.

Другий період: XIX сторіччя – до 20-х років XX століття ознаменувався зміною ставлення до осіб із розумовими та фізичними порушеннями, все більше усвідомлюється не тільки можливість

навчання, а й право на освіту. Важливим поштовхом до розвитку як добродійних, так і лікувально-освітніх закладів для дітей із порушенням функцій опорно-рухового апарату у XIX столітті була індустріальна революція, Східна війна 1853-1856 рр., буржуазні реформи (промисловий переворот потребував великої кількості робочих рук), у тому числі освітня, у Росії, активізація діяльності земських установ. Усе частіше мова йде про навчання, а отже і залучення до праці на підприємствах людей із ПФОРА. Проте до кінця XIX ст. у Росії проблеми навчання хвилювали головним чином медиків.

Третій період: 20-ті роки – 40-50-ті роки. Перша світова війна, революція, багаторічні визвольні змагання на теренах України, перші спроби відновлення та функціонування української державності, встановлення радянської влади призвели до великої кількості загиблих, голоду, розрухи, епідемій, масового каліцтва, хвороб, появи великої кількості дітей-сиріт, безпритульних і «дефективних» дітей, які своєю неконтрольованою поведінкою, антисоціальними вчинками створювали загрозу життєдіяльності радянської держави і суспільства. Саме тому питання ліквідації дитячої безпритульності та бездоглядності, залучення до навчання дітей із порушеннями розвитку були в центрі уваги уряду. Зусилля влади спрямовувалися на охорону дитинства, встановлення соціального контролю за дітьми, перебудову їхнього навчання і виховання, розвитку освіти «дефективних» дітей. Формується нормативно-правове забезпечення освіти дітей з обмеженнями життєдіяльності. Уся матеріальна відповідальність за утримання дітей покладалася на державу. Серед дитячого населення виокремлювали три основні групи – нормальні діти, неповнолітні правопорушники (до них приєднували також безпритульних), «дефективні» діти, що і було покладено в основу створення різних типів навчально-виховних закладів соціального виховання, тобто обумовлювало вектори диференційованого підходу до організації дитинства і шкільної справи, відображені у законодавстві. Узгодження функцій НКО УСРР і НКОЗ УСРР щодо піклування про дітей, де зазначалося: «Нервові, психічно хворі, розумово недозрілі та фізично дефективні діти (глухонімі, сліпі й каліки) виховуються у відповідних спеціальних установах Наркомздоров'я (школи-санаторії, школи-лікарні, допоміжні установи)», дало можливість частково забезпечити їхнє диференційоване навчання, соціальну та медичну реабілітацію. Період 20-х років був реформаторським стосовно упровадження педагогічних новацій, здійснення різноманітних психолого-педагогічних експериментів. Пріоритетним виголошувалося поєднання зусиль педагогів і лікарів. Це мало забезпечити кваліфікований розподіл дітей за станом фізичного і психічного здоров'я з метою надання можливості одержати відповідну медико-психологічну допомогу і освіту. На базі створених медико-педагогічних кабінетів відбувалося їхнє вивчення і вже потім відповідне направлення до наступної соціалізаційної установи (профільні дитячі будинки). Основна відповідальність за здійснення доцільної і правильної диференціації дітей покладалася на вищезгадані кабінети. Це були нові підходи до організації широкої і водночас індивідуалізованої освіти дітей на засадах забезпечення їхніх рівних прав і можливостей. Однак, у роботі жодного кабінету не виокремлювався напрям роботи з дітьми із ПФОРА. Переважна більшість дітей зазначеної категорії вивчалася у контексті їхнього інтелектуального розвитку. Увага зверталася переважно на вторинне порушення, не виокремлюючи ДЦП як первинне. Оскільки в Україні було створено лише 4 регіональних медико-педагогічних кабінети – у Харкові, Києві, Одесі, Дніпропетровську, вирішувати питання виявлення, диференціації (*діагностики*), піклування, навчання, виховання, соціальної та частково фізичної реабілітації дітей було покладено на Комісії у справах неповнолітніх, що створювалися практично у кожному окрузі [1]. Комісії, персонал її допоміжних установ (колекторів-приймальників, колекторів-розподільників) здійснювали первинне обстеження «дефективних» дітей усіх категорій, для виховання яких призначалися спеціальні дитячі будинки. Приймальники, колектори та приймальники-розподільники допомагали організувати роботу комісій на основі попереднього вивчення особи неповнолітніх правопорушників, стану здоров'я, умов їхнього життя. Закріплювався диференційований підхід до виправлення правопорушників залежно від їхнього віку, статі, стану здоров'я, ступеня педагогічної занедбаності. Як важливо і водночас важко було це реалізовувати можна зробити висновок, проаналізувавши діяльність Комісії у справах неповнолітніх Ніжинського округу (створена у жовтні 1923 року).

Тривалий час комісія не мала власного приміщення. Низька заробітна плата Голови та обслідувачів, часта зміна її членів (лікарів, педагогів), відсутність юристів на постійно діючій основі, велика кількість дітей із різних регіонів України, яку потрібно було обстежити, не сприяли ефективній діяльності, ретельному вивченню та діагностиці дітей. Детальні результати та особливості діяльності комісій будуть викладені у наступних дослідженнях.

Отже, питання піклування, виховання, навчання дітей із порушенням функцій опорно-рухового апарату розглядалися, обговорювалися та активно вивчалися. У період національно-визвольних змагань та встановлення радянської влади (20-ті роки XX ст.) були актуальними, однак у системі освіти не виокремлювалося. На початку XX ст. в Україні були зроблені лише окремі спроби навчання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, проте не була оформлена диференційована державна система їхньої освіти.

У 1950-і рр. в СРСР було відкрито багато шкіл для дітей із наслідками поліомієліту. Оскільки поліомієліт – захворювання нервової системи, в результаті якого відбувається вибіркове ураження м'язових груп без супутнього пошкодження мовлення, психічних та інтелектуальних функцій, то спеціальні школи нового типу, що відкрилися, були орієнтовані на програму масового навчання. Вони призначалися також і для дітей із ДЦП. У даний період у фахівців ще не склалося чітке уявлення про те, що на відміну від тих, хто переніс поліомієліт, у дітей із ДЦП порушується також інтелектуальний та психічний розвиток. Саме тому всі діти з різними ПФОРА, одночасно з комплексом лікувальних заходів, проходили навчання за програмою звичайної масової школи. Варто зазначити, що у цей період дітей, які хворіли на туберкульоз кісток і фактично були прикуті на декілька років до ліжка, навчали безпосередньо на базі протитуберкульозних санаторіїв.

Таким чином, на відміну від ситуації щодо оригінальних педагогічних розробок спеціальних методик виховання дітей із сенсорними порушеннями або інтелектуальними порушеннями, історичні джерела містять украй мало даних про розвиток наукових досліджень в області спеціального навчання дітей із ПФОРА. Очевидно, це було пов'язано перш за все з тим, що психічна сфера останніх не представлялася об'єктом, відмінним від норми, і таким, що вимагає особливого підходу до організації та забезпечення навчально-виховного процесу. Подібний стан речей існував фактично до середини XX століття.

Проте, поступово до кінця минулого століття (**четвертий-п'ятий періоди нашого дослідження**) ситуація у сфері навчання та виховання дітей із ПФОРА змінилася завдяки таким чинникам. Перший чинник пов'язаний з багатократним ускладненням структури, об'єму і змісту сучасної освіти, яка мусила відповідати епосі постіндустріального інформаційного суспільства. При цьому вимоги до освітніх стандартів значно посилилися. Це привело до необхідності поглибити наше розуміння складного зв'язку «тонкої структури» неявно виражених психічних особливостей розвитку описуваних нами дітей (і дорослих) із надзвичайно складною та інформаційно насиченою сучасною освітою.

Ті феномени психіки дітей із ПФОРА, які розглядалися як неістотні для освіти, в умовах інтенсивного навчального процесу інформаційного суспільства виявилися критичними в досягненні ефективності навчання та виховання. А весь педагогічний процес став вельми чутливим до особливостей пізнавальної та емоційно-вольової сфер осіб із ПФОРА. Раніше такі зв'язки не були очевидними і не враховувалися, тож і зусилля педагогів-дефектологів були направлені на «злободенніші» та «очевидніші незброєному оку» педагогічні та психологічні проблеми: пошук спеціальних методів навчання й виховання розумово відсталих дітей, дітей із порушеннями зору та слуху.

Другий чинник пов'язаний із розвитком медицини, в першу чергу неврології, а також активізацією відповідних досліджень у спеціальній психології. Масова практика комплексної реабілітації та навчання дітей із церебральним паралічем значно змінила уявлення і про природу, і про міру складності порушень у дітей цієї категорії вже до кінця 1970-х рр. Унаслідок множинних порушень у розвитку дітей із ДЦП освоєння програми масової загальноосвітньої школи у багатьох випадках виявлялося скрутним, тому виникла необхідність не лише у виявленні специфічних проблем їхнього навчання, але і в надійній

діагностиці таких порушень і розробці методики комплексної реабілітації дітей цієї категорії. У цей період в українській педагогіці сформувалася думка про необхідність виокремлення освіти дітей із ПФОРА з диференційованої системи спеціальної освіти.

На шостому етапі відбулися найбільш важливі науково-методологічні та організаційні медико-соціально-педагогічні заходи, спрямовані на розвиток освіти дітей із ПФОРА. З'являються заклади дошкільної, загальної середньої освіти, навчально-реабілітаційні центри, навчально-виховні комплекси, заклади з інклюзивною формою навчання, інклюзивно-ресурсні центри тощо. Усе це створює сприятливі умови для розвитку освіти зазначеної категорії дітей.

Робота має широку перспективу подальших досліджень. Необхідно з'ясувати вплив суспільно-політичних, соціально-економічних, морально-релігійних, науково-методологічних та організаційних медико-соціально-педагогічних чинників на розвиток різних складових системи освіти дітей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату у різні історичні періоди.

Список використаних джерел:

1. Державний архів Чернігівської області. Ф. Р– 6098, Оп. 1. Спр. 2-35.
2. Кравченко В. Історико-педагогічні аспекти розвитку спеціальної освіти в Україні. URL: http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe (дата звернення: 9.09.2019).
3. Тучак А., Цюпак Т. З історії становлення суспільної допомоги дітям із психофізичними вадами в Україні. URL: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rj> (дата звернення: 9.09.2019).
4. Шевцов А. Г. Апологія ортопедагогіки. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 19. Корекційна педагогіка та психологія* : 3б. наукових праць. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. № 19. С. 209-215.
5. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : монографія. Київ : МП Леся, 2009. 484 с.
6. Шевцов А. Г. Ортопедагогіка. Словникова стаття. / Дефектологічний словник. За ред. В. І. Бондаря, В. М. Синьова. Київ : МП Леся, 2011. 528 с.

УДК 159.922

Оксана Бризгунова,
практичний психолог, м. Запоріжжя, Україна

ПРИНЦИПИ ЦІЛЕПОКЛАДАННЯ SMART ЯК ІННОВАЦІЙНА СТРАТЕГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

Сучасні освітні проблеми в Україні спонукають до розробки інноваційних підходів щодо спеціальної освіти дітей з особливими освітніми потребами, але на жаль, сьогодні спостерігається тенденція до зростання кількості дітей, які потребують психолого-педагогічної та соціальної адаптації, корекційно-реабілітаційної допомоги. Виходячи з цього, найголовнішими проблемами, які потребують негайного вирішення, є соціальна ізоляваність та дезадаптованість дітей з особливими освітніми потребами в суспільстві та надзвичайно складні умови існування сімей, які виховують таких дітей.

Актуальними ці проблеми стають у першу чергу для тих освітніх закладів, які орієнтовані на впровадження інклюзивної освіти, де головною метою є створення стратегії супроводу кожного здобувача освіти в основних сферах його шкільної життєдіяльності: навчанні, спілкуванні, інтелектуальному, моральному та фізичному розвитку. Саме в цій системі мають бути запущені в дію реабілітаційні механізми психологічного супроводу, спрямовані на корекцію, компенсацію, розвиток

порушених психофізичних функцій та станів, відновлення особистісного та соціального статусу дітей з особливими освітніми потребами.

Психологічний супровід учнів з особливими освітніми потребами є динамічним процесом, цілісною діяльністю працівників психологічної служби закладу освіти та педагогічного колективу, який спрямований на задоволення потреб такої дитини та розвиток її потенційних можливостей.

Організація ефективного психологічного супроводу здобувача освіти з особливими освітніми потребами з перших днів перебування в освітньому середовищі прискорить процес адаптації його до шкільного життя та забезпечить створення комфортних умов для успішного навчання й психологічного розвитку.

Виходячи з досвіду впровадження інклюзивного навчання в Хортицькій національній академії встановлено, що рушійною силою позитивного розвитку дитини з особливими освітніми потребами стають грамотно прописані довготривалі та короткотривалі цілі в індивідуальній програмі розвитку, досягнення яких уможливорює поступальність процесів подальшого її реабілітаційного процесу в освітньому просторі.

Міжнародні стандарти орієнтують розробляти такі цілі з опорою на принципи цілепокладання SMART. Це – аббревіатура від таких слів, як: Specific – конкретні (за яких умов, що маємо робити, з ким, де, коли?); Measurable – вимірювані (наявність критеріїв, за якими визначатимуть чи ціль досягнута, чи ні); Achievable – досяжні (зона найближчого розвитку); Result-oriented – орієнтовані на результат, Time-related – визначені у часі [7].

Зважаючи на орієнтир на принципи SMART, такі цілі називають також SMART-цілями.

Наявний порядок вибору цілей, а саме: за ієрархією першочергової значущості у такій послідовності, як: безпека, асоціальна (проблемна) поведінка, соціальний розвиток, комунікативні навички, ігрові навички, самостійність, саморегуляція, навчальні навички.

Це означає, що, зважаючи на наявність різнобічної проблематики у дитини з особливими освітніми потребами, спочатку команда має працювати над тим, щоб дитина була найкращим чином адаптована до освітнього середовища, розвинена у соціальному плані та була самостійною, а потім вже спільні дії фахівців будуть орієнтовані на навчальні навички. Особливості роботи над SMART-цілями полягають у тому, що кожний член команди супроводу, незважаючи на зміст своєї роботи з дитиною, обов'язково має хоч раз за свою зустріч з нею відпрацювати такі цілі (одночасно можна працювати над 3-4 короткотривалими цілями).

Реалізація цих цілей повинна зазначатися у індивідуальній програмі розвитку у виді моніторингу. Важливо зазначити, приклади засобів досягнення цілі: фізична допомога; візуальна підтримка (фотографії, картинки, піктограми); правила «Стоп», «Спочатку-Потім»; графіки, алгоритми виконання дій; домовленість із дитиною з опорою на визначений час (скільки має тривати діяльність, наявність певних пристосувань для цього, наприклад пісочного годинника); створення комфортних умов для дитини на початку взаємодії з нею та інше [5].

Таким чином, здатність прописувати SMART-цілі, послідовно і узгоджено досягати їх усіма учасниками команди супроводу, а також відслідковувати динаміку розвитку дитини – це спеціальні вміння єдиної команди, які можна здобути завдяки спільній взаємодії та власним прагненням фахівців, зацікавлених у продуктивному навчанні дітей з особливими освітніми потребами.

Слід також відмітити, що формування навичок цілепокладання є важливим компонентом розвитку гармонійної та успішної особистості в цілому. Адже, навчаючи учня ставити конкретні цілі та досягати важливого для нього результату, реалізує основні функції цілепокладання, а саме:

1. Надання сенсу людській активності та діяльності. Усвідомлення дитиною смислу свого життя, можливості його змінювати, а також ставити в разі потреби нові життєві цілі.

2. Установка пріоритетів. Висування власних цілей дає можливість учню переглянути свої повсякденні дії у плані їхньої доцільності, важливості для реалізації основних, пріоритетних цілей.

3. Планування і проектування, економія витрат. Відповідно учень може побудувати попередній проект досягнення майбутнього результату, що включає план дій, бачення оптимальних форм і методів їх здійснення, необхідні засоби й умови, і лише потім почати діяти. Тим самим дитина значно економить сили і час, а отже, досягає бажаних результатів із більшою ефективністю.

4. Мобілізація, активізація. Ставлячи певну мету, дитина ніби надає всьому її організму наказ прагнути її виконання. І тоді, часто несвідомо, вона починає виконувати саме ті дії, використовувати саме ті засоби і створювати саме ті умови, що найімовірніше приведуть до виконання поставленої мети.

5. Позитивне емоційне підкріплення. Постановка певної мети виконує і певну енергетичну функцію. Коли учень отримує результат від досягання мети – він відчуває задоволення, отримує позитивне емоційне підкріплення, його сили нібито подвоюються, з'являється натхнення діяти (наприклад вчитися) й далі.

6. Концентрація зусиль, організація, узгодження. Постановка чіткої цілі дає змогу зосередити увагу на основному й підкорити цьому будь-яку іншу діяльність. Наприклад, учень, який прагне виконати завдання якомога ефективніше, часто знаходить цікавий і корисний навчальний матеріал у будь-яких, навіть випадкових джерелах: художніх творах, у пресі, телебаченні, розповідях знайомих, подіях, що з ним трапляються, тощо.

7. Контроль. Досягнення мети обов'язково має передбачати функцію перевірки цього процесу. Контроль дає змогу встановити учню як сам факт досягання поставленої мети, так і міру її досягання. І чим конкретніше дитина визначить мету, тим краще вона зможе визначити те, наскільки її досягнуто [3].

Отже, постановка цілей будь-якої діяльності є важливою передумовою успіху дитини. Чим краще будуть сформовані навички цілепокладання, тим процес досягання успіху буде легшим, цікавішим та ефективнішим.

Зауважимо, що пріоритетні завдання практичного психолога, який здійснює психологічний супровід інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами, наступні:

1. Недопущення появи у дитини з особливими освітніми потребами психопатологічних рис особистості під впливом особливих умов її розвитку.

2. Недопущення затримки не тільки в навчальній діяльності, а й у розвитку особистості, запобігання інфантилізму.

3. Зняття психоемоційного напруження.

4. Компенсація наявних дефектів шляхом активізації аналізаторів зберігання.

5. Стимулювання позитивного ставлення до дефекту, віри в можливість його компенсації.

6. Проведення просвітницької роботи із усіма учасниками освітнього процесу щодо особливостей дітей з порушеннями психофізичного розвитку та формування адекватного ставлення до них.

7. Оптимізація спілкування дитини з однолітками, батьками, педагогами.

8. Допомога дітям в опануванні системи відносин зі світом та самим собою.

9. Розробка й впровадження відповідних форм та методів роботи, як умов успішного навчання дітей з особливими потребами [5].

Слід відмітити, що в основу змісту психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами покладено концепцію, згідно якої дозрівання окремих вищих психічних функцій, психічний розвиток у цілому – в нормі й в патології, має поступальний поетапний характер. Кожний етап психічного розвитку дитини завершується формуванням певних психічних новоутворень, які стають основою психічного розвитку наступного етапу. Основні закономірності психічного розвитку (наступність, перехід кількісних змін у якісні, закріплення змін у процесі розвитку через досвід) є спільними як для норми, так і для патології.

Однак при спільних закономірностях розвитку в нормі й в патології, за умов атипового розвитку спостерігаються особливості, найперше – зниження загального рівня розвитку. При цьому поряд із первинними відхиленнями в структурі дефекту, формуються вторинні відхилення, які виникають опосередковано у процесі аномального соціального розвитку. Тим самим порушення, які з'являються в тому чи іншому ланцюжку розвитку, в силу дії загальних психологічних законів призводять до змін психічної сфери дитини, що виявляється у відхиленнях різних за характером, силою і значимістю для кожної категорії дітей. Однак загальним для усіх випадків є те, що зміни, які виникають, впливають на весь подальший розвиток дитини [2].

Таким чином, для забезпечення оптимального психічного розвитку дітей з особливими освітніми потребами та їх ефективної реабілітації в освітньому просторі діяльність практичного

психолога має полягати в систематичному психологічному супроводі дитини під час її перебування в закладі освіти та створенні сприятливих умов для її успішної адаптації, соціалізації та розвитку в цілому.

Список використаних джерел:

1. Асистент учителя в інклюзивному класі : навчально-методичний посібник / Н. М. Дятленко, Н. З. Софій., О. В. Мартинчук, Ю. М. Найда. Київ : ТОВ Видавничий дім «Плеяди», 2015. 172 с.
2. «Віконечко». Програма розвитку, навчання та виховання дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку / за ред. проф. Т. В. Сак. 2012. 238 с.
3. Колупаєва А. А., Данілявічюте Е. А., Литовченко С. В. Професійне співробітництво в інклюзивному навчальному закладі : навчально-методичний посібник. Київ : Видавнича група «А.С.К.», 2012. 197 с.
4. Концепції розвитку інклюзивного навчання. Наказ МОН № 912 від 01.10.10 року URL: http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/9189/ (дата звернення: 12.09.2019).
5. Луценко І. Організація психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. URL: <http://www.pedrada.com.ua/article/232-organizatsiya-psiologichnogo-suprovodu-ditey-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-v-umovah> (дата звернення: 12.09.2019).
6. Скрипник Т. В. Технології психолого-педагогічного супроводу дітей з аутизмом в освітньому просторі: навчально-наочний посіб. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2015. 56 с. URL: <http://www.ussf.kiev.ua/images/news/2016.02.10/Tehnologii%20Autizma.pdf> (дата звернення: 12.09.2019).
7. Bateman B., Herr C. (2006). Writing Measurable IEP Goals and Objectives. Attainment Company, Inc. All Rights Reserved. Printed in the United States of America Second Edition.
8. Казаннікова О. В. Теоретичні підходи до формування професійної компетентності майбутніх соціальних педагогів. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2016, №. 50. С. 133-140.

УДК 376.02

Наталія Возчикова,

вчитель-логопед Центру ранньої соціальної реабілітації
комунального закладу вищої освіти «Хортицька
національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

**ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ
У СТАРШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ
В УМОВАХ ЦЕНТРУ РАННЬОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

В умовах сучасних соціально-економічних, політичних та культурних перетворень, зокрема інтеграції дітей, що мають дитячий церебральний параліч, у загальноосвітній простір, постає проблема формування комунікативної компетентності у старших дошкільників із дитячим церебральним паралічем. Зважаючи на те, що очікування суспільства пов'язані сьогодні, насамперед, з вихованням життєздатної, свідомої та творчої особистості, процес формування комунікативної компетентності у старших дошкільників із ДЦП вимагає новітніх підходів і є невід'ємною складовою алгоритму комплексної логопедичної реабілітації в умовах спеціальних навчально-реабілітаційних закладів.

Корекційна робота з формування комунікативної компетентності у старших дошкільників з тяжкими ураженнями нервової системи повинна будуватися з урахуванням специфічності їхньої вербальної та невербальної комунікації. На відміну від дітей із типовим розвитком, у дітей із ДЦП комунікативна функція розвивається нерівномірно і не супроводжує усі види діяльності. Через обмеженість довільних рухів мовленнєвого апарату, артикуляція звуків і слів значно утруднюється, в результаті чого мовлення дитини з церебральним паралічем набуває нечіткого, «стертого» характеру.

Також, органічне ураження мовленнєворухового аналізатора негативно позначається на можливості застосування комунікативних умінь і навичок в конкретних соціально-побутових ситуаціях та посилюється дефіцитом спілкування. Зважаючи на те, що порушення комунікативної функції є характерною особливістю дошкільників із ДЦП, корекційна робота, спрямована на формування комунікативної компетентності у дітей даної нозологічної групи, є провідною в системі корекційно спрямованої діяльності вчителя-логопеда. Саме тому формування комунікативної компетентності у старших дошкільників із дитячим церебральним паралічем є актуальним і зумовлене вимогами часу.

У науково-методичний обіг, на відміну від традиційних термінів «мовленнєвий розвиток» та «мовленнєві здібності», Т. О. Піроженко пропонує ввести «комунікативний розвиток» та «комунікативні здібності» [1]. Автор визначає наступні комунікативні властивості мовлення: спрямованість на партнера по спілкуванню, установка на реакцію у відповідь, різноманітність і виразність мовлення, активне використання вербальних та невербальних засобів комунікації, наявність контактостворюючих засобів у спілкуванні.

Під визначенням «комунікативна компетентність» розуміють здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими людьми, певну сукупність знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективне спілкування [1]. Вона передбачає вміння змінювати глибину і коло спілкування, розуміти і бути зрозумілим для партнера по комунікативній взаємодії.

Комунікативну компетентність у контексті нашого дослідження ми розглядаємо як сукупність спеціальних знань, умінь і навичок, які забезпечують ефективність протікання комунікативних процесів (оволодіння навичками мовленнєвого спілкування, сприйняття, оцінки й інтерпретації комунікативних дій, планування ситуації спілкування) з урахуванням специфіки мовленнєвого порушення, а також правил регуляції комунікативної поведінки та засобів її корекції (О. Дзюба) [2].

Досвід організації заходів із формування комунікативної компетентності у старших дошкільників із дитячим церебральним паралічем в умовах Центру ранньої соціальної реабілітації у структурі КЗВО «Хортицька національна навчально – реабілітаційна академія» ЗОР дозволяє нам виділити наступні комунікативні компетенції: а) мотивація до мовленнєвої діяльності та ініціювання мовленнєвої ситуації; б) використання вербальних та невербальних засобів комунікації; в) вміння підтримати розмову; г) вміння спілкуватися на різні теми та обмінюватися досвідом; д) культуру мовленнєвої поведінки; ж) ініціативність спілкування.

Також, нами визначено наступні умови формування комунікативної компетентності у старших дошкільників із дитячим церебральним паралічем: соціальна ситуація розвитку дитини; потреба у спілкуванні з дорослими та однолітками; спільна діяльність (провідна ігрова діяльність) і навчання, які створюють зону найближчого розвитку дитини.

В контексті дослідження даної проблематики компонентами комунікативної компетентності, на наш погляд, виступають: а) розуміння, прогнозування та програмування процесу спілкування; б) «вживання» в комунікативну ситуацію та здатність управляти нею; в) характер спілкування (вербальний й невербальний); г) встановлення комунікативної взаємодії з партнером по спілкуванню з урахуванням його соціальної ролі та культури комунікативної поведінки.

За результатами аналізу результативності заходів із комплексної логопедичної реабілітації старших дошкільників із ДЦП нами визначено наступні особливості формування комунікативної компетентності у дітей даної нозологічної і вікової групи: наявність патологічної рухової симптоматики, яка є причиною тяжких мовленнєворухових розладів та порушень артикуляції; порушення процесу синхронізації артикуляції, дихання та голосоутворення, що іноді унеможлиблює процес мовлення; порушення розвитку просодичних компонентів мовлення (інтонаційної, ритмічної та мелодійної виразності); недорозвинення експресивного та імпресивного ладу мовлення; недорозвинення зв'язного мовлення; несформованість способів комунікації (діалогічного і монологічного мовлення); бідність фразового мовлення або повна його відсутність; недорозвинення лексико-граматичних компонентів мовлення; неточності у розумінні та використанні узагальнюючих понять і слів з абстрактним і непрямим значенням; неточності у відтворенні слів і фраз, які мають складну складову структуру; порушення фонематичного слуху та фонематичного сприйняття; низька мовленнєва активність; низька мотивація до встановлення соціальних контактів; невміння орієнтуватись у ситуації спілкування та бути її ініціатором, а також мовленнєвий негативізм.

У структурі комунікативної компетентності старших дошкільників із дитячим церебральним паралічем нами визначаються наступні характеристики: зовнішні характеристики комунікативної компетентності (спілкування з дорослими та однолітками, формування комунікативних навичок, формування мотивації до мовленнєвого висловлювання); внутрішні характеристики комунікативної компетентності (розвиток довільної регуляції сенсомоторної активності, розвиток вербально-логічних компонентів пізнавальної діяльності, формування мовної і мовленнєвої компетенції старших дошкільників).

Таким чином, проведений обсяг робіт дозволив нам виділити наступні напрями моделювання комунікативної діяльності старших дошкільників із ДЦП:

- поетапне навчання специфічним ігровим діям і відносинам при використанні спеціальних комунікативних вправ і завдань;
- компенсація недостатнього комунікативного досвіду у процесі гри;
- компенсація і збагачення емоційного і соціального досвіду спілкування дітей методом цілеспрямованої організації і моделювання ігрових ситуацій.

Корекційна робота з формування комунікативної компетентності старших дошкільників із ДЦП в умовах Центру ранньої соціальної реабілітації передбачає створення індивідуальних програм корекційно-розвиткової логопедичної роботи з урахуванням особливостей і можливостей кожної дитини, недопустимість стандартизації методичних прийомів та засобів педагогічного впливу, підбір оптимального за змістом і кількістю дидактичного матеріалу, а також оптимальної форми організації корекційно-розвиткових логопедичних занять.

Проблема формування комунікативної компетентності старших дошкільників із ДЦП вимагає від учителя-логопеда компетентної корекційно-спрямованої логопедичної роботи на основі комплексного та індивідуального підходу через створення оптимального розвивального середовища і залучення старших дошкільників із церебральним паралічем до сумісної комунікативно-мовленнєвої діяльності з дорослими та однолітками.

Встановлення соціальних відносин та ефективний розвиток різних форм спілкування під час використання різноманітних комунікативних ситуацій на логопедичних заняттях сприяють збагаченню індивідуального досвіду старших дошкільників, виховують «відчуття іншого», формують здатність ініціювати та підтримувати розмову, звертатися за допомогою, працювати у команді, домовлятися, узгоджувати свою позицію та, у разі потреби, поступатися власними інтересами на користь інтересів соціальної групи.

Список використаних джерел:

1. Богуш А. М. Лінгводидактика в сучасних закладах освіти. Одеса, 2001. 269 с.
2. Піроженко Т. О. Мовленнєве зростання дошкільника. Київ, 1999. 39 с.

УДК 378.18

Ольга Галієва,
старший викладач кафедри психології
КЗВО «Хортицька національна
навчально-реабілітаційна академія» ЗОР,
м. Запоріжжя, Україна

МЕТОДИКА ПРОГРЕСИВНОЇ М'ЯЗОВОЇ РЕЛАКСАЦІЇ ЯК ОДИН ІЗ ЗАСОБІВ ЗНИЖЕННЯ СИТУАТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ

Майбутні психологи повинні вміти використовувати певні засоби та прийоми для подолання ситуацій, які можуть викликати прояви тривожності, що передбачає розвиток ефективних патернів саморегуляції. Виходячи із цих уявлень, вивчалися та розроблялися найрізноманітніші методи саморегуляції серед яких і методика прогресивної м'язової релаксації [2]. Розкриємо суть цього методу.

Методика прогресивної м'язової релаксації була розроблена Е. Джекобсоном у 1920 р. [цит. за 4, с. 458]. Е. Джекобсон виходив із того факту, що емоційне напруження обов'язково супроводжується напругою поперечносмугастих м'язів, а заспокоєння – їх релаксацією. Згідно із цією думкою, Е. Джекобсон припускає, що розслаблення мускулатури повинно супроводжуватися зниженням рівня нервово-м'язового напруження [5]. Таким чином, в основу цієї методики покладено твердження про те, що розум і організм людини знаходяться в тісному і міцному взаємозв'язку [4, с. 458].

На початкових етапах засвоєння цього методу, пише В. Розов, пацієнти намагаються осмислити та навчитися диференціювати ті відчуття, які pojawiaються при вибірковій нарузі. Після чого у процесі засвоєння шістьох провідних етапів проводиться тренінг розслаблення м'язів рук, ніг, дихальних м'язів, м'язів очей, органів артикуляції. Ті прийоми розслаблення, які пацієнти опановують у спокійному стані, згодом застосовуються в тривогогенних ситуаціях. Отже, цілеспрямоване розслаблення м'язів має супроводжуватися зниженням рівня нервово-м'язової напруги.

Під час реєстрації об'єктивних ознак емоцій, як зазначає В. Розов, було помічено, що різному типу афективного реагування відповідає напруга певної групи м'язів. Зокрема, депресивний стан супроводжується деякою напругою дихальних м'язів; страх – спазмом м'язів артикуляції та фонації. Згідно Е. Джекобсона, в процесі довільного зняття напруги визначеної групи м'язів («диференційованої релаксації») є можливим вибірковий вплив на негативні емоції. Під релаксацією він мав на увазі не тільки релаксацію м'язів, але і стан, який є протилежним психічній активності. Лікування починалося з бесіди з хворими, під час якої лікар пояснював механізми лікувального впливу м'язової релаксації, підкреслював, що основною метою цього методу є досягнення довільного розслаблення поперечносмугастих м'язів у спокійному стані [6].

Процес прогресивної м'язової релаксації складається з трьох основних стадій: вироблення навичок довільного розслаблення окремих м'язових груп у спокійному стані; формування комплексних навичок розслаблення всього тіла або окремих його частин спочатку в стані спокою, а потім і під час будь-якої діяльності (читання, письмо тощо); формування навичок розслаблення в тих життєвих ситуаціях, в яких необхідно зняти або зменшити прояви гострих афективних переживань, психічного напруження [1].

Напруження м'язів має бути спочатку максимально інтенсивним, а потім поступово знижуватися. Увага концентрується на відчутті мінімальної напруги м'язів та їхнього повного розслаблення. Потім засвоюється вміння напружувати і розслаблювати інші м'язи тіла. Кожний цикл «напруга-розслаблення» для кожної групи м'язів триває майже 1 хвилину та повторюється від 3 до 6 разів. М'язи напружуються в процесі затримки дихання, після здійснення вдиху протягом 15–20 секунд, а розслаблюються під час видиху. Вправи засвоюються поступово. До наступної вправи переходять після засвоєння попередньої [6].

Д. Грінберг посилаючись на дослідження вчених зазначає, що розслаблення скелетних м'язів сприяє процесу розслаблення всієї мускулатури, разом із цим, травної та серцево-судинної систем; допомагає при головних болях, болях в спині. Наслідки затискувань та нераціональної м'язової напруги можуть бути нівельовані або пом'якшені за допомогою регулярних занять прогресивною м'язовою релаксації [3].

Таким чином, прогресивна м'язова релаксація успішно допомагає розслабитися і не вимагає спеціального обладнання. Крім цей метод позитивно впливає на фізіологічний та психологічний стан людини. Ми вважаємо, що майбутні психологи повинні вміти використовувати метод прогресивної м'язової релаксації для подолання ситуацій, які можуть викликати тривожність, та формування ефективних патернів поведінки в процесі виникнення ситуативної тривожності.

Список використаних джерел:

1. Бодров В. А. Психологический стресс : развитие и преодоление. Москва : Per Se, 2006. 523 с.
2. Галієва О. М. Методи саморегуляції ситуативної тривожності майбутніх практичних психологів у процесі професійної підготовки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології* : збірник наукових праць. Сєвєродонецьк, 2019. № 2 (49). С. 65–79.
3. Грінберг Дж. Управление стрессом : 7-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 496 с.

4. Карвасарский Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 752 с.
5. Лазуренко С. І. Можливості аутогенного відновлення психофізіологічного стану людини. *Проблеми сучасної психології*: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2015. Вип. 28. С. 557–678.
6. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посібн. Київ : Кондор, 2005. 278 с.
7. Кудінова М. С. Ресурси стресостійкості особистості. *Європейські перспективи сенсу життя : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (11 травня 2018 р.)*. Запоріжжя : КПУ. С. 77–79

УДК 376.02

Наталія Гордієнко,
кандидат соціологічних наук, доцент,
м. Запоріжжя, Україна

СОЦІОСИСТЕМОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕРНАТНИХ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ

Серед розпочатих реформ системи освіти України однією з найбільш масштабних є кардинальна трансформація мережі інтернатних навчальних закладів, одним із наслідків якої буде значне скорочення їхньої кількості. Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 р. № 526-р [5], передбачає фундаментальні зміни системи шкіл-інтернатів. Забезпечення позитивної спрямованості цих змін і мінімізація їх потенційних негативних наслідків можливі за умови наукової і методичної підтримки реформи з урахуванням широкого діапазону існуючих експертних оцінок, зокрема, з боку співтовариства працівників інтернатних закладів реабілітаційного призначення. Організаторами реформи також має враховуватися наявна широка дискусія між різними соціальними суб'єктами з приводу доцільності збереження системи освітньо-реабілітаційних закладів інтернатного типу та імовірних наслідків деінституціалізації системи догляду та виховання соціально вразливих дітей.

В цих умовах зростає актуальність соціально-педагогічної рефлексії ролі шкіл-інтернатів реабілітаційного призначення в українському суспільстві в контексті їх визначеного функціонального призначення. Зокрема, потребують ґрунтовного вивчення особливості соціальної організації освітньо-реабілітаційних закладів інтернатного типу, які, у значній мірі, детермінують відповідність їхньої діяльності ціннісно-смісловим і нормативним стандартам суспільного буття, визначаючи готовність випускників шкіл-інтернатів до успішної соціалізації і реалізації висхідної життєвої траєкторії.

Для вивчення специфіки соціальної організації шкіл-інтернатів реабілітаційного призначення важливе значення має соціологічний аналіз цієї проблеми, яка виступає на перший план у зв'язку з потребою розробки нової, соціально схвалюваної моделі інтернатного освітньо-реабілітаційного закладу як відкритої інституції. Серед вітчизняних і зарубіжних вчених значний внесок в аналіз соціокультурного підходу і соціокультурних феноменів зробили М. Вебер, Ю. Вишневський, Є. Грунт, Л. Іонін, Н. Черниш та ін. А. Темницький проаналізував загальні дослідницькі можливості категорії «соціокультурність» [6]. Соціокультурні чинники соціального моделювання розкрила О. Баханова [1]. Л. Кримчак, за підсумками соціологічного аналізу, довела визначальну роль соціокультурних цінностей у проектуванні та практичному забезпеченні сучасної системи соціальної роботи [3].

Методологічно значущою є розроблена Ю. Романенком загальна соціосистемологічна модель соціальної організації, в якій репрезентовані її якісні аспекти: світоглядно-цільові, ціннісно-сміслові та нормативно-рольові [7]. Цю модель можна розглядати як теоретико-методологічну матрицю для аналізу соціокультурних компонентів освітньої організації шкіл-інтернатів реабілітаційного призначення. Слід відзначити публікації В. Бочарової, С. Григор'єва, Л. Гуслякової, К. Кузьміна, Г. Медведєвої та інших

науковців, які приділяють увагу осмисленню морально-духовної та етико-аксіологічної складових соціальної роботи.

Система діяльності освітньо-реабілітаційних закладів інтернатного типу розглядається в работах таких українських вчених, як: О. Балакірева, Л. Канішевська, О. Клименко, Л. Кузьменко, В. Нечипоренко, В. Покась, І. Чернін та ін. Зокрема, В. Нечипоренко детально висвітлює механізм реформування інтернатних закладів, досвід інноваційного розвитку інтернатного закладу (санаторної загальноосвітньої школи-інтернату № 8 м. Запоріжжя) і переведення його в нову функціональну якість – Хортицький національний навчально-реабілітаційний багатoproфільний центр (з 2015 р. – Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія). Автор зазначає, що переваги навчально-реабілітаційних центрів, порівняно зі спеціальними школами-інтернатами, полягають у структурній повноті та функціональній спеціалізації щодо здійснення реабілітації дітей на засадах системності та комплексності. Ці переваги визначають особливу роль навчально-реабілітаційних центрів у забезпеченні інноваційного розвитку вітчизняної реабілітаційної педагогіки, її наближення до міжнародних стандартів у цій сфері [4, с. 4].

Аналіз наукових публікацій свідчить про те, що серед фахівців немає єдиної позиції щодо оцінки ефективності роботи та масштабів реформування інтернатних закладів. У цьому контексті актуальним є вивчення соціальної організації інтернатних закладів реабілітаційного призначення, їхнього потенціалу щодо підготовки до успішної самореалізації в сучасному суспільстві дітей з особливими освітніми потребами, в тому числі – з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Міждисциплінарний аналіз наукової літератури дає можливість скласти комплексну характеристику моделі освітньої організації школи-інтернату реабілітаційного призначення. Цю модель ми розглядаємо як смислоутворювальну систему взаємно-інтегрованих структур ціннісної стандартизації інституційного середовища закладу, що відображає як загальносоціальні смисли, так і смисли діяльності членів колективу, що скеровують активність управлінського персоналу, педагогічного колективу та вихованців. При розробці цієї моделі ми спиралися на загальну соціосистемологічну модель, запропоновану й обґрунтовану Ю. Романенком [7], яку ми адаптували до потреб даного дослідження. Розроблена структурна модель освітньої організації школи-інтернату в нашому варіанті системологічної моделі Ю. Романенка містить три підсистеми: інтегруючу, смислоутворювальну та нормативну.

Інтегруюча підсистема включає три елементи: соціальні константи функціонування школи-інтернату, її місію та ідентичність. Соціальні константи визначають ті інваріантні характеристики, які мають основоположне значення для визначення і можливих змін освітньої організації школи-інтернату.

Місія інтернатного освітньо-реабілітаційного закладу – це програма діяльності, що конкретизує його функціональне призначення в суспільстві. В сучасних соціально-економічних умовах місією школи-інтернату є забезпечення сурогатного (доповнюючого, комплементарного) батьківства/материнства для дітей та юнаків. В змістовному відношенні ця місія полягає у формуванні психічного та соціального капіталу та коригуванні дефектів соціалізації, навчання та виховання соціально вразливих категорій дітей.

Ідентичність школи-інтернату освітньо-реабілітаційного призначення є результатом ототожнення ключових соціально-групових суб'єктів із місією та соціальними константами. Ключові ідентичності школи-інтернату співпадають із ключовими статусними групами та їх обсягами влади, впливу, інтелектуальних ресурсів, з різними рівнями ототожнення себе і з місією школи-інтернату.

Наступна, смислоутворювальна підсистема складається з елементів, що визначають вектори генерування смислів діяльності освітньо-реабілітаційних шкіл-інтернатів в межах виконання функцій (напрямів реалізації ідентичності), що задаються соціальними константами. До смислоутворювальної підсистеми нами віднесено наступні елементи: світогляд соціальних акторів школи-інтернату, спрямованість діяльності закладу, ієрархію цінностей і статусно-рольову ієрархію школи-інтернату.

Світогляд інтернатного освітньо-реабілітаційного закладу – це соціальна карта, яка дозволяє визначати його місце і функціональну роль у суспільстві, а також значення ключових ідентичностей, відносини між якими утворюють його специфіку як освітнього інституту. Слід зазначити, що світогляд носіїв різних ідентичностей може різнитися в залежності від того, наскільки кожна з них поділяє визначену місію школи-інтернату як соціального інституту. Враховуючи соціосистемологічне розуміння

світогляду, як карти світу соціальних акторів, можна виділити щонайменше три типи світогляду, які можуть формуватися у носіїв ключових ідентичностей школи-інтернату як соціального інституту. До цих типів віднесено:

- адміністративний світогляд (адміністрація вважає, що школа-інтернат, як освітній інститут, існує для забезпечення її потреб та інтересів, а функції інших груп співпадають із цим забезпеченням);
- кадровий світогляд (функції школи-інтернату «зміщуються» на навчально-виховні кадри);
- педагогічний світогляд (функції школи-інтернату для забезпечення її потреб та інтересів є сфокусованими на забезпеченні потреб та інтересів вихованців з особливими освітніми потребами, зокрема, з порушеннями моторної сфери).

Очевидно, що з явними функціями школи-інтернату співпадає лише третій тип світогляду, що передбачає функціонування закладу цього типу в суспільстві як освітнього інституту для забезпечення потреб та інтересів вихованців з особливими освітніми потребами. Натомість два перших типи світогляду можна віднести до групи девіантних, оскільки нефункціональною є як організаційна модель школи-інтернату, що функціонує заради адміністрації, по суті – в інтересах її самозбереження, так і для потреб педагогічного колективу. Це, в свою чергу, стає чинником руйнування інституційної структури шкіл-інтернатів та незадоволення як суспільних запитів, так і потреб вихованців.

Спрямованість діяльності школи-інтернату реабілітаційного призначення – це ключовий вектор її функціонування в рамках реалізації власної місії та задоволення суспільних потреб. Спрямованість обумовлюється світоглядом, що стає домінантним у школі-інтернаті, як соціальному інституті.

Ієрархія цінностей школи-інтернату – ланцюжки ціннісних орієнтацій, в яких представлено рівень їхньої значущості для адміністрації, педагогічного персоналу та вихованців (випускників) освітньо-реабілітаційного закладу. Ієрархія цінностей залежить від спрямованості та світогляду, які задають, по суті, «ієрархію бюджетів часу» вихованців школи-інтернату [7, с. 78-79]. Ця ієрархія в «горизонтальному розумінні» визначається системою дисциплінарних стягнень і заохочень, які через управління соціальною поведінкою опосередковано впливають на вихованців освітньо-реабілітаційних закладів інтернатного типу з боку педагогів та адміністрації.

Статусно-рольова ієрархія визначає значущість для випускника освітньо-реабілітаційного закладу соціальної групи, з якою пов'язана та чи інша ієрархія цінностей (бюджетів часу). Саме за рахунок різної міри прийняття ієрархії цінностей відповідної групи у випускника з особливими освітніми потребами формується певний характер, що відноситься до наступної – нормативної підсистеми освітньої організації школи-інтернату реабілітаційного призначення. Елементами нормативної моделі є соціальні сценарії вихованців (випускників) школи-інтернату, які відповідають їхнім життєвим траєкторіям після завершення навчання та виховання в закладі. Цими траєкторіями є:

- трудова діяльність;
- продовження навчання;
- суспільно-політична діяльність;
- створення сім'ї;
- облаштування житла;
- турбота про власне здоров'я.

Таким чином, до соціокультурних аспектів соціальної організації школи-інтернату освітньо-реабілітаційного призначення відносяться такі її характеристики, як особливості взаємовідносин в освітньо-реабілітаційному закладі, його місія та спрямованість діяльності, норми діяльності соціальних акторів, ціннісні уподобання та соціальний характер вихованців, їхні соціальні сценарії і життєві плани, ідентичність, світогляд соціальних акторів, статусно-рольова ієрархія та інші якісні характеристики соціальної організації. З урахуванням цих детермінант, у моделі соціальної організації школи-інтернату виділено три підсистеми. Перша з них містить інтегруючі компоненти освітньої організації, зокрема, соціальні константи функціонування школи-інтернату освітньо-реабілітаційного призначення, її місію та ідентичності. Друга підсистема об'єднує елементи системи смислоутворення: світогляд соціальних акторів школи-інтернату, спрямованість її діяльності, ієрархію цінностей вихованців та статусно-рольову ієрархію закладу. Особливе значення має тип світогляду соціальних акторів школи-інтернату: адміністративний, кадровий або педагогічний, з яких тільки останній є адекватним щодо виконання місії цього соціального інституту, а інші є джерелом девіацій у діяльності школи-інтернату. Третя підсистема

включає елементи нормативної моделі: соціальний характер вихованця, соціальні норми і соціальні сценарії випускників з особливими освітніми потребами.

Список використаних джерел:

1. Баханова О. Соціокультурні чинники соціального моделювання державного управління. *Держава і суспільство*. 2010. №3–4. С. 264–270.
2. Гордієнко Н. М. Освітні заклади інтернатного типу у дискурсі соціології: монографія. Запоріжжя: Вид-во Хортицької національної академії, 2018. 392 с.
3. Кримчак Л. Ю. Соціокультурні цінності соціальної роботи: соціологічний аналіз. *Вісник Дніпропетровського університету*. 2009. №9/2. Том 17. С. 226–231.
4. Нечипоренко В. В. Особливості функціонування навчально-реабілітаційних центрів як відкритої освітньої системи: монографія. Запоріжжя: Вид-во Хортицького національного навчально-реабілітаційного багатопрофільного центру, 2013. 312 с.
5. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки та план заходів з реалізації її I етапу» від 9 серпня 2017 р. № 526-р. [Електронний ресурс]. Режим доступу: www.kmu.gov.ua/ua/npas/250190226.
6. Темницький А. Л. Исследовательские возможности категории «социокультурность». *Социология: методология, методы и математическое моделирование*. 2007. № 24. С. 81–101.
7. Этническая идентичность: социосистемологическое измерение геополитики / [Зоська Я. В., Медведева Ю. Ю., Романенко Ю. В. и др.]; ред.-коорд. Романенко Ю. В. Киев: Меркьюри-Подолье, 2016. 383 с.

УДК 373.1:371.8

Катерина Грядун,

магістрантка комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

Науковий керівник – **Ольга Клопота**, кандидат
педагогічних наук, доцент комунального закладу вищої
освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ВИВЧЕННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

В умовах сучасних соціально-економічних змін перед освітою постає завдання не просто дати дітям певні знання, уміння і навички щодо основних напрямів розвитку, але й забезпечити здатність до самоактуалізації, вирішення актуальних життєвих проблем. Молодший шкільний вік є дуже важливим у житті людини, адже у цей період закладається світогляд, формується система ціннісних орієнтацій. У зв'язку з цим особливої ваги набуває проблема пошуку шляхів і засобів оптимізації процесу соціалізації молодших школярів.

У науковій літературі дослідженню різних аспектів соціалізації особистості, визначенню засобів та механізмів включення індивіда в суспільні процеси приділяли увагу С. Бабенко, М. Дьомін, П. Лямцев, І. Кон, В. Паригін та інші [1].

Пізнання світу та життя суспільства в ході особистісного розвитку відбувається в освітньому просторі. Участь дітей молодшого шкільного віку в художній діяльності як з однолітками, так і з дорослими розширює їхній соціальний досвід, розкриває способи реалізації адекватної взаємодії та

спільної діяльності, забезпечує профілактику порушень комунікативної сфери, сприяє формуванню світогляду, почуття соціальної значущості.

Викликають інтерес розробки Л. Лебедевої, присвячені питанням використання арт-терапії в освіті. Авторка трактує поняття «терапія» не як «лікування», але як «турбота», – турбота про соціально-психологічне здоров'я і благополуччя особистості. Звідси – вважає допустимим і обґрунтованим застосування арт-терапії соціальними педагогами й соціальними працівниками, які не мають спеціальної підготовки у сфері психотерапії. У той же час, вона наводить широкий спектр підстав для проведення арт-терапевтичної роботи в системі освіти, зокрема для формування адекватної самооцінки; корекції труднощів емоційного розвитку, імпульсивності, агресивності; переживання самотності; вирішення конфліктів у міжособистісних відносинах [2].

Таким чином, соціалізація як процес і результат засвоєння й активного відтворення індивідом соціального досвіду (знань, цінностей, соціальної компетентності), що дає змогу інтегруватися в суспільство, не може відбуватися в умовах стихійного впливу на особистість різних обставин життя в суспільстві. Тому набуває особливої ваги розробка засобів цілеспрямованого формування особистості у процесі її соціального становлення, створення оптимальних умов зокрема для оптимізації процесу соціалізації дітей молодшого шкільного віку, що сприятиме оволодінню ними соціально прийнятними та культурно зумовленими формами взаємодії на основі засвоєння загальнолюдських і національних духовних цінностей.

При цьому, саме арт-терапія стає, з одного боку, джерелом нових позитивних переживань дитини, формує соціальні потреби та засоби їх задоволення, а з іншого боку – інноваційним засобом реалізації соціально-педагогічних технологій.

Список використаних джерел:

1. Герасимчук А. А., Палеха Ю. І., Шиян О. М. Соціологія : навчальний посібник. Київ : Вид-во Європейського університету, 2004. 246 с.
2. Лебедева Л. Д. Арт-терапия в педагогике. Педагогика. 2000. № 9. С. 27–34.
3. Деркач О. Педагогіка творчості: Арт-терапія та казкотерапія на допомогу вчителю, вихователю, практичному психологу. Вінниця : ВДПУ, 2009. 95 с.
4. Коваленко В. В. Формування соціальної компетентності молодших школярів в умовах сучасного інформаційного простору. Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2015. № 6 (37). С. 37–40.

УДК: 159

Маргарита Дергач,
доктор педагогічних наук, доцент,
м. Запоріжжя, Україна

РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОРА ЗАСОБАМИ ПЛЕЙБЕК-ТЕАТРУ

Сьогодні все більше увагу фахівців привертають проблеми дітей з обмеженими можливостями здоров'я. На нашу думку, це пов'язано з тим, що такі діти в сучасному суспільстві розглядаються як активний суб'єкт, а не як об'єкт медико-соціальної допомоги та турботи.

В сучасній віковій психології є положення про те, що розвиток особистості дитини тісно пов'язаний з формуванням емоційного інтелекту. Зважаючи на те, що емоційний фактор є базовим і у процесі адаптації дитини до умов зовнішнього середовища, і в формуванні міжособистісних відносин з однолітками і дорослими, які її оточують, вивчення особливостей формування емоційної сфери, безумовно, має важливе наукове і практичне значення для ранньої та своєчасної корекції різних відхилень, що ведуть до патологічного розвитку особистості дитини, зокрема такої, що має проблеми з ОРА.

В сучасній психологічній науці виокремлюється низка біологічних та соціальних факторів, які мають безпосередній вплив на патологічний розвиток особистості дитини. До них, насамперед, відноситься груба органічна церебральна патологія, а також психотравмуючі обставини; реакції дитини на усвідомлення та переживання вади, що є у неї. Всі ці фактори мають місце і у дитини із проблемами ОРА. Сюди відносяться умови емоційної, сенсорної та соціальної деривації, переживання положення відторгнутого, «мішені для глузувань» або навпаки – надмірна увага з боку оточуючих людей. Психологічний клімат у сім'ях таких дітей також не завжди сприяє нормальному формуванню особистості дитини та її емоційного стану. Отже, рухова недостатність дітей із порушеннями функцій ОРА впливає на розвиток їхнього емоційного інтелекту і особистості в цілому. Переживання власної неповноцінності і відчуття «тягаря» для оточуючих зумовлює формуванню своєрідної ситуації розвитку дітей, яка приводить до виникнення в їхній поведінці відхилень від норми. У зв'язку з цим розвиток емоційного інтелекту вважаємо важливим для процесу формування особистості і індивідуальності дитини з порушеннями функцій ОРА. Дослідження особливостей емоційної сфери та емоційного інтелекту таких дітей дає можливість зрозуміти специфіку їхньої особистості та розробити методи психолого-педагогічної допомоги дітей із такими патологіями.

Представники теорії соціального научіння (Н. Міллер, Дж. Доллард) зазначають, що дитина, яка не підготовлена до життя в суспільстві, залишається у стані емоційної напруги, яка переростає в особистісну тривожність. При чому спостерігається взаємозв'язок: чим тяжчий дефект, тим більше виражена безпорадність дитини в реальному житті, і тим, відповідно, вище її тривожність. Не менш значущим у визначенні емоційної адаптивності дитини з порушеннями функцій ОРА до соціального оточення є і переживання нею своєї рухової недостатності. Науковцями встановлена пряма залежність між важкістю рухової неспроможності і переживанням дитиною наявного у неї дефекту розвитку. Цей взаємозв'язок логічно пояснюється: чим більше виражений руховий дефект, тим глибше його переживання, й тим більше виражене у дитини відхилення в емоційному стані. Найбільш високі показники тривожності і страхів відмічалися саме у сором'язливих, боязких дітей, які уникали спілкування з оточуючими, складно входили в контакт. Вони глибоко переживали свій особливий стан і часто плакали із приводу рухової неспроможності. Отже, ключовими факторами, що поєднують особливості емоційної сфери дітей із порушеннями функцій ОРА, є ступінь прояву рухового дефекту та переживання рухового дефекту.

Корекція емоційного стану та формування емоційного інтелекту дітей із порушеннями функцій ОРА в сучасній психолого-педагогічній практиці здійснюється різними засобами і методами, серед яких окреме місце посідають театральні технології. Однією з таких технік є пара театральна технологія – плейбек-театр.

Плейбек-театр відноситься до паратеатральних систем терапевтичної спрямованості [1, с. 21]. Паратеатральність розуміється як використання театру не з метою втілення художнього задуму чи естетичного переживання, а із «суто практичних» міркувань, в нашому випадку – з метою гармонізації внутрішнього світу людини, її психологічного стану, активізації внутрішніх психічних ресурсів для розвитку емоційності, емоційного інтелекту тощо.

Плейбек-театр – це оригінальна форма театральної імпровізації, у якій люди розповідають про реальні події із свого життя, а потім спостерігають, як ці розповіді втілюються акторами у сценічному дійстві.

Соціально-психологічний зміст плейбек-театру дуже глибокий: під час розповіді і подальшого розігрування історії у комунікацію учасників перформансу (глядачі, оповідач, актори, кондактор) включаються послання і цінності, які можуть не співпадати, бути протилежними, але вони важливі, цінні і достойні для сценічного втілення. Такий принцип плейбек-театру має значний терапевтичний ефект.

Наступний важливий аспект плейбек-театру – це створення простору розуміння між людьми. Під час перформансу люди розповідають свої власні історії і в ході спостереження за розігруванням акторами плейбек-театру цих історій можуть краще зрозуміти один одного. Розуміння – є базовим процесом, який допомагає людям розвинути емоційну сферу, досягти гармонії із собою, з іншими, зі світом в цілому.

Наступним положенням є те, що плейбек дозволяє людям краще зрозуміти події свого життя, події, які вже відбулися в житті і, тим самим, краще побудувати майбутнє. Відбувається це завдяки тому,

що люди розповідають про події життя, власті переживання і враження, що призводить до підсилення рефлексивних здібностей і є засобом побудови Я-концепції. Джо Салас зазначає: «Нам необхідні історії для побудови нашого життя» [4, с. 18].

Плейбек-театр сприяє розвитку емоційності, емпатії, толерантності до соціальних відмінностей, прийняття іншого з усіма його особливостями, цінностями. Завдяки йому ми вчимося слухати, розуміти інших, адже в перформансі головне – розповідь глядача, втілення якої в дійство неможливе без уважного сприймання.

У плейбек-театрі існує певний ритуал, повага до кожного оповідача, зацікавленість його історією, підтримка і розуміння важливості для учасників перформансу всього, що відбувається, прийняття різних думок, що висловлюються оповідачами, створювання умов, у яких люди переосмислюють ставлення до себе, один до одного, до соціального оточення. В ході розігрування плейбеку в глядачів розгортаються глибокі рефлексивні процеси (внутрішній діалог, активне слухання історій оповідачів, осмислення і співставлення чужих історій із власним соціальним і психологічним досвідом, емоційне від реагування на події історії і власне ставлення до неї), що підводить їх до того рівня відкритості, який необхідний для діалогу в середині суспільства, для розуміння і включення в сучасні суспільні процеси.

Зовнішньо плейбек виглядає досить просто: оповідач висвітлює подію із свого життя, і актори її втілюють власною грою. Проте, головні процеси відбуваються у психіці учасників перформансу – пригадування подібних історій, асоціації з історіями із власного життя, ідентифікація з учасниками подій, які розігрують актори плейбеку. Всі ці процеси супроводжуються думками, емоціями, бажаннями та спонуканнями, які допомагають людині осмислити щось нове, відкрити для себе нову реальність, створити нові шляхи побудови власного майбутнього, розширити діапазон власних емоцій, вдосконалити свій емоційний інтелект.

Важливою особливістю плейбек-театру є те, що низка історій оповідачів, як правило, приводить до позитивного гуманістичного завершення перформансу, що дозволяє учасникам уявити образ благополучного життя, сформувати емоційно привабливу внутрішню атмосферу.

Отже, вважаємо, що ресурси плейбек-театру допоможуть знизити тривожність і психологічну напругу і, тим самими, створити умови для розширення емоційної сфери дітей із порушеннями функцій ОРА, сприяти формуванню їхнього емоційного інтелекту.

Список використаних джерел:

1. Валента М., Полинек М. Драматерапія. Пер. с чешск. Москва : Когито-Центр, 2013. 208 с.
2. Загряжская Е. А. Что такое Плэйбэк Театр. *Арт-Терапия*. №1 (5). 2015. С. 6–11.
3. Савінов В. В. Інтерактивний психологічний театр як засіб профілактики та подолання стресових ситуацій. *Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій* : навч. посіб. / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Міленіум, 2011. С. 189–208.
4. Салас Д. Играем реальную жизнь в Плейбек-театре. Пер. с англ. Москва : Когито-Центр, 2009. 159 с.
5. Клопота О. А. Соціально-педагогічне забезпечення ефективності інтеграції молоді з обмеженими фізичними можливостями в соціум. *Соціально-педагогічна робота в закладах освіти інклюзивної орієнтації: тези доповідей VII Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Хмельницький : Хмельницький інститут соціальних технологій Університету «Україна», 2012. С. 100–103.

УДК 373.2

Ольга Доценко,
вчитель-реабілітолог Центру ранньої соціальної
реабілітації комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОНТОГЕНЕТИЧНИХ ПЕРЕДУМОВ УНОРМОВАНОГО ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ ВІКОМ ВІД 0 ДО 1 РОКУ

Унормований фізичний розвиток дитини віком від 0 до 1 року є надважливою передумовою повноцінного психічного розвитку у ранньому віці – становлення дитини як суб'єкта життєдіяльності, соціальної істоти у процесі практичної, розумової діяльності та спілкування, що власне й перетворює дитину на особистість. Про фізичний розвиток дитини даної вікової категорії свідчить її здоров'я, відсутність відхилень у нервовій діяльності, гармонійність статури, розвиток рухів і рухових якостей, тренуваність серцево-судинної і дихальної систем, фізична працездатність. Чим меншим є вік дитини, тим динамічніші зміни відбуваються у її фізичній сфері, це актуалізує потребу створення системи критеріїв і показників її фізичного розвитку.

Всесвітньою організацією з охорони здоров'я (ВООЗ) ухвалено Стандартні показники розвитку дитини до п'яти років, які охоплюють параметри росту і маси тіла та можуть бути використані в оцінюванні фізичного стану дітей різних країн світу (незалежно від їхньої етнічної та культурної належності, соціально-економічного статусу і виду харчування, але за умови створення сприятливого середовища для дитини). На основі цього документа в Україні розроблено Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком від 0 до трьох років. У ньому наведено унормовані показники ваги і росту дитини (Європейським регіональним комітетом ВООЗ їх виділено серед факторів, що кардинально впливають на подальше життя дитини). Водночас оцінка фізичного стану дитини від 0 до 1 року ґрунтується на розумінні холичності організму дитини у взаємозв'язку його функцій, органів, а тому містить комплекс показників: антропометричних, або соматометричних (маса й довжина тіла, об'єм грудної клітини, талії, шкіро-жирової складки); фізіометричних (життєва ємність легенів, сила кисті); соматоскопічних (розвиток скелету, форма хребта, грудної клітини, ніг і стопи, постава, розвиток мускулатури і підшкірно-жирової клітковини, поява зубів). Регулярні вимірювання на основі кількісних даних і якісного аналізу результатів дають змогу простежувати динаміку фізичного розвитку дітей віком від 0 до 1 року.

Фізичний розвиток дітей даної вікової групи відбувається поетапно. У міру формування верхніх відділів мозку останні починають контролювати і підпорядковувати собі діяльність нижчих структур. Рухи дитини у віці 1-2 місяці хаотичні, безладні. Вони регулюються глибинними структурами стовбура головного мозку. У міру розвитку ядер середнього і проміжного мозку, особливо кори великих півкуль, ці примітивні рухи поступово загальмовуються і починають розвиватися точні, цілеспрямовані рухи. Новонародженому і дитині перших місяців життя притаманні вроджені (безумовні) і тонічні рухові рефлекс, які підтримують необхідний м'язовий тонус. Вони необхідні для розвитку координованих рухів і лежать в основі всієї довільної рухової активності. На їх підставі розвиваються установчі рефлекс (стато-кінетичні). Установчі рефлекс створюють умови для формування умовних (придбаних) рефлексів, які сприяють виникненню довільних рухів у дитини.

До числа вроджених рефлексів відносяться: спинальні рухові автоматизми (захисний рефлекс новонародженого, рефлекс опори і автоматична хода новонародженого, рефлекс повзання (Бауєра) і спонтанне повзання, хапальний рефлекс, рефлекс Галанта, рефлекс Моро); оральні автоматизми (харчові: смоктання, ковтання; пошуковий рефлекс (рефлекс Куссмауля); долонно-ротовий рефлекс (рефлекс Бабкіна); реакції випрямлення і рівноваги.

Один і той самий рефлекс може розглядатися як нормальний або патологічний в залежності від того, в якому віці він проявляється. Патологічними вважаються ті рефлекс, які проявляються у дитини в тому віці, коли при унормованому розвитку вони вже повинні згаснути. Тонічні рефлекс у здорової

дитини поступово згасають до 2-6 місяця життя. Починаючи з цього віку, розвиваються установчі рефлекси, які визначають можливість статички, локомоції і в значній мірі довільних рухів. Установчі рефлекси залишаються на все життя, забезпечуючи формування вертикального положення тіла, сидіння, повзання, стояння, ходи, розвиток довільних рухів і ручних дій.

До кінця 3-го місяця життя дитина, піднімаючи ноги до живота, активізує м'язи живота і ноги частіше рухаються в напрямку голови. Дитина повертається на бік і, в наслідок цього, відбувається формування навички повороту на живіт. Грудна клітина звужується за рахунок активації міжреберних м'язів. Центр ваги переміщується до верхньої частини грудної клітини – вона ущільнюється, тулуб стабілізується, хребет подовжується. Дитина частіше зберігає симетричне положення голови і тулуба.

Для періоду віком від 3 до 6 місяців характерним є розвиток рухів за схемою: відведення кінцівок, їх розгинання, вихід на середню лінію тіла. В 4 місяці дитина вже підводиться на випрямлених руках, спираючись тільки на долоні. Дитина тягнеться до іграшок, захоплює і утримує їх, засвоює навичку правильного повороту зі спини на живіт.

У 5 місяців дитина, взята під пахви, стоїть прямо, не підгинаючи ніг і усвідомлює своє стояння. Вона намагається сісти, тримаючись за опору, контролюючи голову і тулуб. У положенні сидячи на підлозі з опорою на прямі руки дитина буде сидіти з «круглою спиною».

Для періоду 6-9 місяців характерним є розвиток ротації (поворот нижньої і верхньої частини корпусу відносно один одного) і перехідних положень. Це вік, коли дитина вже навчилася добре утримувати рівновагу в положенні лежачи на спині і на животі. Вона починає активно вивчати свої ноги в положенні лежачи на спині, підносити їх до очей і до рота, при цьому не падаючи на бік. У положенні лежачи на животі з опорою на руки дитина вчиться переносити вагу тіла з однієї руки на іншу, тягнутися за предметом, поступово розвивається вміння повертатися навколо своєї осі на животі. На початку 7-го місяця життя повороти на живіт і на спину здійснюються скоординовано. Дитина може затриматися в положенні «лежачи на боці» з опорою на лікоть і досить довго грати в цьому положенні.

Наступною динамічною зміною для дітей даної вікової категорії є розвиток вміння сидіти самостійно. Воно розвивається в декілька етапів. Спочатку дитина може утримуватися більш вертикально в положенні «сидячи на боці», при цьому спираючись двома руками об поверхню. У цьому положенні вона вчиться контролювати голову, рухати нею незалежно від інших частин тіла. Також, на цьому етапі відбувається адаптація організму до утримання ваги тіла проти сили тяжіння у вертикальному положенні. Поступово малюк вчиться спочатку з підтримкою однієї руки, а потім – без підтримки, сидіти з рівною спиною. Приблизно в 7 місяців дитина намагається підтягнутися, аби встати – це вимагає великих зусиль, вона тягнеться догори всім тілом, підвищується тонус м'язів, і дитина стає на пальці. Під час стояння семи-восьмимісячній дитині потрібна широка площа опори: її коліна і стегна напівзігнуті. У цей період згасає хапальний рефлекс стопи, адже дитина все більше вчиться спиратися на ноги.

У дев'ять місяців дитина засвоює навичку повзання з опорою на чотири кінцівки, при цьому площа опори може залишатись ще досить широкою. Протягом часу, ближче до 11 місяців, навичка повзання з опорою на чотири кінцівки вдосконалюється, поліпшується контроль тулуба (дитина може залазити на сходинки, на диванні подушки і злазити з них). Ця поза є перехідною в вертикальне положення: дитина експериментує, переходячи в «позу ведмеда» (опора на кисті і стопи).

До кінця першого року життя дитина з положення «по-ведмежому» вчиться переходити в положення «стоячи». У цей період дитина засвоює пересування уздовж предметів, меблів, краще контролюючи тіло у вертикальному положенні і робить свої перші кроки. При самостійній ході і стоянні вона починає балансувати на ступнях. З цього моменту починається розвиток склепінь стопи і до трирічного віку стопи набувають вигляду, як у дорослої людини. До цього часу для дітей даної вікової групи властивою є фізіологічна плоскостопість.

Варто зазначити, що розвиток дитини залежить від її фізичного здоров'я, сенсомоторного, емоційного розвитку, від середовища, в якому вона зростає і розвивається (безпека та комфортність будинку, іграшки, які відповідають віку, реабілітаційні пристосування), а також наявності адекватних завдань для дитини (наприклад, необхідність доповзти до іграшки). Отже, з огляду на розуміння дитини як цілісної системи, її розвиток розглядається нами у взаємозв'язку фізичного, психічного і соціального складників. Сучасна дитина віком від 0 до 1 року відзначається певним дисбалансом фізичної і психічної

розвиненості, що актуалізує розроблення стратегії раннього втручання з боку дорослих (батьків, педагогів) для її розвитку в умовах родинного виховання.

Список використаних джерел:

1. Белікова Н. О. Основи фізичної реабілітації в схемах і таблицях: навч.-метод. посіб. Київ, 2009. 74 с
2. Кравцова А. М., Кукуруза А. В. Раннее вмешательство: междисциплинарная помощь детям раннего возраста с нарушениями развития и их семьям. Пособие для специалистов. Харьков, 2013. 206 с.
3. Вакуленко Л. О., Клапчук В. В. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії. Тернопіль, 2018. 372 с.
4. Воронін Д. М. Фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи : навч. посіб. Хмельницький, 2011. 143 с.
5. Зінов'єв О. О. Засоби і методи фізичної реабілітації при захворюваннях дитячим церебральним паралічем в ранньому дитячому віці : метод. рек. Львів, 2001. 94 с.

УДК 376.112.4

Наталія Івашура,
викладач кафедри корекційної освіти
та спеціальної психології
КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»,
м. Харків, Україна

СЕНСОРНА ІНТЕГРАЦІЯ В КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

В сучасній Україні набирає обертів розвиток інклюзивної освіти. Доступність освіти, можливість отримувати освітні послуги за місцем проживання важлива для кожної родини, однак особливого значення набуває для дітей із різними видами порушень опорно-рухового апарату.

Аналізуючи досвід спеціальних шкіл, в яких навчалися діти з порушеннями опорно-рухового апарату, ми бачимо, що освітній процес заснований на корекційно-розвиваючих принципах і максимально враховує індивідуальні особливості.

Коли дитина з порушеннями опорно-рухового апарату потрапляє в інклюзивний клас, крім асистента вчителя, який бере участь в адаптації матеріалу, створенні індивідуальної програми розвитку, у школі з нею також працюють фахівці, рекомендовані інклюзивно-ресурсним центром (ІРЦ). Тож корекційно-розвиваючу складову можуть виконувати психолог, логопед, дефектолог, фізичний реабілітолог. Саме ці фахівці, що входять у команду психолого-педагогічного супроводу дитини, обирають методи та технології, найбільш актуальні у кожному окремому випадку, та розробляють рекомендації по індивідуалізації освітньої програми.

Одним з інструментів сучасної педагогіки, що все частіше використовується для дітей з ООП, є сенсорна інтеграція.

Теорія сенсорної інтеграції, розроблена Е. Джин Айрес, надихнула багатьох дослідників і фахівців на вивчення питань реабілітації дітей з особливими потребами, дала поштовх розвитку реабілітології і ерготерапії. Одним з актуальних практичних завдань є діагностика сенсорних порушень.

Сенсорна інтеграція – це неврологічний процес організації та інтерпретації інформації, яку ми отримуємо від нашого тіла і навколишнього середовища.

У разі виникнення порушень обробки сенсорних сигналів, будуть з'являтися дисфункції в моторному, пізнавальному розвитку, а також в поведінці дитини.

Симптоми дисфункції сенсорної інтеграції, які фахівці можуть відзначити при знайомстві і під час перших занять:

- незграбність, труднощі координації, підтримання рівноваги і утримання фізіологічних положень тіла;
- труднощі в управлінні і використанні артикуляційного апарату;
- надмірна або недостатня чутливість до тактильних, зорових, слухових стимулів;
- уникнення торкання деяких фактур (пісок, пластилін);
- проблеми з маніпулюванням, використанням столових приборів, ножиць і олівців;
- труднощі з вислуховування рекомендацій;
- труднощі в розрізненні правого та лівого боків тіла.

Необхідність використання терапії сенсорної інтеграції для дітей з опорно-руховими порушеннями зумовлена тим, що сенсорна інтеграція є базою для академічних навичок, самоконтролю та саморегуляції, необхідна для руху, мовлення, простих ігрових дій.

Перед тим, як фахівці школи будуть створювати індивідуальний план розвитку дитини і планувати свою майбутню корекційну, реабілітаційну роботу з використанням терапії сенсорної інтеграції, необхідно провести діагностичні заняття з визначення наявності порушень обробки сенсорної інформації.

Порушення сенсорної інтеграції, ознаки та симптоми дисфункції можна визначати за існуючими діагностичними класифікаціями і опитувальниками:

- діагностичний The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM);
- діагностична класифікація психічного здоров'я та розвитку дитинства Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood;
- опитувальник "Sensory Integration Inventory – Revised for Individuals with Developmental Disabilities" (Reisman & Hanschus);
- опитувальник "Analysis of sensory Behavior Inventory" (Мортон & Волфорд);
- поведінкові характеристики, згруповані по сенсорним системам "Sensory Profile" і "Short sensory profile" (Dunn)
- шкала вимірювань сенсорних процесів "Sensory Processing Measure", SPM (Kuhaneck, Henry, Glennon).

На підставі зібраної діагностичної інформації розробляється індивідуальний план корекції, з урахуванням індивідуальних потреб учня з опорно-руховими порушеннями і його конкретних проблем дисфункції сенсорних систем. План корекційної роботи може включати в себе: модифікацію середовища, адаптацію до повсякденних активностей, адаптацію в способах взаємодії з оточуючими.

Корекція порушень сенсорної інтеграції може відбуватися як на індивідуальних корекційно-розвивальних заняттях в ресурсній або сенсорній кімнаті, так і стати елементом занять під час навчання у класі, взаємодії з однокласниками на перерві.

Корекційно-розвиваючі заняття, спрямовані на стимуляцію почуттів і сенсорних систем, враховують індивідуальні особливості, а головними завданнями ставлять підвищення рівня функціонування дитини з порушеннями опорно-рухового апарату.

Фахівці організовують заняття таким чином, щоб задіяти вестибулярні, пропріорецептивні, тактильні, зорові, слухові, нюхові сенсорні системи.

На заняттях із дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату і з особливостями роботи сенсорних сфер рекомендовано використовувати такі види завдань на сприйняття: тактильне (стимуляція обличчя, ротової порожнини, кистей рук), слухове (стимуляція слуху за допомогою музичних іграшок, різних мовних і немовних звукових стимулів).

Для розвитку зорового сприйняття на заняттях можна використовувати різні світлові іграшки, мозаїки, ігри з ліхтариком.

Розвиток нюхового сприйняття можливо за допомогою ароматерапії, розвиваючи і навчаючи дитину диференціювати запахи.

Для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату безумовно найважливішими будуть вправи на розвиток вестибулярного апарату і пропріорецептивної системи (маніпулювання об'єктами, застібання і розстібання, поліпшення моторного планування).

Для розвитку просторових уявлень про схему власного тіла, переміщення тіла в просторі, праву та ліву сторону тіла на заняттях можна використовувати дзеркала і різні техніки масажу.

Результатами терапії сенсорної інтеграції, за умови забезпечення індивідуального підходу і врахування психофізичних здібностей дітей, буде поліпшення великої і дрібної моторики, розвиток уваги і навичок концентрації, підвищення рівня самостійності і, як наслідок, самооцінки.

Питання використання сенсорної інтеграції в корекційній роботі з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату безумовно вимагає подальшого вивчення і практичної регуляції побудови програми втручання. Однак, вже на цьому етапі теоретичного і практичного розвитку технології сенсорної інтеграції показують свою ефективність у роботі з дисфункціями всіх видів сприйняття, розвитку моторних, пізнавальних і сенсорних навичок.

Список використаних джерел:

1. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. Москва : Теревинф, 2009. 272 с.
2. Анита Банди. Сенсорная интеграция. Теория и практика. Москва : Теревинф, 2018; 768 с.
3. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів : навчально-методичний посібник / За заг. ред. М. А. Порошенко та ін. Київ : 2018.

УДК 376-056.263:316.61:005

Світлана Калаур,
доктор педагогічних наук, доцент,
м. Тернопіль, Україна
Ольга Сорока,
доктор педагогічних наук, професор,
м. Тернопіль, Україна

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕНЕДЖЕРАМИ СОЦІОКУЛЬТУРНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
ВИХОВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗІ СЛАБОЧУЮЧИМИ ДІТЬМИ**

Спеціальність менеджмент соціокультурної діяльності виникла на стику культурології, педагогіки, психології, соціології, економіки й управління соціально-культурною сферою. Як доводить Н. Кочубей [5], менеджмент соціокультурної діяльності доцільно розглядати як систему практичних дій, що відображає цілі та функції державної політики в галузі культури і дозвілля. Під час професійної підготовки у ЗВО майбутні фахівці соціокультурної діяльності мають опанувати ефективні шляхи, методи і засоби реалізації соціокультурної діяльності з різними верствами населення, а також узяти на себе місію виховання активного, ініціативного, самостійного громадянина, освіченої та культурної людини. У Концепції розвитку освіти України на період 2015–2025 р.р. наголошено на необхідності системної реформи, яка має утвердити розуміння того, що освіта нині є вагомим важелем цивілізаційного поступу й економічного розвитку нашої країни.

Наголосимо, що в Україні спостерігається певне знецінення духовно-моральних й культурних орієнтирів, що негативно впливає на «відчуження» від культури. У цьому контексті назріла потреба в активному оновленні сфери дозвілля, у цілому, а також впровадження інноваційних підходів до організації виховної діяльності з дітьми, які мають спеціальні потреби. Організація дозвілля з дітьми, які мають порушення слуху, потребує системних змін у професійній підготовці майбутніх фахівців, які будуть його організовувати. Головним чином, як відзначають науковці [2; 4; 5; 6], спеціальні загальноосвітні школи для глухих і слабочуючих дітей є навчально-виховними закладами, які розв'язують питання виховання, загальноосвітньої й трудової підготовки школярів із порушенням слуху, а також корекції та компенсації недоліків. Загальноосвітні установи, де вони мають змогу активно соціалізуватися, мають великий вплив на формування особистості дитини з порушенням слуху. Навчально-пізнавальна діяльність забезпечує таким діткам оволодіння широким колом теоретичних знань і практичних умінь, розширення кругозору та збагачення інтересів. Проте, таке «шкільне» життя для дитини з порушенням слуху протікає у складному за своїми формами і спрямованістю середовищі, що являє собою систему

різноманітних структурованих стосунків дитини з однолітками, педагогами, батьками, іншими дорослими. Та найголовнішою ознакою є те, що у цьому середовищі відсутні «звукові барви» [4, с. 99].

Вважаємо, що з метою часткової компенсації нестачі звукового наповнення має бути належно організована дозвілєва діяльність з цією категорією дітей, яка б була спрямована на формування світобачення та допомагала б більш чітко усвідомлювати своє місце в суспільстві та генерувала впевненість. Звідси очевидним є те, що сучасний етап розвитку ЗВО має бути спрямований на пошук новітніх інноваційних технологій професійної підготовки майбутніх фахівців соціокультурної сфери до організації дозвілєвої діяльності з такими дітьми. Тобто, ще під час навчання майбутні менеджери соціокультурної діяльності мають вирішувати такі види професійної діяльності, як:

- творчо-виробничу, яка передбачає розробку культурних програм і соціально-культурних заходів, спрямованих на творчий розвиток дітей із порушенням слуху;
- педагогічну та соціально-виховну, що спрямована на проведення теоретичних і практичних виховних занять у загальноосвітніх закладах, де навчаються діти з порушенням слуху.

У методичному контексті пропонуємо для майбутніх менеджерів соціокультурної діяльності, які здобувають освіту у ТНПУ ім. В. Гнатюка, з метою вдосконалення практичної складової професіоналізму, проходження волонтерської практики в таких установах, в яких навчаються діти зі зниженим слухом (Тернопільська обласна комунальна спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для дітей зі зниженим слухом та Теребовлянська обласна комунальна спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для глухих дітей I–III ступенів).

Зокрема, проходячи волонтерську практику, майбутні фахівці спеціальності 028 Менеджмент соціокультурної діяльності мають змогу з практичної точки зору навчити реалізувати такі завдання, як:

- всебічний розвиток школяра з вадами слуху в контексті естетичного, фізичного, морального й трудового, виховання;
- формування позитивних особистісних якостей;
- розвиток пізнавальної, суспільної й трудової активності;
- виховання позитивного відношення до розвитку словесної мови в єдності з використанням залишкового слуху засобом утворення речового середовища і умов, що викликають потребу користування словесною мовою;

Під час організації виховних заходів майбутні менеджери соціокультурної діяльності спрямовували свої зусилля на утвердження у дітей прагнення до досягнення максимального позитивного ефекту в соціалізації засобами ігрової діяльності. Зокрема, ми націлювали студентів на активне використання сюжетно-рольових ігор під час організації дозвілля, які позитивно впливають на формування у дітей із вадами слуху уяви. Так, на основі участі у сюжетних іграх діти зі зниженим слухом отримували реальну можливість у невимушеній обстановці оволодіти нормами і правилами соціальної поведінки, познайомитися із предметами і явищами навколишнього світу. Як констатували самі студенти, організовані ними сюжетно-рольові ігри допомагають дітям реально усвідомити значимість різних видів діяльності у дорослому житті. Саме тому активна участь дітей у ігровій діяльності допоможе самостійно пізнати морально-етичні норми, оцінювати вчинки, ознайомитися із особливостями взаємовідносин між людьми та вивчити мотиви практичної діяльності.

Під час волонтерської практики студенти мали змогу переконатися у тому, що вагомим фактором для формування особистості дитини, яка має порушення слуху, є налагодження комунікативної діяльності. У цьому контексті майбутні менеджери соціокультурної діяльності залучали дітей до комунікації тактильно та предметно-дійовими засобами. Через таке спілкування студентів та дітей із порушенням слуху налагоджувалася дружня атмосфера, яка сприяла засвоєнню норм соціальної поведінки під час спілкування з оточуючими. У процесі спілкування діти емоційно розвивалися та поступово накопичували знання про світ речей, формували уявлення про ціннісні орієнтації.

Підсумовуючи, наголосимо, що у практичному аспекті майбутні менеджери мають навчитися проектувати розвивальне виховне середовище, у якому буде комфортно дітям із порушенням слуху. Майбутні бакалаври спеціальності 028 Менеджмент соціокультурної діяльності під час навчання у ЗВО мають активно формувати власний громадянський і професійний статус й активно готуватися до реалізації соціокультурної творчості, ефективної організації дозвілля, рекреації, а також до

проведення соціально-виховної та культурної діяльності й освіти з усіма категоріями населення. У найбільш загальному контексті цілями навчання студентів спеціальності 028 Менеджмент соціокультурної діяльності у ЗВО є формування і розвиток загальних та професійних компетентностей у галузі соціокультурної діяльності й управління діяльністю закладів соціокультурної сфери.

Отже, професійна підготовка майбутніх фахівців у ЗВО розглядається у якості каталізатора соціальної мобільності, що забезпечує розвиток кваліфікованого фахівця. На наш погляд, якісний освітній процес для студентів, які готуються стати організаторами соціокультурної діяльності, неможливий без практичної підготовки з різними верствами та категоріями населення. Навчаючись у ЗВО, майбутній фахівець соціокультурної діяльності не просто реалізує себе, роблячи вибір між репродуктивним способом професійної діяльності й творчістю, він має змогу якісно змінити й вдосконалити себе, переосмислити свої професійні очікування, виробити власну концепцію організації виховної та дозвілєворї діяльності з такою категорією клієнтів як діти з порушенням слуху. У цілому, для фахівця соціокультурної сфери з цією категорією діток мають, в першу чергу, бути характерні інноваційна спрямованість й скерованість на індивідуальний підхід.

Список використаних джерел:

1. Дидактичні та соціально-педагогічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі. Сучасні технічні засоби реабілітації й навчання дітей з вада и слуху та мовлення. Наук.-метод. зб. : Вип. за ред. Б. С. Мороза, К. В. Луцько. К. : АіР, 2002. 152 с.
2. Калаур С. М., Сорока О. В. Потенціал арт-терапії у процесі формування позитивного інклюзивного освітнього середовища дошкільних навчальних закладів. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах* : зб. наук. пр. Запоріжжя : КПУ, 2018. Вип. № 58–59 (111–112). С. 207–216.
3. Калаур С. М. Психолого-педагогічна характеристика інклюзивного підходу як основи для організації освіти дітей з особливими потребами. *Гірська школа Українських Карпат*. Наукове фахове видання з педагогічних наук. 2017. № 16. Івано-Франківськ : ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника». С. 58–62.
4. Калаур С. М. Соціально-педагогічний супровід дітей з порушенням слуху: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий вісник Ізмаїльського гуманітарного університету* : зб. наук. праць. Серія «Педагогічні науки». Ізмаїл : РВВ ІДГУ, 2017. Вип. 36. С. 99–103.
5. Кочубей Н. В. Соціокультурна діяльність : навчальний посібник. Суми : Університетська книга. 2015. 122 с.
6. Сурдопедагогіка: учебник для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Г. Багрова и др.; под ред. Е. Г. Ричицкой. М. : Гуманитар изд. центр ВЛАДОС, 2004. 655 с.

УДК 376.37

О. Каптьол,

магістрантка комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

Науковий керівник – **А.В. Овчинніков**,
м. Запоріжжя, Україна

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Для всіх форм дитячого церебрального паралічу характерні рухові порушення рефлекторного характеру, порушена координація, підвищений тонус м'язів, руху. Важлива особливість ДЦП як патологічного стану – тенденція до відновлення порушених функцій Лікування дітей із ДЦП

комплексне і включає медикаментозне, ортопедичне, логопедичне, гідрокінезотерапію, електростимуляцію м'язів у спокої і ходьбі. Особливе значення має лікувальна фізкультура і масаж.

Адаптивне фізичне виховання – новий напрямок у вітчизняній системі освіти і науки, яке вивчає аспекти фізичного виховання людей, які мають в результаті захворювань або травм різні стійкі порушення життєво-важливих можливостей (С. П. Євсєєв, О. В. Озолина, Н. О. Рубцова і т.д.) [3].

Мета адаптивного фізичного виховання (АФВ) – адаптувати людей, які мають функціональні обмеження, до фізичних і соціальних умов навколишнього середовища.

Основними принципами в АФВ є: свідомості й активності, індивідуалізації, доступності, наочності, послідовності, диференційно-інтегральних оптимумів, систематичності, розсіяного м'язового навантаження, міцності. В АФВ загальні дидактичні принципи мають певні особливості, пов'язані із специфікою контингенту тих, кого навчають.

В адаптивному фізичному вихованні виділяють дві групи функцій: педагогічні та соціальні.

До педагогічних функцій належать: корекційно-компенсаторна, профілактична, освітня, розвиваюча, виховна, ціннісно-орієнтовна, лікувально-виховна, професійно-підготовча, творча, рекреативно-оздоровча, гедоністична, спортивна і змагальна.

До соціальних функцій належать: гуманістична, соціалізуюча, інтегративна, комунікативна, видовищна і естетична [2].

При виборі засобів АФВ слід керуватися важливою фізіологічною закономірністю: швидше розвиваються ті органи і системи, які необхідні організму на даному етапі онтогенезу або у недалекому майбутньому. Навпаки, розвиток неактуальних на даний момент функціональних систем затримується.

Особливості методики при ДЦП:

Заняття починають із вправ, спрямованих на нормалізацію м'язового тону. Усі вправи, якими розвивають той, або інший рух, чергують з дихальними. На фоні загальнозміцнюючих, застосовують вправи, які нормалізують м'язовий тонус, нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси, амплітуди рухів. Бажано, щоб дитина виконувала вправи перед дзеркалом.

Розвиток вестибулярної функції здійснюють адекватною стимуляцією вестибулярного аналізатора: розгойдуванням в колисці, на руках, на гойдалках; вправами, в яких є швидка зміна положення тіла: швидке переміщення в одній площині (зверху вниз і знизу вгору, зліва направо і навпаки), перехід з однієї площини простору в іншу, рухи з кутовим прискоренням. У застосуванні цих вправ найбільш відповідальний момент – їх дозування, що розвиває тренувальний ефект і в той же час не викликає негативних вегетативних реакцій.

Вправи застосовують в певній послідовності: рухи головою; згинання, розгинання, повороти тулуба; рухи у плечових суглобах; рук і ніг – проксимальних суглобах (плечових, кульшових). Вправи поступово повинні охоплювати середні суглоби (ліктьові і колінні), потім променевозап'ясткові і гомілковостопні. Необхідно, щоб вправи дещо "випереджали" рівень розвитку рухових можливостей дитини – відповідали наступному рівню розвитку рухової сфери [1].

Отже, діти з дитячим церебральним паралічем потребують адаптивної фізичної культури, бо її головною метою є соціалізація, а не тільки лікування з допомогою фізичних вправ і фізіотерапевтичних процедур.

Список використаних джерел:

1. Деделюк Н. А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури: навч.-метод. посіб. Луцьк, 2014. С. 27–31.
2. Осадченко Т. М., Семенов А. А., Ткаченко В. Т. Адаптивне фізичне виховання : навч. посіб. Умань, 2014. С. 124–133.
3. Чудная Р. В. Адаптивное физическое воспитание : монография. Киев, 2000. 358 с.

УДК 159.922

Тетяна Кетлер-Митницька,
старший викладач кафедри природничо-наукових
дисциплін комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ ЯК ЗАСІБ ФОРМУВАННЯ ІНТЕРНАЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

В останні часи в Україні все більше уваги приділяється психолого-педагогічній підтримці студентів з інвалідністю. Питання забезпечення різних видів психолого-педагогічного супроводу студентів з обмеженими можливостями розробляли О. Дікова-Фаворська, І. Зверєва, І. Єрмаков, В. Синьова, В. Засенко, О. Хохліна, І. Іванова, К. Кольченко, П. Таланчук, Л. Тюптя, А. Колупасєва, С. Літовченко, Л. Фомічова, М. Томчук та ін.

Згідно з результатами сучасних досліджень, студенти з інвалідністю, зокрема – з порушеннями опорно-рухового апарату, характеризуються деякими типовими особливостями особистісного розвитку, пов'язаними з невмінням приймати відповідальність за своє життя, посіданням позиції «жертви». До таких характеристик належать: звичка до невимогливого, поблажливого ставлення, неадекватні уявлення про свої можливості (П. Таланчук, К. Кольченко, Г. Нікуліна) [8, с. 9]; недовіра до світу, егоцентризм, комплекс неповноцінності (М. Томчук) [9, с. 211]; споживацька позиція, вихована поблажливим ставленням та соціальним забезпеченням установка щодо використання суспільства як засобу для досягнення власної мети, звичка «брати» (В. Гур та О. Андрусенко) [4, с. 501–502]; небажання отримувати відповідну власним здібностям професійну освіту (Г. Беспянська) [1, с. 108]; несформованість навичок самореалізації та умінь подолання труднощів, схильність фіксуватися на негативних життєвих подіях, зосередженість на своїх фізичних або інтелектуальних недоліках, низький рівень внутрішнього локусу контролю (І. Чухрій) [10, с. 182].

Термін «локус контролю» впроваджено у 60-х роках ХХ століття видатним американським психологом Дж. Роттером у якості біполярного концепту. Існують два типи локалізації контролю: інтернальний (від англ. internal – внутрішній) та екстернальний (від англ. external – зовнішній). Інтернали покладають відповідальність за своє життя на себе, а екстернали – на зовнішні сили (долю, інших людей) [5, с. 397].

Несформованість інтернальності у студентів із порушеннями опорно-рухового апарату може бути пов'язана з негативним образом Я, дезадаптацією та нерівномірним розвитком емоційно-вольової сфери, зумовленими дефектом. Натомість, формування екстернальної позиції зумовлене зниженими соціальними очікуваннями, невимогливістю, поблажливим ставленням оточуючих до дитини із ДЦП. За даними Р. Пасічняка, хронічні захворювання асоціюються з почуттям безпорадності та зменшенням можливостей вибору. Стан пригніченості і депресії, що часто супроводжує захворювання, призводить до того, що людина стає пасивною, оскільки переконана у неефективності своїх зусиль. Разом з тим, відчуття власного контролю у людей із хронічними хворобами значно сприяє виробленню правильного ставлення до власного захворювання і оволодіння адекватною поведінкою в різних сферах соціального життя [7, с. 319–320].

Проблема розвитку інтернальності студентів з порушеннями опорно-рухового апарату на цей час залишається нерозв'язаною. На думку О. Єрьоменко, реалізація нормативних актів щодо отримання студентами-інвалідами якісної професійної підготовки вимагає методично-організаційного забезпечення їхнього психолого-педагогічного супроводу, який реалізується у вищому навчальному закладі і передбачає пристосування навчального процесу до потреб і особливостей розвитку осіб з обмеженими можливостями життєдіяльності. До основних завдань психолого-педагогічної допомоги студентам з інвалідністю належить актуалізація їхнього особистісного потенціалу, забезпечення позитивних міжособистісних відносин між учасниками освітнього процесу. Серед напрямків психологічного

супроводу студентів із порушеннями опорно-рухового апарату О. Єрьоменко відзначає проведення тренінгів із подолання психологічної пасивності, дефіциту спілкування [6, с. 316–319].

Як зазначали психологи-практики, особливістю психологічного тренінгу є можливість її використання з різною метою: психотерапії, групового навчання, корекції соціальних навичок, стимулювання особистісного зростання. За твердженням Н. Дідик, тренінг є специфічним методом психологічної реабілітації людей з обмеженими можливостями, спрямованим на відновлення їхнього емоційного стану, навичок психічної саморегуляції, комунікативної культури. При проведенні тренінгів потрібно враховувати: час настання інвалідності, характер реакції на інвалідність, важкість порушення (діапазон обмежень через порушення), рівень інтелектуального та емоційного розвитку, дотримання логічної послідовності тренінгових занять. У роботі з особами із порушеннями опорно-рухового апарату психологічний тренінг набуває особливого значення та зазвичай використовується з метою розвитку комунікативних якостей особистості, життєвих умінь та компетенцій [5, с. 89–94]. О. Блінов охарактеризував психологічний тренінг як ефективну технологію розвитку особистості, формування професійно значущих особистісних якостей. На його думку, перевагами цієї форми роботи є: атмосфера доброзичливості, поваги до кожного, психологічна безпека на занятті; можливість поділитися своїм досвідом і проаналізувати його у комфортній атмосфері без примусу; сприятливі умови для того, щоб вчитися, виконуючи практичні дії; відсутність покарань у разі припущенні помилки; відмова від оцінок; можливість отримання та надання адекватного «зворотного зв'язку»; нетравматичне виявлення викривлень особистісного розвитку, які підлягають корекції [2, с. 9–23]. Саме така форма психологічної допомоги здатна створити сприятливі умови для зниження емоційної уразливості осіб із ДЦП, забезпечити атмосферу психологічного прийняття, поваги та довіри.

Отже, проведений аналіз доводить перспективність використання психологічного тренінгу для розвитку інтернальності студентів із порушеннями опорно-рухового апарату. Невимушеність та доброзичливість спілкування, спеціально підібрані вправи, висока рефлексивна насиченість занять сприятимуть прийманню відповідальності за професійне становлення, допоможуть молодим людям зайняти позицію суб'єкта власного життя.

Список використаних джерел:

1. Беспяньська Г. В. Активізація навчання студентів з особливими потребами шляхом застосування різних форм та активних методів навчання: із досвіду роботи. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : зб. наукових праць. Київ : Університет «Україна», 2004. С. 107–113.
2. Блінов О. А. Особливості організації проведення психологічного тренінгу. *Вісник. Збірник наукових статей Київського міжнародного університету*. Серія: Психологічні науки. Випуск 12. Київ : КиМУ, 2008. С. 9–23.
3. Бодалев А. А., Столин В. В. Общая психодиагностика. Санкт-Петербург : Изд-во «Речь», 2002. 440 с.
4. Гур В. І., Андрусенко О. В. Етичні засади морального виховання як сутність складової соціальної реабілітації студентів з особливими потребами. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами* : зб. наукових праць. Київ : Університет «Україна», 2004. С. 500–504.
5. Дідик Н. М. Соціально-психологічна реабілітація дітей з порушеннями психофізичного розвитку. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Серія : Соціально-педагогічна. 2012. Вип. 19(1). С. 87–96.
6. Єрьоменко О. Психолого-педагогічний супровід студентів з особливими потребами у вищих навчальних закладах. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2016. Вип. 15. С. 313–320.
7. Пасічник Р. Ф. Почуття самоефективності як психологічний чинник соціально-психологічної адаптації осіб з обмеженими можливостями. *Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з особливими потребами*: тези доповідей. Київ : Вид-во Університет «Україна», 2005. С. 318–321.
8. Таланчук П. М., Кольченко К. О., Нікуліна Г. Ф. Супровід навчання студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі : навчально-методичний посібник. Київ : Соцінформ, 2004. 128 с.

9. Томчук М.І. Психологічні проблеми розвитку студентів з особливими потребами. *Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з особливими потребами: тези доповідей*. Київ : Вид-во Університет «Україна», 2005. С. 210–212.

10. Чухрій І. В. Психологічні особливості соціально-психологічної адаптації молодих людей з обмеженнями функцій опорно-рухового апарату. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Випуск 2. Том 2. С. 180–184.

УДК 376.2

Анна Кіріллова,
студентка факультету реабілітаційної педагогіки та
соціальної роботи, спеціальність «Спеціальна освіта»,
Хортицька національна академія
м. Запоріжжя, Україна
Науковий керівник – **І. Ю. Антоненко**,
кандидат психологічних наук, доцент

AR-ТЕХНОЛОГІЇ В КОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Згідно з чинними нормативно-правовими документами України Нова українська школа (НУШ) ставить за мету надати підростаючому поколінню якісну освіту. Враховуючи те, що сучасна школа передбачає інклюзивну освіту, актуальною є проблема соціалізації школярів із порушеннями опорно-рухового апарату. Адже саме такі діти гостріше реагують на зміну умов життя.

Мета ключової реформи Міністерства освіти і науки – створення школи, яка даватиме учням не тільки знання, а й вміння застосовувати їх у житті, тому саме уміння соціалізуватися є корисним не лише в першому класі, а й впродовж усього життя дитини. Учень, який вдало адаптується до умов школи, здатен успішно оволодівати знаннями, уміннями та навичками, які заплановані програмами, та набути необхідних компетентностей.

На сьогодні існує безліч методів, які допоможуть дітям соціалізуватися в умовах шкільного навчання, втім не всі відповідають вимогам сучасності, що потребує впровадження змін до методичного інструментарію.

На нашу думку, актуальним корекційно-розвитковим методом є використання казкотерапії (на думку В. Пропп, казкотерапія – процес створення взаємозв'язків між казковими подіями і поведінкою в реальному житті; процес перенесення казкового сенсу до реальності). Казка є образним зображенням життєвих реалій і дитині, у якій ще домінує ігрова діяльність, комфортніше сприймати казкові події, ніж переживати реальні. Через розповідь, перевтілюючись у казкового героя, першокласник може спокійно розповісти про свої почуття та думки. Саме терапія казкою допомагає засвоїти дитині необхідні моделі поведінки, які їй знадобляться в реальному житті, адже казковий герой може стати взірцем та надихнути учня.

Про користь лікувальної казки говорили Л. Бузунова, Т. Дорожевець, Д. Ельконін, М. Єрмолаєва, А. Лобок, О. Сапогова, Е. Тализова, З. Фрейд, К. Юнг та інші науковці. Дослідники зазначали про значущість такого методу в роботі психологів та педагогів, оскільки в казці відбувається трансформація (слабкий герой стає сильним тощо), яка допомагає дитині на підсвідомому рівні повірити у власні сили. Це особливо важливо у роботі із дитиною, яка має порушення опорно-рухового апарату, бо такі діти чітко розуміють свою відмінність від решти учнів класу, їм важко знайти сили та адаптуватися до такого колективу.

Автори пропонують декілька варіантів роботи з казкою: 1) обговорення вже існуючих казок; 2) самостійне написання разом з дитиною казки; 3) інсценування, драматизація вже написаних казок; 4) арттерапія по мотивах казки тощо. Ці види завдань можна чергувати та обрати той, який краще

підходить певній дитині. Також такі варіанти занять можна організовувати з усім класом, в груповій формі.

Казкотерапія шикоровідома та застосовується не один десяток років. Для того, щоб зацікавити сучасного учня та мати певні результати психокорекційної роботи, є потреба удосконалити цей метод. Сучасні технології можуть нам у цьому допомогти. Ми пропонуємо об'єднати казкотерапію та AR-технології (AR – Augmented Reality – доповнена реальність). Перевагою таких технологій є те, що до об'єктів реального світу ми додаємо уявні об'єкти, за допомогою певного комп'ютерного інтерфейсу. Це зацікавить будь-якого першокласника, адже діти люблять користуватися гаджетами, шукати щось цікаве та нове.

На полицях магазинів вже не один рік існують 3D-енциклопедії та казки. За допомогою спеціального додатку для смартфона та мобільної камери можна подивитися на певну подію чи героя. Дитина може побачити не просто малюнок на папері, а об'ємне зображення, яке можна збільшити чи зменшити в розмірах, повернути, подивитися з різних боків. Малюнки в таких книжках не просто «оживають», а ще розмовляють і рухаються. Тобто 3D-анімація допомагає створити точну копію конкретного предмету. Тому сучасні технології можуть допомогти дитині повноцінно перенестися в події психотерапевтичної казки. Це особливо корисно в тому випадку, коли учень не володіє достатнім рівнем уяви, або не має необхідного рівня знань про щось конкретне.

3D-казки можна замінити на звичайний перегляд мультфільмів, але для сучасного учня це вже не так цікаво, бо відео не дає змогу побачити тривимірність картинки. Втім, можна використовувати 3D окуляри при перегляді відео. Але діти мають змогу відвідувати кінотеатри та переглядати фільми в 3D форматі. А казки, які оживають за допомогою смартфона, це ще не така звичайна річ. Перевагою цього методу є те, що дитина сама обирає предмет чи об'єкт, на який хоче подивитися, вирішує, чи хоче вона чути звук, чи хоче, щоб предмет рухався, сама повертає на екрані телефону предмет так, як їй цікаво. Не менш важливими перевагами AR-технологій є такі: Voice Control – (голосове управління) – управління персонажами за допомогою голосових команд; Hand AR Touch (AR Touch) – (взаємодія з рукою) – у доповненій реальності персонажі реагують на руки людини. Завдяки цій технології діти можуть потримати на долоньці улюблених героїв книг. До плюсів можна віднести й те, що якщо дитина бажає, то може лише слухати казку і взагалі не дивитися 3D-анімацію. У цей же час технологія роботи з казкою не змінюється.

Також за допомогою цього методу можна піти й далі. Можна пропонувати дитині з порушеннями опорно-рухового апарату виконувати рухи так як певний герой казки (з опорою на анімацію чи без неї) тощо. Тобто паралельно проводити роботу над регуляцією м'язового тону, над координацією рухів, що досить актуально при роботі з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату. Під час роботи з функцією Voice Control педагог буде відпрацьовувати з учнем навички давати команди, говорити чітко та з певною гучністю.

AR-технології допоможуть швидше адаптувати першокласників до нових умов школи та всебічно розвивати їхню особистість. Сьогодні такі методи роботи зможуть зацікавити сучасну дитину, яка постійно контактує з гаджетами та виконуватимуть не лише розважальну функцію, а й освітню, розвивальну та терапевтичну. А паралельно вчитель використовуватиме стандартні, перевірені часом методи роботи, які точно принесуть результат у роботі.

Список використаних джерел:

1. Нова українська школа. URL: <https://mon.gov.ua/ua/tag/nova-ukrainska-shkola>.
2. Дети и гаджеты №2: ай-да дополнять реальность. URL: <http://appttractor.ru/learn/deti-i-gadzhetyi-2-ay-da-dopolnyat-realnost.html>.
3. Пропп В. Структурное и историческое изучение волшебной сказки. Трансформация волшебных сказок. Кумулятивная сказка. Поэтика фольклора. М., 1998. С. 208–269.

Юлія Ключкова,
викладач кафедри спеціальної педагогіки та спеціальної
психології Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ЗАПУСКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Діти з порушенням опорно-рухового апарату потребують комплексної корекційно-реабілітаційної роботи. Для збільшення її ефективності з такою дитиною повинні працювати лікарі, фізичні реабілітологи, корекційні педагоги, психологи та батьки. Вивченням особливостей навчання та розвитку дітей із порушенням опорно-рухового апарату займалися такі вчені, як О. Мастюкова, О. Чеботарьова, А. Шевцов та інші.

До порушень опорно-рухового апарату призводять різні причини:

- захворювання нервової системи;
- дитячий церебральний параліч;
- поліомієліт;
- вроджені патології опорно-рухового апарату;
- аномалії розвитку хребта;
- недорозвинення і деформації кінцівок;
- набуті захворювання і порушення опорно-рухового апарату;
- травматичні ураження спинного і головного мозку, кінцівок;
- поліартрит тощо [3].

О. Чеботарьова наголошує, що корекційна робота з дітьми з порушенням опорно-рухового апарату повинна проводитись у декількох напрямках одночасно:

- 1) розвиток та корекція рухової сфери;
- 2) розвиток сенсорних функцій;
- 3) розширення уявлень про навколишній світ;
- 4) розвиток пізнавальної діяльності;
- 5) корекція мовленнєвого розвитку;
- 6) психокорекція особистісного розвитку учня [2].

Найбільш розповсюджене порушення мовлення при порушенні опорно-рухового апарату – це дизартрія. Вона визначається як важке, тотальне порушення формування навичок вимови, функцій, які беруть участь у акті фонації: артикуляції, просодики, голосоутворення, мовленнєвого дихання, що обумовлене раннім органічним ураженням головного мозку.

Важливим завданням у запуску мовлення дітей із дизартрією є розвиток мовленнєвої моторики. Він забезпечує у подальшому точність та вправність рухів при обранні правильної артикуляційної пози. Для цього логопеди активно використовують артикуляційні розминки. Вони складаються з масажу обличчя та язика, пасивної та активної гімнастики, вправ на розвиток фонематичного слуху, корекції звуковимови.

Обирати масажні рухи слід в залежності від стану м'язів, їхньої напруженості чи навпаки, в'ялості. Наприклад, при спастичних формах ДЦП проводиться артикуляційна гімнастика, яка охоплює такі прийоми масажу як «прогладжування», «вібрацію», спрямовані на розслаблення м'язів, зняття надмірної спастичності м'язів обличчя. При в'ялих парезах застосовуються стимулюючі прийоми масажу: «пальцевий душ», «пощипування», «легке поплескування» м'язів обличчя. Дотримуються руху від спинки носа до скроневих ділянок, від підборіддя до мочки вуха [1].

До пасивної та активної артикуляційної гімнастики будуть входити такі рухи: відкривання за закривання рота, витягування губ вперед трубочкою, підняття та опускання язика, утримання язика у положеннях праворуч та ліворуч, рухи язика по колу тощо.

Також важливим є розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання. Тренувати його можна в різних положеннях: сидячи, лежачи, стоячи. За допомогою тактильного контролю можна навчити дитину

усвідомлено користуватися діафрагмальним диханням, що збільшить об'єм повітря у легенях та силу повітряного струму та, як наслідок, силу голосу.

Під час розвитку фонематичного слуху необхідно враховувати всі етапи та працювати за принципом доступності: від простого до складного. Починати рекомендовано із вправ на розвиток сприйняття та розрізнення немовленнєвих звуків (шум води, листя, вітру, моря тощо), далі працювати над розрізненням близьких за звучанням слів, складів, фонем. Найскладніший етап останній – здійснення звукового аналізу та синтезу.

Корекція звуковимови можлива лише тоді, коли є сформоване підґрунтя для опанування новими звуками: нормалізовано м'язовий тонус, сформовано достатній повітряний струмінь, розвинена артикуляційна моторика. Постановка, автоматизація та диференціація звуків відбувається за загальними правилами. Меншою є вірогідність постановки звука за наслідуванням. Логопеду доводиться частіше використовувати зонди та зондозамінники. Конкретний зміст мовленнєвої корекції визначається структурою психофізичного порушення дитини, умовами середовища, рекомендованими заходами впливу. Основою для організації мовленнєвої практики є участь дитини у різноманітних видах діяльності, практичних діях із предметами, активних спостереженнях за явищами навколишньої дійсності під керівництвом педагогів і батьків.

Успіхи в мовленнєвому розвитку дитини під час запуску мовлення можливі при виконанні ряду умов: емоційного контакту з дитиною, певного рівня розуміння мовлення, стійкості уваги, наявності наслідувальної діяльності з боку дитини. Багато що буде залежати від того, наскільки буде грамотно і цікаво організовано заняття з дитиною.

Таким чином, порушення опорно-рухового апарату у більшості випадків супроводжуються порушенням мовлення. Найчастіше це дизартрія, що характеризується порушенням іннервації м'язів артикуляційного апарату, тембру, сили, висоти голосу. Тому для запуску мовлення слід виконувати комплексну роботу, залучаючи лікарів, педагогів, психологів, батьків, фізичних реабілітологів. Робота з корекції мовлення буде складатися з кількох компонентів: логопедичний масаж, пасивна та активна артикуляційна гімнастика, розвиток фізіологічного та мовленнєвого дихання, розвиток фонематичного слуху, корекція звуковимови. Результативність залежатиме також від мотивації самої дитини, тому важливо добирати яскравий, сучасний, цікавий матеріал для занять.

Список використаних джерел:

1. Корекція психосоціального розвитку дітей з церебральним паралічем у реабілітаційному центрі / Т. Д. Іляшенко, А. Г. Обухівська, О. В. Романенко, Н. С. Скрипка. Київ, 2003. 156 с.
2. Чеботарьова О. В. Індивідуальне навчання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Київ, 2007. 197 с.
3. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології. Київ, 2009. 484 с.

УДК 376.02

Олександра Козарик,
кандидат педагогічних наук, доцент,
завідувач кафедри соціальної роботи,
м. Запоріжжя, Україна

ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МОБІЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У СТРУКТУРІ КОРЕКЦІЙНОЇ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Формування соціальної мобільності дитини починається з соціального становлення її як особистості. Соціальне становлення особистості дитини з порушеннями опорно-рухового апарату є невід'ємною частиною корекційної і реабілітаційної навчально-виховної роботи.

Це обумовлено тим, що цим дітям потрібно жити, вчитися і працювати серед здорових людей, відчувати себе повноцінними громадянами своєї держави, попри усі складнощі опорно-рухових обмежень, треба вчити з дитинства, з того моменту, як виникла ця проблема.

Саме слово «становлення» передбачає перехід можливості у дійсність у процесі розвитку дитини. Можливість у філософському словнику трактується як об'єктивна тенденція становлення особистості, а дійсність – як об'єктивно існуючий результат реалізації цієї можливості. В широкому розумінні дійсність розглядається як сукупність усіх реалізованих можливостей [4, с. 94]. Перехід можливостей у дійсність відкриває шлях для можливостей більш високого рівня. Коли в суспільному житті виникають різні можливості, то люди роблять вибір для розвитку тих із них, які у найбільшій мірі відповідають потребам, інтересам, цінностям людей або соціальних груп і діють відповідно цьому вибору, перетворюючи можливість у реальну дійсність [4, с. 95].

Соціальне становлення відбувається завдяки системі соціальних дій. Соціальна дія визначається науковцями як спосіб розв'язання соціальних проблем (наприклад, потреби у розумінні особи з порушеннями опорно-рухового апарату іншими людьми, потреби у бажаному соціальному статусі. Головною ознакою результативності соціальних дій особистості є визнання їх іншими особами, всією значущою для особистості групою. Соціальний статус науковцями визначається як положення (позиція) особи в соціальному середовищі.

Соціальне становлення і формування соціального статусу у суспільстві передбачає системне соціальне планування роботи з означеною вище категорією дітей. Соціальне планування, за визначенням науковців [4, с. 611], означає напрями діяльності, пов'язані з науково обґрунтованим управлінням соціальними процесами, явищами, чим передбачені такі складові:

- 1) загальна характеристика дитини, причини виникнення її проблеми; її ставлення до проблеми; ставлення найближчого оточення до її проблеми;
- 2) способи створення сприятливих умов для успішного протікання соціального становлення дитини або вибір способів соціального становлення дитини навіть у несприятливих умовах найближчого соціального оточення;
- 3) розвиток соціально і профільно значущих для дитини можливостей, враховуючи її особистісні можливості (інтелектуальні, фізичні, моральні та ін.);
- 4) підбір механізмів стимулювання дитини до активних дій і взаємодії з іншими людьми;
- 5) покращення (по можливості) соціально-побутових умов при активній участі самої дитини у цьому процесі;
- 6) організація змагання із самим собою вчорашнім (намагання бути кращим, успішнішим сьогодні, ніж був учора);
- 7) самоорганізація дитини на підвищення власної соціальної активності;
- 8) системне самовдосконалення (фізичне, моральне, соціальне).

Для кожного із вище названих розділів розробляються види занять, види допомоги, види мотивації на самостійну роботу дитини над собою у досягненні позитивних результатів і переконанні в тому, що вона здатна рухатися вперед до успіху в індивідуальних справах і у груповій співпраці з іншими.

Для реалізації усіх напрямків соціального становлення слід навчити дитину здійснювати системний самоконтроль за результатами власної діяльності: навчити в кінці дня перераховувати усі гарні ідеї і недоліки, давати їм оцінку і визначати шляхи самовдосконалення у тих чи інших справах.

Соціальний самоконтроль можна визначити як погляд на себе очима іншої особи. Самоконтроль є передумовою саморуху вперед. Саморух дитини треба оцінювати, мотивувати її на реальну можливість досягати успіху властивими їй способами. Цей процес повинен бути керованим наявно: спочатку слід організовувати індивідуальну діяльність дитини чи в групі в зоні «актуального розвитку», а потім поступово переходити до організації її самостійної соціально значущої діяльності в зоні «найближчого розвитку» (за теорією відомого вченого, психолога Л. С. Виготського). По мірі соціального самовдосконалення дитини в зоні актуального розвитку поступово зменшувати допомогу в зоні найближчого розвитку, поки дитина не буде здатна до самостійного саморозвитку як у окремих видах діяльності, так і у соціальному оточенні взагалі.

За результатами системного контролю і самоконтролю визначається здатність дитини з віком до самоорганізації власної діяльності і здатності до позитивних соціальних стосунків і взаємодії з оточуючими. Самоорганізація виступає як процес, в ході якого створюється, відтворюється або удосконалюється організація власної діяльності, удосконалюються способи спілкування і взаємодії з іншими людьми у різних соціальних групах.

У науковій літературі розрізняють три типи процесів самоорганізації [4, с. 566].

Перший тип самоорганізації – організація людиною себе на окремі дії, окремі види взаємодії з іншими. Другий тип самоорганізації – організація людиною своєї діяльності так, щоб підтримувався певний рівень організації діяльності при зміні внутрішніх і зовнішніх соціальних умов для спілкування і взаємодії з іншими людьми в найближчому оточенні і в суспільстві в цілому. Третій тип самоорганізації пов'язаний з розвитком системи спілкування, взаємодії з іншими людьми, яка дає можливість накопичувати і використовувати минулий досвід.

У процесі переходу від одного типу самоорганізації особистості дитини до іншого формується самоусвідомлення себе як значущої особистості у суспільстві через свою значущість у найближчому оточенні.

Становлення особистісне, соціальне включає і здатність до соціального планування, соціального самоконтролю, соціальної самоорганізації, самоусвідомлення себе як особистості і як члена суспільства в сукупності формує соціальну мобільність особистості, тобто здатність її до зміни соціальної позиції, яку вона займала в певній соціальній структурі, способів впливу на зміну спілкування і взаємодію з іншими людьми, групою людей, якщо цього вимагають певні обставини. Це можуть бути обставини загальносуспільного значення, окремої соціальної групи, до якої входить особистість, або конкретні обставини, які стосуються тільки даної особистості.

У науковій літературі розрізняють вертикальну і горизонтальну соціальну мобільність [4, с. 609]. Вертикальна мобільність передбачає рух вгору або вниз в системі соціальних відносин (наприклад, кар'єрне зростання або втрата соціального статусу з певних причин). Горизонтальна соціальна мобільність проявляється у здатності людини постійно системно самоудосконалюватись у певних видах діяльності або у професійній діяльності і досягати там надзвичайних успіхів (наприклад, встановлення рекордів у спорті, досягненні перемог у інших видах діяльності порівняно з іншими людьми).

Соціальна мобільність переростає і в професійну мобільність фахівця, який поступово, системно самоудосконалюється у своїй професійній діяльності, досягаючи все кращих результатів.

Люди з руховими порушеннями і високим рівнем соціальної мобільності, які ще в дитинстві досягають високих результатів у вибраних ними видах діяльності, почувають себе комфортно серед здорових людей. Вони життєрадісні, позитивно налаштовані робити добро для себе і для інших. Їх поважають, цінують у суспільстві, вони слугують прикладом для інших.

Тому формування соціальної мобільності у дітей з опорно-руховими порушеннями треба починати з моменту появи таких обмежень і підтримувати до тих пір, поки вони до кінця не усвідомлять свій високий соціальний статус у суспільстві, найближчому оточенні, у власній сім'ї.

Соціальна мобільність особистості розвинена з дитинства є першоосновою для формування професійної мобільності. Наприклад, говорячи про підготовку вчителя молодших класів, зокрема, Р. Пріма [2, с. 101–102] визначає соціальну мобільність як підґрунтя ефективного реагування особистості на «виклик» сучасного суспільства, своєрідний особистісний ресурс, який лежить в основі дієвого перетворення суспільного довкілля і самого себе в ньому; забезпечує готовність до змін і реалізацію цієї готовності у своїй життєдіяльності, фаховій діяльності й особистісному розвитку.

Таким чином, проблема соціального становлення як передумова, що призводить до соціально-професійної мобільності у сучасних дослідженнях, набирає все більших обертів і свідчить про актуальність досліджень з даної проблеми з раннього дитинства і до одержання вищої освіти молодими людьми.

Список використаних джерел:

1. Философский энциклопедический словарь / редкол.: С. С. Аверинцев, Э. А. Араб-Оглы, Л. Ф. Ильчѳв и др. 2-е изд. Москва : Советская энциклопедия, 1989. 815 с.

2. Рідкодубська Г. А. Критерії та рівні готовності до професійної мобільності майбутніх працівників соціальної сфери. *Інноваційна педагогіка*. Одеса, 2018. Вип. 4. Т. 2. С. 49–52.
3. Бабенко Т. В. Розвиток соціально-професійної мобільності фахівця в освітньому середовищі вищого закладу освіти. *Інноваційна педагогіка*. Одеса, 2018. С. 62–65.
4. Пріма Р. Формування професійної мобільності майбутнього вчителя початкових класів: теорія і практика: монографія. Дніпропетровськ: ІМА-ПРЕС, 2009. 367 с.
5. Козарик О. С. Визначальні соціальні ролі студента як особистості і як фахівця. *Соціальна та життєва практика в структурі професійної підготовки: теорія та практика*. Запоріжжя: Видавництво КВНЗ «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, 2017. С. 131-172.

УДК 376.4-053.2

Наталія Коломоєць,
завідувач Центру ранньої соціальної реабілітації
комунального закладу вищої освіти «Хортицька
національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ФУНКЦІОНУВАННЯ БАЗОВИХ СЕНСОРНИХ (ЗОРОВОГО, СЛУХОВОГО, ТАКТИЛЬНОГО) КАНАЛІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

Обробка сенсорної інформації – це спосіб і процес виявлення, передачі, розпізнавання і аналізу відчуттів у центральну нервову систему, а також їхня інтеграція, як кінцева обробка і усвідомлення сенсорних стимулів. Поширеність порушень сенсорної обробки інформації у дітей із розладами аутистичного спектра, за даними американських науковців, варіює від 30-70%. Морфофункціональні особливості нервової системи дітей із розладами аутистичного спектра свідчать про несформованість специфічних зон сенсорної інтеграції, в першу чергу, – кутової звивини, ретикулярної формації та лімбічної системи.

При порушенні фізіологічних процесів і механізмів сприйняття сенсорної інформації дитина із розладами аутистичного спектра вибудовує «аутичну» модель адаптації до зовнішнього світу як найбільш результативну і найменш травматичну. При аутистичному розвитку більшість аферентної сенсорної інформації сприймається як надлишкова, тому дитина з РАС змушена навчатися процесам «ігнорування», зниження інтенсивності сигналу, який поступає. В результаті «у дитини фіксується реакція відходу від спрямованих на нього зовнішніх впливів» [1].

Сенсорна депривація негативно впливає не лише на формування нейрофізіологічних механізмів системної організації зорового, слухового та тактильного сприйняття, а й на діяльність активуючої системи мозку. Діти з розладами аутистичного спектра спотворено обробляють та інтерпретують повсякденну сенсорну інформацію, в тому числі зорову, слухову й тактильну, що, в свою чергу, призводить до порушення регуляції поведінки й емоційно-вольового фону. Тому важливим є розуміння того, як відбувається процес обробки інформації у дітей дошкільного віку з РАС та на якому етапі відбувається сенсорний збій.

Дослідженням проблематики природи та структури асинхронного, спотвореного розвитку дітей із РАС займалися такі видатні вчені, як: Дж. Айрес, Н. Байкіна, К. Гілберг, Л. Канер, Я. Крет, К. Лебединська, В. Лебединський, Н. Манеліс, Ю. Мікадзе, О. Нікольська, Т. Пітерс, В. Тарасун, А. Чуприков, І. Шпіцберг, Д. Шульженко, та ін. Ними підтверджено гіпотезу про гіперсензитивне сприйняття, відповідно до якої неможливим є адекватний розвиток сенсорних систем у дітей із розладами аутистичного спектра.

Задля дослідження функціональних та кількісних співвідношень між фізичними стимулами та сенсорними відчуттями слід розглянути психофізіологічний аспект сенсорних процесів.

За результатами процесу виявлення і аналізу сенсорних сигналів здійснюється їх передача і перетворення, що забезпечує надходження у вищі сенсорні центри мозку найбільш важливої інформації. Наступним етапом є кодування інформації – її перетворення на умовну форму (код), що відбувається за певними правилами. Після кодування інформації відбувається її декодування, що являє собою вибіркове виділення сенсорним нейроном тієї чи іншої ознаки подразника. Подібний аналіз здійснюють нейрони-детектори першого порядку, які вибірково реагують тільки на певні властивості стимулу. Детектори високого порядку сконцентровано у вищих відділах сенсорної системи. Вони відповідають за виділення складних ознак і цілих образів [2].

Отже, із психофізіологічної точки зору відчуття є реактивною відповіддю на дію подразника, а саме, відображення окремих властивостей предметів і явищ при їхньому безпосередньому впливі на аналізаторну систему. Основою цього процесу є система внутрішньоаналізаторних і міжаналізаторних зв'язків, яка забезпечує вирізнення подразників і врахування властивостей предмета як єдиного цілого.

Міжаналізаторні зв'язки поділяються на три основні групи: активізуючі, інформуючі, вікаруючі. Активізуючі зв'язки забезпечують рівень активності аналізатора. Інформуючі зв'язки впливають на зміст чуттєвих образів. До них належать різнобічні асоціації відчуттів, перехід їх від однієї модальності до іншої (візуалізація чуттєвих образів) тощо. Вікаруючі зв'язки забезпечують можливість заміни певних функцій одного аналізатора іншим. Взаємодії сенсорних систем також проявляються у вигляді впливу збудження однієї системи на стан збудливості іншої за домінантним принципом [1].

Процес взаємодії сенсорних систем здійснюється на ретикулярному, таламічному і кірковому рівнях. Особливо широка інтеграція сигналів відбувається у ретикулярній формації, лімбічній системі та корі великих півкуль.

Відомий нейропсихолог О. Р. Лурія виділив 3 основні зони кіркового відділу: первинна (проекційна) зона – забезпечує невеликий синтез сигналів, які надходять, тобто вона визначає вузькоспецифічні характеристики (стимули); вторинна (проекційно-асоціативна) – здійснює складні форми аналізу і синтезу. Вона відповідає за впізнавання. Асоціативна є наймолодшою і виконує найбільш складні функції. На підставі інформації, яка надходить з первинних і вторинних зон, третинна зона виробляє цілі і завдання поведінки [3].

Таким чином, аудіокінестетовізуальна система – це приклад тісної взаємодії сенсорних систем. У разі порушень її функціонування виникають два типи розладів: елементарні сенсорні розлади, які спотворюють різні види відчуттів; складні гностичні розлади, які порушують різні види сприйняття. Елементарні сенсорні розлади виникають у результаті ураження периферичного та підкіркового рівнів аналізаторної системи. Наслідком ураження кіркових полів є складні гностичні розлади.

Численні дослідження впливу патології сприйняття (дефектності дистантного сприйняття при збереженні контактного: низьких, а за іншими даними – високих сенсорних порогів) передбачають парадоксальність реакцій на сенсорні подразнення: в умовах надмірної сенсорної чутливості («недостатньої фільтрації стимулів») виникає гіперкомпенсаторний механізм захисту, який обумовлює дефіцит інформації й вторинно – явище психічної депривації [2]. Аутистичні страхи спотворюють, деформують предметність сприйняття навколишнього середовища. Аутичні діти сприймають навколишні предмети не цілісно, а на основі окремих афективних ознак.

Для дітей із розладами аутистичного спектра характерна хвороблива гіперестезія до звичайних сенсорних подразників: тактильних, температурних, світлових, звукових. Звичайна дійсність для такої дитини надмірна, неприємна, травмуюча. Хвороблива гіперестезія і пов'язаний з нею емоційний дискомфорт сприяють виникненню почуття невпевненості і стають сприятливим підґрунтям для виникнення страхів [3].

Також, на наш погляд, особливий інтерес представляють дані, отримані дитячими патопсихологами та патоетологами при вивченні раннього дитинства дітей із РАС. В області тактильного гнозису у даної групи дітей відзначається негативна емоційна реакція на доторкання, сповивання, купання, у більш старшому віці – несприйняття одягу, взуття, чищення зубів. У дітей іншої групи – слабка реакція на доторкання, мокрі пелюшки, холод. В області зорового та слухового гнозису спостерігається несприйняття яскравого кольору, гучних звуків у однієї групи аутичних дітей та слабка

реакція на них дітей іншої групи [3]. Водночас спостерігається парадоксальне явище: діти із симптомами гіперсензитивності не лише не ігнорують, а навпаки, шукають подразники високої інтенсивності за умови їхньої афективної насиченості. Дитина немов «підключається» до джерела енергії, тонізуючи себе за його допомогою. При покращенні афективного стану спостерігається «прорив» мовленнєвої активності у формі ехололій [3].

Таким чином, однією з особливостей розвитку дітей із розладами аутистичного спектра є специфічне сприймання довкілля, зокрема, наявність певних стійких домінант серед усього розмаїття зорових, слухових чи тактильних стимулів. Через специфічні проблеми із сприйняттям та обробкою інформації, їм властивий стимульний дефіцит, який негативно впливає на нейрофізіологічні механізми, зокрема – дозрівання мозку в ранньому дошкільному віці. Тривалий «сенсорний голод» може призвести до сенсорної депривації (нестачі зорових, слухових, дотикових та інших стимулів). Проте, у процесі надходження в мозок і переробки інформації різної модальності відбувається активний розвиток сенсорних каналів та відповідних структур мозку, що є успішною запорукою когнітивного розвитку.

Список використаних джерел:

1. Булахова Л. Дитяча психоневрологія. Київ, 2001. 496 с.
2. Гарбузова В. Фізіологія сенсорних систем: курс. Суми, 2011. 36 с.
3. Скрипник Т. Феноменологія аутизму. Київ, 2010. 320 с.
4. Тарасун В. Аутологія: теорія і практика. Підручник. Київ, 2018. 590 с.
5. Шульженко Д. Освітньо-психологічна інтеграція (інклюзія) дітей із аутизмом: монографія. Київ, 2017. 444 с.
6. Як Э., Паула А., Ширли С. Строим мостики с помощью сенсорной интеграции. Терапия детей с аутизмом и другими первазивными расстройствами развития. 3-е издание. Белая Церковь, 2016. 240 с.

УДК:330.34.1(477)

V. Korneev

Candidate of Sciences, Head of the Sector "Belarussian
Republican Central Research Institute"

I. Sokolovskaya

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,
Department of Ecology, ZSMU

V. Tsymbal

Associate Professor of ZNU Ecology

DISABILITIES OF CHILDREN'S HEALTH CONDITIONING CHRONIC INFLUENCE OF THE COMPLEX OF POLLUTANTS OF DIFFERENT NATURE

The growth and development of children, their health status are of great social and medical importance, as they are a serious indicator of the well-being of the population as a whole

Most often, the morbidity of children is ecologically conditioned and interrelated with the processes of environmental change. To date, there are no grounds for denying environmental morbidity and the environmental impact on a child's health.

The processes of growth and development of the infant body are influenced by external factors: pollution by radionuclides and xenobiotics; geochemical disadvantage of the territories (iodine deficiency in the biosphere, excess iron, fluorine in water); nature of nutrition of children (protein deficiency, iodine, zinc); social factors; the magnitude of solar radiation.

As in previous years, the largest pollutants of water resources continue to be industrial facilities of ferrous and non-ferrous metallurgy, which discharged 97,097 million m³ of contaminated return water, and the

housing and communal sector dropped 134,522 million m³. The annual discharge of polluted wastewater by these two sectors of the economy is over 230,000 million m³.

Among the hazardous wastes generated during the year are large quantities of manganese and its compounds, waste molding mixtures, inorganic fluorine compounds, waste emulsions and lubricants, petroleum wastes.

Epidemiological studies show that in areas of environmental stress with high levels of air pollution, in particular, hydrogen sulfide, hydrocarbons, ammonia, sulfur-fluorine gases, ethyl acetate, ethylene oxide, phenol, acetone and other harmful chemical and other chemical substances. With high content of stable strontium in drinking water up to 13 mg / l in children there is a lag in the development of bone tissue, a tendency to decrease in weight and body length, chest circumference.

Yes, benzene can provoke blood cancer - leukemia, but it also affects the liver, kidneys, bone marrow, lowers blood pressure, causes bloating and cramps. In addition, it causes headaches, loss of appetite, drowsiness, nervousness and mental disorders.

Chromium increases the risk of cancer, contributes to the development of allergies, dermatitis, eczema, bronchitis and asthma.

In ecologically disadvantaged places, as a result of the chronic impact of a complex of contaminants of different nature, more environmentally-induced negative characteristics of children's health are more frequently recorded: disturbance of the level of harmony of physical and neuro-mental development; increased levels of common and first-time morbidity; increase in the number of chronic diseases; the emergence of diseases that are difficult and atypical for a long time and do not lend themselves to traditional treatments; an increase in the number of malignancies; an increase in the number of infants with birth defects, as well as children with morphogenetic stigmas of embryogenesis; widespread occurrence of "unusual diseases" as well as "rejuvenation" of diseases more common to the adult population:

- gastric ulcer,
- hypertension,
- coronary heart disease,
- diabetes.

Increasing the number of childhood disabilities, as well as the progression of the process of disability of children due to chronic pathology and trauma.

Multiple nonspecific manifestations of "unhealthiness" in children, which occur more often in areas of high environmental risk, should be considered as syndromes of environmental maladaptation and intoxication, namely:

- syndrome of bronchial hyperreactivity – non-specific respiratory tract responses to various irritants (suspended solids, soot, oxides of nitrogen, sulfur, carbon, asbestos, formaldehyde, etc.);
- secondary immunodeficiencies, para-allergies;
- irritable bowel syndrome, etc.

Health abnormalities found in children are often classified as reversible border states, but due to individual hypersensitivity to pollutants and the presence of other risk factors, chronic diseases are formed.

Based on the above, we can conclude that in the current environment of ecosystem contamination, certain factors adversely affect the health and development of the child. Special systematic studies of the quality of the environment are required to identify ecopathogenic disorders in the child's health.

In addition, the establishment in the specific microterritory of the permanent stay of children total and real environmental loads, as well as determining the quantitative characteristics of environmental risk of the territory.

The conditionality of growth and development of environmental factors must be taken into account in the development of preventive measures aimed at improving the growth, development, protection and promotion of children's health.

References:

1. Alpatova I. A. Models and algorithms of the estimation of the influence of the ecological and hygienic situation of the industrial region on the incidence of the population on skin diseases, I. A. Alpatov. Medical Informatics and Engineering. 2009. 57–61.

2. Alpatova I. A. Method of forecasting the morbidity of the population of an industrial megapolis in view of the state of the habitat. I. A. Alpatova, A. I. Horvaia, A. P. Sarychev, Ukrainian Journal of Medical Technology and Technology. 2001. 51–57.

3. Tsymbal V. A. Environmental problems of emergency situations associated with flooding in the Kakhovka Reservoir Impact Zone and ways of their solution Flooding – 2007: Materials V Allukr. scientific-practical conference: abstracts of reports. Kyiv : NPC «Ecology. Science. Technique», 2007. P. 96–98.

4. Tsymbal V. A. Construction of a structural-logical model for estimating the risk of flooding of an atomic power plant International scientific research journal. № 8 (15): collection of scientific articles. Part 2. Yekaterinburg, 2013. P. 66–69.

УДК 376.3

Карина Кравцова,
логопед Центру ранньої соціальної реабілітації
комунального закладу вищої освіти «Хортицька
національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В ЛОГОПЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Мовленнєвий розвиток дитини здавна привертав увагу психологів, педагогів та психолінгвістів (Л. С. Виготський, О. О. Леонтьєв, О. Р. Лурія, А. К. Маркова, С. Л. Рубінштейн, О. М. Шахнарович тощо). Саме багатоаспектність мовлення є підставою для його вивчення різними науковими школами. Водночас інтерес сучасних науковців до дитячого мовлення пов'язаний з його винятковою важливістю у психічному розвитку дитини, адже психофізіологічні механізми мовленнєвої діяльності корелюють із множинними відділами головного мозку, ураження яких спричиняє різні за своєю структурою та складністю мовленнєві та психомовленнєві порушення (Ф. Блум, Т. Візель, О. Вінарска, Є. Соботович, Є. Хомська, Л. Чистович та ін.).

Більшість дослідників у галузі корекційної педагогіки та психології особливого значення надають розвитку рухового аналізатора, адже саме у русі відбувається формування здатності керувати специфічними для людини видами рухової активності. Довільне регулювання рухів у всіх видах діяльності засноване на поглибленому аналізі кінестетичних відчуттів, наявності різноманітних рухових уявлень, навичок і вмінь та тісно пов'язане з розвитком особистості і формуванням емоційно-вольової сфери. Істотною є роль пропріоцептивних імпульсів, що виникають під час виконання руху. Як фактор, що тонізує кору головного мозку, потік пропріоцептивних імпульсів розглядається активним і важливим початком, який виникає у процесі реалізації того чи іншого рухового акту, у тому числі й мовленнєвого (Д. Айрес, Б. Архипов, М. Бернштейн, М. Кольцова, М. Могенович та ін.).

За останні роки в логопедичній практиці з'явилося досить багато перспективних немедикаментозних методів відновлюючої терапії. Один із найпоширеніших – метод кінезіотейпування.

Термін кінезіотейп походить від слів рух (кінеза) і стрічка (тейп). Під кінезіотейпуванням розуміють методику накладення спеціальних еластичних стрічок із гіпоалергенних матеріалів, частіше з бавовни, з липкою поверхнею, з одного боку. По суті, кінезіотейп схожий на еластичний лейкопластр.

Кінезіотейпування – метод впливу на м'язову і зв'язково-сухожильну системи з метою профілактики та лікувального впливу. Ефективність методу доведена популярністю в самих різних галузях медицини. Це простий і ефективний метод для лікування розтягнення зв'язок, м'язового болю та інших травм, а також, гематом і набряків за допомогою спеціальної клейкої стрічки – тейпа. Протягом останніх років тейпування активно використовується в реабілітаційно-відновлювальній роботі з хворими на ДЦП та логопедичній практиці. Головною перевагою кінезіотейпування над іншими

немедикаментозними методами відновлюючої терапії є можливість коригування порушень м'язового тону без обмеження рухової активності.

У логопедичній практиці накладання тейпів використовують з метою:

- нормалізації м'язового тону колових м'язів рота;
- нормалізації рухливості щелепних суглобів, відкривання рота та процесу ковтання (область накладення стрічки підборіддя-під'язиковий м'яз);
- подолання явища гіперсалівації (надмірного слиновиділення);
- поліпшення рухливості гортані (тейпи накладають на грудинно-під'язиковий м'яз для зняття його напруги);
- стабілізації нижньої щелепи.

В основі тейпінг-терапії лежить мануальна терапія – корекція порушених функцій організму шляхом впливу на поверхню тіла. На відміну від масажу, який триває один сеанс, кінезіотейпування має тривалу дію. Стрічки накладаються на певні ділянки тіла та залишаються там на кілька днів або тижнів (до 14 днів).

Тейпінг-терапія дозволяє за рахунок накладення стрічок управляти тонусом м'язів – підвищувати або знижувати його. Тейп накладається на чисту суху неушкоджену шкіру. За рахунок температури тіла він вже через 10-15 хвилин активується і надійно фіксується. Стрічка не заважає займатися спортом та приймати водні процедури.

Перед накладенням тейпів у логопедичній практиці активно застосовується метод Кастільо Моралес. Метод Кастільо Моралес – комплексний реабілітаційний підхід до лікування пацієнтів із комунікативними та сенсомоторними порушеннями, порушенням функції ковтання та дихання. Технологія ґрунтується на ручній дії та психоемоційному контакті. Метод дозволяє усунути моторно-мовленнєві патології у дітей з неврологічними захворюваннями широкого спектра. Ключові варіанти впливу фахівця: пресування, потягування та вібрація, які дозволяють пацієнтові в повній мірі «відчути» свій мовленнєвий апарат.

Дана методика добре поєднується з іншими заходами (Vojta, NDT Bobath) в реабілітаційних програмах для дітей з:

- ДЦП;
- зниженим тонусом м'язів мовленнєвого апарату;
- порушеннями функцій харчування;
- патологіями мовленнєво-рухового апарату;
- генетичним синдромом;
- іншими неврологічними захворюваннями.

Таким чином, інтенсифікація логопедичної роботи з дітьми з мовленнєвими порушеннями за рахунок систематичного включення вправ та використання кінезіотейпування сприяє підвищенню ефективності досягнення поставлених корекційної-відновлювальних цілей.

Список використаних джерел:

1. Глиняна О. О. Основи кінезіотейпування: навчальний посібник. Київ, 2018. 125 с.
2. Суботин Ф. А. Використання кінезіотейпування в медичній практиці. Одеса, 2014. 40 с.
3. Єжова О. О., Ольховик А. В., Мордвінова І. В. Кінезіотейпування у комплексній програмі фізичної терапії дітей із геміпарезом віком 5–7 років. *Український журнал медицини, біології та спорту*. Суми, 2018. № 3. С. 257–264.

УДК 376.091.33. – 056.263:005.591.6]:316.47

Оксана Круглик,
кандидат педагогічних наук, доцент,
докторант кафедри
сурдопедагогіки та сурдопсихології
імені М. Д. Ярмаченка НПУ імені М. П. Драгоманова,
Україна, Київ

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВПЛИВУ НА АКТИВІЗАЦІЮ КОМУНІКАТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Пізнавальний розвиток дітей із порушеннями слуху є одним із важливих напрямків цілісної системи компенсаторно-корекційної роботи. У процесі пізнання довкілля здійснюється не лише сенсорне виховання дітей, але й активізується їхня комунікативна складова. Сучасні дослідження (В.О.Конюшняк, О.П.Круглик, К.В.Луцько, О.В.Мартинчук, О.І.Сатаєва та інші) засвідчили про необхідність своєчасного оптимального втручання в комунікативний розвиток дитини з порушеннями слуху.

З метою впровадження інноваційних сурдопедагогічних технологій навчання в освітній простір нами була розроблена програма розвитку дітей із порушеннями слуху [1]. Особливої уваги у програмі «Програма розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями слуху (глухі, зі зниженим слухом, з кохлеарними імплантами)» (2019) надається комунікативному, психічному, сенсорному розвитку дітей глухих і слабочуючих, зокрема дітей з кохлеарними імплантатами [2].

На думку колективу авторів програми (К.В.Луцько, О.В.Мартинчук, О.П.Круглик, С.Ю.Губар, С.С.Хіміч та інші), зазначений розвиток дітей відбувається через формування тактильних відчуттів та їхнього використання у пізнанні оточуючого світу, в організації зорового сприймання при обстеженні різних предметів дійсності, у виділенні їхніх окремих деталей, з'ясування назв деталей та предмета в цілому, у формуванні аналітичного та синтетичного сприймання й розвитку логічного мислення. Саме розвиток тактильно-вібраційного сприймання, тактильного сприймання, використання тактильних відчуттів у поєднанні із зоровим сприйманням (та іншими сенсорними каналами) як сигналів для називання предметів та їхніх деталей, трактується авторами програми як один із засобів формування пізнавальної активності, ініціативності у з'ясуванні словесних позначень предметів, деталей. Все зазначене в системі компенсаторно-корекційної роботи і активізує мовлення дитини.

В одному з розділів програми – «Пізнання довкілля», розкриваються педагогічні технології проведення цілеспрямованої роботи з розвитку слухового сприймання, аналізу об'єктів, формування умінь та навичок обстеження предметів, що оточують дитину, зокрема, пізнання зовнішнього вигляду, розуміння власного тіла, його будови, способу використання і сфери функціонування найбільш потрібних в житті людини предметів, ознайомлення з умовами існування самої людини і тварин, а також з фенологічними дослідженнями погоди і природи рідного краю. У зміст роботи входить концентричне вивчення предметів і явищ, об'єднаних загальною темою.

Більш детально зупинимось на розділі програми «Пізнання довкілля», який складається з таких тем вивчення: Пізнання оточуючих людей; Моделювання уявлень про сім'ю; Засвоєння частин тіла та обличчя людини; Виховання культурно-гігієнічних навичок; Заохочення до самостійності та працелюбності; Орієнтування в навколишньому середовищі; Формування уявлень про натуральні предмети на основі їхнього дослідження; Формування уявлень про призначення предметів; Збагачення уявлень про предмет та його зображення; Засвоєння властивостей предметів, речей (колір, форма, величина, запах, смак); Засвоєння кольорів, їхніх назв та практичне користування ними; Формування уявлень дітей про форму предметів та засвоєння відповідного мовленнєвого матеріалу; Формування уявлень про величину предметів; Фенологічні дослідження погоди, природи; Формування часових уявлень; Фенологічні дослідження рослин; Фенологічні дослідження тварин.

Так, зокрема, зміст теми «Фенологічні дослідження погоди, природи» пропонувалося розкривати через такі орієнтовні педагогічні технології: Розглядання об'єктів природи, спостереження яскравих та рухливих явищ (вітер гойдає дерева, кущі, сонечко лагідно світить тощо), зосереджуючи на них свою

увагу. Виховання прагнення у дитини увійти в контакт із довкіллям, пізнати певні властивості предметів природи, виявляти подив, бажання отримати пояснення.

Пізнання дитиною таких природних явищ як дощ, сніг, вітер, сонце, вода через розвиток зорової зосередженості, тактильно-зорового, нюхового та смакового сприймання довкілля. Запам'ятовування складоритму слів: ТА, ТА – дощ, сніг; ТА-та – вітер, сонце; та-ТА – вода, рука.

Надання дитині елементарного алгоритму дій із вивчення природного явища: відчуті дощ, сніг, вітер, сонце, воду рукою, обличчям, тілом (навіть в одязі).

Використання ситуацій, коли дитина відчуває холод, тепло. Формування понять «холодно» – «тепло», «мокро» – «сухо».

Спостереження за погодою на вулиці. Звертання уваги на небо (хмарне, чисте, голубе), на калюжі, на повітря (холодне, тепле), на землю (мокру, суху), на листя дерев, кущів, на квіти.

Експериментування з водою, снігом, льодом, піском, ґрунтом, камінцями. Відкривання їхніх властивостей без називання (тепла, холодна, солодка вода; пухкий, твердий сніг; теплий пісок; твердий камінь; вода тече, сніг тане, лід твердий, глина маститься тощо). Забезпечення ігор із водою та піском, камінчиками.

Наслідування дій за педагогом: доторкнутися, розглянути, обстежити, погратися із запропонованим природним матеріалом. Повторення дій за запропонованим алгоритмом. Супровід дій мовленням.

Список використаних джерел:

1. Програма розвитку глухих дітей дошкільного віку / за ред. К.В.Луцько, О.П.Круглик, О.В.Мартинчук. К., 2015. 396с.
2. Програма розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями слуху (глухі, зі зниженим слухом, з кохлеарними імплантами). К., 2019.

УДК 159.944.4-053.6:37.046

Маргарита Кудінова,
методист науково-методичного відділу
Хортицької національної академії
м. Запоріжжя, Україна

МЕТОДИ ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ УЧНІВ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Сучасний етап розвитку українського суспільства характеризується значними соціокультурними перетвореннями, що спричиняють вплив стрес-факторів на дитину. Однією з найбільш вразливих категорій, що страждають від впливу стресорів, стають діти з особливими освітніми потребами. По-перше, такі діти потребують додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення їхнього права на освіту; по-друге, різноманітність, патогенез, природа та інтенсивність стресорів, що впливають на дітей, значно ширша у порівнянні зі здоровими однолітками. Така ситуація вимагає від загальноосвітніх навчальних закладів ефективних і науково обґрунтованих впливів на розвиток стресостійкості підлітків з особливими освітніми потребами.

В аналізі проблеми розвитку стресостійкості Н. Мельник [8, с. 199–200] наголошує, що однією із найбільш ефективних форм роботи є тренінг. Основна мета тренінгу полягає у підвищенні стресостійкості, тобто здатності протистояти впливу стресу, активно перетворюючи його або пристосовуючись до нього. Щоб досягти цієї мети, на тренінгу проводиться аналіз та зміна неефективних паттернів поведінки у стресових ситуаціях.

Ретельно вивчаючи проблему життєстійкості С. Мадді [15] запропонував програму її розвитку, яка включає: навчання подоланню стресу (техніки вирішення проблем та емоційного інсайту); навчання розслабленню (контроль дихання, розслаблення м'язів, зігрівання рук); використання соціальної

підтримки (навчання навичкам спілкування); фізичні вправи (поліпшення ефективності діяльності та здоров'я); навчання правильному харчуванню; контроль шкідливих звичок (куріння, переїдання тощо), попередження рецидиву.

Дві основні групи методів підвищення стресостійкості (диференціальні та інтегральні) пропонують Г. Мигаль і О. Протасенко [9, с. 250–251]. Група диференціальних методів використовується у тих випадках, коли діяльність людини пов'язана із сильно вираженими фізіологічними або психоемоційними стресами. Інтегральні методи застосовуються при відносно однакових проявах психоемоційних або фізіологічних стресів. П. Дербін до умов успішного формування стресостійкості відносить групову соціальну підтримку. Соціальна підтримка може бути представлена у декількох формах. Емоційна підтримка – визнання та прийняття почуттів, інформаційна підтримка – керівництво, інструментальна – практичні навички боротьби зі стресом [3, с. 213]. О. Еккерман додає, що у період дії стресору соціальна підтримка є буфером, що пом'якшує негативний вплив стресу.

Н. Самоукіна описує подолання складних життєвих ситуацій у програмі «П'ять кроків». Ключовими завданнями програми є організація позитивного мислення, досягнення ефективної саморегуляції, опанування психотехнік аналізу несприятливих ситуацій (арт-терапія, творче самовираження, допомога іншому тощо), ощадливе ставлення до свого здоров'я [12, с. 162–248].

Відповідно до поглядів А. Чернецької, ефективними засобами зняття стресової напруги, а отже і корисними ресурсами стресостійкості, є ментальна релаксація, діафрагмальне дихання та медитація [13]. До арсеналу антистресових прийомів і технік В. Розов [11] пропонує техніки гештальттерапії. У рамках гештальттерапії стрес розглядається як певна кількість недоведених до логічного завершення гештальтів. Основною метою терапії постає усвідомлення власних потреб, повернення гомеостатичних функцій організму, завершення гештальту. Загальними принципами застосування гештальтметодів є використання фантазії, інтеграція протилежностей, робота з наявними на даний момент проблемами, усвідомлення своїх тілесних відчуттів, прийняття відповідальності за власну поведінку.

Вивчаючи психологію стресу та методи його корекції, Ю. Щербатих [14] визначає чотири групи методів розвитку стресостійкості: психологічну, фізіологічну, біохімічну, фізичну. До фізичних методів належать: загартовування, фізичні вправи, сонячні ванни, кольоротерапія. Біохімічну групу методів складають ароматерапія, фармацевтична терапія. Фізіологічні методи передбачають безпосередній вплив на серцево-судинну, дихальну та м'язові системи. До методів даної групи теж належать фізичні вправи, загартовування, а також масаж, м'язова релаксація, акупунктура, дихальні техніки. До психологічної групи належать аутогенне тренування, медитація, відеотерапія, аутотренінг, навіювання, позитивне мислення, раціональна терапія, методи релаксації, позитивні емоції, музикотерапія, раціональна психотерапія, диссоціювання від стресу, візуалізація, нейролінгвістичне програмування; тактика боротьби зі стресом, у залежності від часу його настання, подолання причин стресу шляхом удосконалення поведінкових навичок тощо.

Дослідження Г. Габдреевої демонструють позитивний вплив музики на стан організму під час стресу. Вчена стверджує, що музика впливає на серцево-судинну, дихальну і нервову системи, причому частота пульсу, дихальних рухів і серцебиття залежить від висоти, сили, тембру музичного твору, а також від характеру музики і поєднання його з певним темпом [1].

Одним із додаткових прийомів підвищення стресостійкості та профілактики стресових станів, зазначає Л. Дика [4], є нормалізація режиму харчування, збалансований раціон та включення до власного меню певних продуктів. Вчена стверджує, що недоотримання організмом необхідних речовин призводить до зниження опірності, розвитку втоми, слугує передумовою виникнення стресу. В основі регуляції стресового стану, на думку Є. Ільїна, має бути покладена нормалізація функцій дихання і серцебиття, а вже потім – підвищення загальної особистісної адаптованості [7].

На нормалізацію роботи дихальної системи, мобілізацію або розслаблення організму під час дії стресора спрямовані дихальні техніки [6]. Основним принципом їхнього застосування є спроба навчити людину повному диханню, завдяки якому у кров потрапляє більша кількість кисню, що є однією з передумов розслаблення організму. Частоту дихання, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень допомагає регулювати аутогенне тренування. В. Розов [11] додає, що ефективність аутогенного тренування підвищує методика нервово-м'язової релаксації, яка засновується на опануванні вміння довільно розслаблювати ті м'язи, які напружуються у тривожних та стресових ситуаціях.

Позитивну роль навіювання (вплив на емоційну сферу людини, підсвідомі механізми психіки і характер розумових процесів за допомогою мови та невербальних засобів) і самонавіювання (самороз'яснення, самопереконавання, самонаказ, аутосугестія) у розвитку стресостійкості визначають Г. Габдреева, О. Галієва, Л. Куліков та Є. Рогов. Одним із допоміжних методів підвищення стресостійкості є бібліотерапія [10], яка часто виступає складовою довготривалих тренінгових програм. Терапевтичний ефект від бібліотерапії досягається не одразу.

Заслужують на увагу методи раціоналізації майбутньої події, парадоксальної інтенції, позитивної ретроспекції, вироблення позитивних установок, установки на прийняття невдачі, позитивної акцентуації досвіду, установки на стандартизовану схему осмислення стресових ситуацій, запропоновані Є. Жариковим [5].

В. Корольчук у своїх дослідженнях наголошує, що, розвиваючи стресостійкість, доцільно використовувати вправи для розвитку комунікативних навичок та асертивності, навичок самоспостереження; навчання прийомам м'язового розслаблення; елементи медитації; засвоєння техніки «заспокійливого», релаксаційного дихання; вплив на біологічно активні точки, прийоми вольової мобілізації.

Таким чином, у психологічній літературі вивчаються такі напрями допомоги у стресових та екстремальних ситуаціях, як: поведінкова терапія, логотерапія, нейролінгвістичне програмування, когнітивна, психодинамічна та клієнт-центрована психотерапія. Широкого застосування набули техніки, методи та прийоми психологічної корекції стресових станів (психологічна корекція, техніка дисоціації, аутогенне тренування, нервово-м'язова релаксація, дихальні вправи, ідеомоторне тренування, арт-терапія тощо). Перераховані напрями допомоги, техніки, методи та прийоми можуть використовуватись психологами загальноосвітніх навчальних закладів, реабілітаційних центрів, соціальних служб у роботі, спрямованій на розвиток стресостійкості дітей з особливими освітніми потребами.

Список використаних джерел:

1. Габдреева Г. Ш. Методы регуляции психического состояния *Психология состояния : хрестоматия* / под ред. А. О. Прохорова. Москва, 2004. С. 516–530.
2. Галієва О. М. Методи саморегуляції ситуативної тривожності майбутніх практичних психологів у процесі професійної підготовки. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2019. №. 2. С. 65–78.
3. Дербин П. А. Социально-психологические технологии формирования стрессоустойчивости у военнослужащих. *Успехи современного естествознания : материалы конференции*. 2012. № 6. С. 213–214.
4. Дикая Л. Г. Теоретические и экспериментальные проблемы управления психическим состоянием человека. *Психология состояния : хрестоматия* / под ред. А. О. Прохорова. Москва, 2004. С. 581–599.
5. Жариков Е. С. Психологические средства стрессоустойчивости. *Психология состояния : хрестоматия* / под ред. А. О. Прохорова. Москва, 2004. С. 538–554.
6. Замула С. Ю., Рудницька І. М. Методи зняття психоемоційної напруги. Біла Церква. 2011. 67 с.
7. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий. Санкт-Петербург : Питер, 2004. 701 с.
8. Мельник Н. М. Психологічний аспект формування стресостійкості педагога. *Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Психологія*. 2016. Том 21. Випуск 3 (41). С. 194–203.
9. Мигаль Г. В., Протасенко О. Ф. Стресостійкість людини-оператора. Методи підвищення стресостійкості. *Открытые информационные и компьютерные интегрированные технологии : сб. науч. тр. Нац. аэрокосм. ун-та им. Н. Е. Жуковского «ХАИ»*. Харьков. 2008. Вып. 39. С. 248–252.
10. Острів безпеки у світі небезпек: на допомогу бібліотерапевту / упоряд. Л. А. Лугова, Ю. В. Стадницька ; Львівська обласна бібліотека для дітей. Львів, 2012. 160 с.
11. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології : навч. посіб. Київ : Кондор, 2005. 278 с.
12. Самоукина Н. Карьера без стресса. Санкт-Петербург : Питер, 2003, 256 с.
13. Чернецкая О. Г. Из опыта коррекции психофизиологической саморегуляции стрессоустойчивости личности подростка. *Наука и современность – 2010 : материалы*

V Международной научно-практической конференции. URL: http://dev.zrns.ru/2konf_arhiv_ns5_2.html (дата обращения 21.01.2019).

14. Щербатых Ю. В. Психология стресса и методы коррекции. Санкт-Петербург : Питер, 2011. 256 с.

15. Maddi S. The Personality Construct of Hardiness: Effects on Experiencing, Coping and Strain. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 1999. Vol. 51. № 2. P. 83–94.

УДК 376.2/4

Ірина Лапшина,

кандидат педагогічних наук,

комунального закладу вищої освіти

«Хортицька національна навчально-реабілітаційна

академія» Запорізької обласної ради,

м. Запоріжжя, Україна

Світлана Лупінович,

кандидат педагогічних наук, доцент,

комунального закладу вищої освіти

«Хортицька національна навчально-реабілітаційна

академія» Запорізької обласної ради,

м. Запоріжжя, Україна

АКТУАЛЬНІ НАПРЯМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОСВІТИ З ІНКЛЮЗИВНИМ НАВЧАННЯ

Одним із пріоритетних напрямів державної політики України у галузі освіти є сприяння у реалізації прав на рівний доступ до якісної освіти дітей з особливими освітніми потребами, чисельність яких, на жаль, невпинно зростає. Стратегічними державними орієнтирами при цьому є Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, Конвенція ООН про права дитини, Всесвітня декларація про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей, Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року та ін.

Сучасні дослідження у галузі медицини, ергономіки, інформаційних технологій підтверджують той факт, що процес удосконалення людини перестав бути суто еволюційним і спрямованим не тільки на подолання різних порушень, а й на здобуття нових можливостей комфортного життя. В останні 50 років біонічні технології сягнули надзвичайних висот. Штучними біонічними кінцівками, управління якими здійснюється силою думки, вже нікого вразити не можливо, як і костюмами для людей з повним ураженням моторної функції. Робота вчених сьогодні спрямована більше на створення фінансової доступності сучасних винаходів.

З іншого боку сучасне високотехнологічне виробництво не виставляє спеціальних вимог до фізичних можливостей робітників. Так, роботу програмістів, бізнес-аналітиків, маркетингових тощо може повноцінно виконувати людина з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Значною перешкодою для повноцінного життя людей з фізичними обмеженнями є їхня психологічна неготовність до життя в соціумі і неготовність соціуму сприймати їх повноцінними членами суспільства. Безперечно, що така готовність може бути сформована тільки у процесі реального контакту, а саме на етапі здобуття освіти, яка теж відіграє не останню роль у подальшому процесі взаємної інтеграції. При визнанні всіх комфортних переваг спеціальної освіти, ми можемо констатувати, що, отримуючи певні надбання у реабілітаційному, навчальному супроводі у спеціальних закладах освіти, дитина втрачає набагато більше – рівні права і можливості щодо майбутнього життя і працевлаштування. У зв'язку з викладеним вище, максимальні соціально-інтеграційні можливості людям з інвалідністю надає інклюзивне навчання, яке є одним з концептуальних напрямків інноваційного проекту Нової української школи.

Процес інтеграції має проходити поетапно і поступово готувати не тільки дитину з особливими освітніми потребами, а й суспільство, яке сьогодні ще має дуже низький рівень готовності сприйняття таких дітей у своєму класі (групі), педагогів, які надаватимуть якісні освітні послуги всім споживачам, навіть при наявності в учня суттєвих психофізичних порушень.

Впровадження інклюзивного навчання потребує серйозної перебудови сучасної школи і не тільки у матеріально-технічному плані, а більше у психологічному і методологічному, що не можливо без особливої управлінської уваги до специфіки інклюзивного навчання.

Є підстави виділити 5 основних проблем, які стоять перед керівником закладу освіти з інклюзивним навчанням і які полягають в сфері психології, методики і організації освітнього процесу.

Серед психологічних проблем ми можемо виділити дві основні:

1. Особливе ставлення учнів до дитини з особливостями психофізичного розвитку. Це ставлення може полягати у трьох негативних векторних проявах, а саме:

- відразливе вороже ставлення, коли діти бояться або ненавидять та ображають особливу дитину, не приймають її до гри та спілкувань, нагадують про її особливості;

- нейтральне ігнорування, коли діти відсторонюються від такої дитини, намагаються не спілкуватися з нею, або роблять це формально, дитина залишається в соціальному вакуумі і відчуває себе самотньою;

- перебільшене уважне ставлення до дитини, коли діти виявляють гіперопіку до дитини з особливими освітніми потребами, не дають їй нічого зробити самостійно, постійно чимось пригощають, жаліють і запитують про її самопочуття, чим теж спричиняють психологічну травму.

Формування стабільного дружнього ставлення між всіма учнями школи є важливою умовою успішного функціонування інклюзивного закладу освіти. Саме цим навичкам дітей має навчити педагог. А в першу чергу, цим навичкам слід навчити вчителів закладу освіти з інклюзивним навчанням. Цей напрям має бути окремим напрямом моніторингових досліджень і організації методичної роботи (за результатами опитувань і співбесід з педагогічними працівниками). Оптимальним варіантом вирішення цього важливого питання є запрошення для проведення методичних заходів кваліфікованих фахівців. Це позбавить заклад освіти від помилок і серйозних проблем у майбутньому.

Найкращих результатів можна досягти завдяки включенню такої роботи у формулювання проблемної теми закладу освіти. Саме це змусить педагогів активно працювати над самовдосконаленням, приверне їх увагу до проблеми і наблизить до її розв'язання.

Отже, зважаючи на суттєву роль сім'ї у формуванні ставлення дітей до дитини з особливими освітніми потребами, методичну роботу треба проводити не тільки із вчителями, а й із дітьми та їхніми батьками.

2. Проблема спілкування і соціалізації учня у класний колектив значно посилюється завдяки особливому ставленню дитини з особливими освітніми потребами до учнів класу, її відчуття та комплекси.

У новому колективі поведінка учнів з особливими освітніми потребами також є неоднозначною і може варіюватися таким чином:

- агресивно-негативне ставлення учня з особливими освітніми потребами до інших учнів класу, коли дитина постійно вимагає додаткових привілеїв, першочергового обслуговування, скаржиться на те, що її особливі потреби не поважають, свариться з дітьми, відмовляється від групової роботи і ображається на низькі оцінки, не зважаючи на їхню об'єктивність;

- самоізоляція і байдужість, коли дитина самостійно ізолюється від колективу, пасивно реагує на залучення її до колективної та групової роботи, не звертає уваги на оцінки. Формально все виглядає правильно, однак фактично те, заради чого створена система інклюзивного навчання, не працює зовсім. Учень з особливими освітніми потребами не інтегрується в навчальний колектив і не соціалізується, а залишається самотнім;

- учень через девіантну поведінку намагається самоствердитися і довести всім власну спроможність до повноцінного життя. Така ситуація складається зазвичай у класах із несприятливими відносинами у системі учні – учитель – адміністрація школи. Активні порушники дисципліни починають використовувати учня з особливими освітніми потребами у власних провокаціях, а той, в свою чергу, не розуміє ситуації і намагається самостверджуватися у такий спосіб.

Насправді інтеграція дітей із фізичними і психічними вадами у класний колектив є дуже складним і тривалим процесом. Потужним важелем інтеграції дитини є колектив дітей, який потребує спеціального налаштування. Така практика детально подана, наприклад, в програмі «Коло друзів».

Серед методологічних проблем є також ще дві суттєві, а саме:

3. Особливості сприйняття дитиною з особливими освітніми потребами навчальної інформації. На жаль, більшість педагогів інклюзивного класу сподіваються, що асистент вчителя вирішить проблеми засвоєння дитиною з особливими освітніми потребами навчального матеріалу. Звичайно, асистент учителя здійснює на уроці допомогу в інформаційному обміні з учнем з особливими освітніми потребами. Однак, неврахування специфічних особливостей сприйняття інформації дітьми різних категорій призведе до неякісного освітнього процесу або для особливої дитини, або для інших учнів класу. Також викладання предметів в інклюзивному класі буде не достатньо інтенсивним і значно повільнішим. А це означає, що батьки інших учнів будуть незадоволені самою формою навчання, а учень з особливими освітніми потребами отримає неякісну освіту, за ради якої він прийшов в інклюзивний клас.

Насправді, кожна дитина, незалежно від стану здоров'я, релігії, раси тощо, по-різному сприймає навчальну інформацію і потребує особливого підходу. І налагоджуючи систему спілкування з учнями, педагог має це враховувати, якщо він прагне бути справжнім професіоналом і сприяти набуттю своїми учнями якісної освіти. А це означає, що для кожного конкретного класу необхідно добирати доцільне співвідношення рівня складності матеріалу, темпів роботи, системи допомоги, підтримки і консультування учнів, методи мотивації, систему протидії несанкціонованій деструктивній діяльності учнів, добір вправ для концентрації уваги учнів класу тощо.

Саме на це має бути спрямована тематика методичних навчань, діяльність предметних кафедр, методичних об'єднань шкільного, районного, регіонального рівнів.

Організація моніторингу результатів навчальної діяльності учнів може стати надійним індикатором успішності зазначеного напрямку методичної діяльності педагогів. Однак, зважаючи на відсутність спеціальних знань педагогів з даної проблеми, на перших етапах формування компетентності педагогів, які працюють в інклюзивному освітньому середовищі, доцільним є запрошення до проведення тренінгів досвідчених фахівців, які досконало володіють знаннями про особливості кожної категорії дітей і специфічність їхньої пізнавальної діяльності, особистого досвіду, через який вони пізнають світ.

4. Ставлення учителя до дитини з особливими освітніми потребами у прояві гіперопіки або гіпоопіки.

Гіперопіка призведе до зниження рівня соціалізації дитини з особливими освітніми потребами у класному колективі, який є моделлю того соціуму, в якому їй доведеться в майбутньому витримувати конкурентну боротьбу і самостверджуватися як повноцінний член і фахівець.

Гіпоопіка може призвести дитину з особливими освітніми потребами до зневіри у власні можливості і самоізоляції. Можливим шляхом подолання даної проблеми є розробка та запровадження норм, правил, звичаїв, традицій для унормування та упорядкування стосунків всіх учасників освітнього процесу, переважне використання корекційних методів і технологій, створення умов для вибору альтернативних видів навчальної діяльності учнів під час уроків. Принциповим є відсутність особливого ставлення і рівність підходів до кожного члена класного колективу.

За результатами нашого моніторингового дослідження, проведеного у 2017-2019 р.р. у закладах загальної та дошкільної освіти Запорізької області, більшість педагогів, на жаль, недостатньо володіють вказаними навичками організації освітнього процесу. Тому керівникам закладів освіти з інклюзивним навчанням слід звернути на це особливу увагу.

Розв'язання зазначених вище проблем спрямоване на забезпечення рівного доступу до якісної освіти, що не може бути досягнуто без певних організаційних перебудов освітнього процесу в інклюзивному закладі освіти.

5. Відсутність у більшості закладів освіти альтернативних форм здійснення освітнього процесу.

Перевага спеціальних закладів освіти пов'язана з особливим медичним та корекційним обслуговуванням дітей з особливостями психофізичного розвитку, коли без відриву від навчання вони можуть достатньо часу приділяти медичним процедурам, проходити оздоровчі курси, відвідувати

корекційні заняття із фахівцями логопедами, дефектологами, сурдопедагогами, тифлопедагогами, реабілітологами тощо. На сьогодні освітній процес закладу освіти, навіть інклюзивного, не налаштований на часті пропуски уроків із причини хвороби або планової реабілітації дитини з особливими освітніми потребами. А інтенсивність освітньої діяльності учителя не надає йому достатньо часу на індивідуальну допомогу дитині з особливими освітніми потребами. Та й сенс інклюзивної освіти не в тому, щоб створити міні-спеціальний заклад освіти в кожному інклюзивному класі, а в тому, щоб навчити дитину з інвалідністю здобувати якісну освіту з урахуванням стану власного здоров'я, а вчителів – надавати якісні освітні послуги різним дітям із різними фізичними і психічними особливостями.

Ефективним шляхом подолання зазначеної проблеми є організація в кожному закладі освіти паралельних та альтернативних форм організації освітнього процесу. Це, перш за все, дистанційне навчання, створення віртуального класу, система домашньої онлайн підтримки учнів, які тривалий час не відвідують заклад освіти.

При якісному технічному улаштуванні як інклюзивного класу, так і помешкання дитини, оптимальним варіантом є підключення учня через різні додатки (наприклад, skype, hangouts) або іншу систему до класного комп'ютера під час уроків підвищеної складності.

Бажано розробити також систему очних і Інтернет консультувань, учнівської взаємодопомоги, електронного банку навчальних матеріалів, відео-лекцій, детальних інструкцій практичного використання навчального матеріалу, тестів, дидактичних ігор. Тобто всього того, що зможе підтримувати освітній рівень не тільки особливої дитини, а й всіх учнів класу під час хвороби, карантину, пропусків навчальних занять з інших причин.

Правильно організована така діяльність якщо й збільшить навантаження на педагогів, то незначно і тільки на етапі розробки та запровадження, а вже за рік почне працювати на значне його зменшення. А для всіх учнів закладу освіти з'явиться шанс суттєво підвищити свій освітній рівень.

Рівень розвитку сучасних технологій дозволяє повністю інтегрувати в соціальне середовище і виробництво людей з інвалідністю. На сьогодні значною перешкодою до інтеграції людей з інвалідністю є психологічна неготовність їх і соціального оточення, а також специфіка отриманої освіти в спеціальних закладах. Інклюзивне навчання, яке зараз активно запроваджується в закладах освіти України, нівелює зазначені перешкоди. Для комфортного інклюзивного освітнього процесу необхідно подолання низки психологічних, методологічних і організаційних проблем. Все це можливо при правильній організації управління інклюзивним закладом освіти, а саме: організації спеціального напрямку кадрового менеджменту, спрямування діяльності методичних та професійних об'єднань на розробку та розвиток інноваційних освітніх технологій для забезпечення рівного доступу до якісної освіти та створення паралельних і альтернативних форм реалізації освітнього процесу. Все вище зазначене співпадає з основними положеннями Концепції Нової української школи, відповідає вимогам сучасного інформаційного суспільства, може бути забезпечене впровадженням сучасних комп'ютерних, комунікаційних і педагогічних технологій та реалізоване в ході проектної діяльності з питання модифікації освітнього середовища закладу освіти.

Список використаних джерел:

1. Бобилева Я., Лупінович С., Панченко С. Ставлення вчителів технологій до цінностей інклюзивної освіти. *Актуальні проблеми технологічної, професійної освіти, культурології та дизайну*: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з нагоди 40-річчя факультету технологій та дизайну Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка (Полтава, 9–10 жовтня 2018 р.). Полтава: ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2018. С. 322–323.

2. Волошина Т. А., Лапшина І. С., Лупінович С. М. Діагностика готовності до запровадження інклюзивної освіти через створення системи маркетинго-моніторингових досліджень. *Науково-методичні засади професійного розвитку фахівця у системі неперервної освіти*: матеріали Всеукраїнської конференції з міжнародною участю (18–19 жовтня 2016 р.). URL: https://drive.google.com/open?id=0B3_Yn8ZzmpCuYIN5blJVYmFubUE.

3. Войцехович Д. В. Правове регулювання праці інвалідів в Україні. *Сучасні методи і засоби комп'ютерної освіти для осіб з обмеженими фізичними можливостями* : матеріали міжнародного семінару. Київ : ВО УФЦ-БФ «Візаві», 2004. С. 60–62.

4. Гребенюк Т. М. Вивчення проблеми соціально-психологічної адаптації інвалідів по зору в студентських інтегрованих групах. *Інформаційні технології у соціально-трудоу реабілітації інвалідів* : матеріали міжнародного семінару. Київ : ВО УФЦ-БФ «Візаві», 2001. С. 76–79.

5. Гайдукевич С. Е. Средовый подход в инклюзивном образовании. *Инклюзивное образование: состояние, проблемы, перспективы*. Минск : Четыре четверти, 2007. 34 с.

6. Денисенко Н. Ф. Теоретичні засади психолого-педагогічної та медичної реабілітації здоров'я дітей в освітньому процесі дошкільного навчального закладу. *Директор школи*. № 13. 2005. С. 18–20.

УДК 376.4-053.2

Наталія Лопатинська,
доцент кафедри спеціальної педагогіки та
психології кандидат педагогічних наук,
г. Запоріжжє, Україна

ОСОБЛИВОСТІ МІЖПІВКУЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА НА ПРИКЛАДІ ДОСЛІДЖЕНЬ МОТОРНОГО ПРОФІЛЮ

Актуальність дослідження полягає в тому, що серед вельмиважливих питань, які досліджують нейронауки та корекційна педагогіка, є розроблення ефективних шляхів подолання порушень, які належать до спектра аутистичних розладів у дітей. Труднощі, які зустрічаються в роботі з аутичними дітьми, зумовлені первазивними ознаками дизонтогенезу психічної сфери, які екстраполюються на соціальний, особистісний та комунікативний аспекти їх виховання. Спотворений психічний розвиток дитини детермінував невизначеність підходів до розроблення шляхів подолання спектра аутистичних порушень у дітей, підлітків та дорослих, тим самим мобілізуючи науково-практичну думку суспільства до дискусії щодо можливостей дітей з діагнозом «аутизм» адаптуватись до критеріїв соціальної компетентності, когнітивної інтеграції, професійної реалізації, особистісної орієнтації, якості життя тощо.

Фахівці всіх рівнів доклали чимало зусиль для того, щоб визначити одну стратегічну лінію особливостей психічного дизонтогенезу, проте сама первазивність означає всебічне спотворення психічної структури дитини з аутистичними рисами, і тому в лінійному плані вирішення проблеми подолання порушень стає неможливим. Соціальний контекст порушень становить систему депривацій поліморфними ознаками страждань дитини від непорозуміння з оточуючим світом. Іншими словами, між дитиною та її соціальним оточенням, незалежно від волі цих двох онтогенетично пов'язаних світів, створюються складні конфронтуючі передумови конфлікту, який значно послаблює життєву енергію до співіснування, стає способом і сенсом життя, блокує можливості розвитку та корелюється з якістю життя аутичної людини та її близьких.

З точки зору нейропсихологічного підходу це багато в чому пов'язано з високочастотною актуалізацією в сучасній дитячій популяції «дисгенетичного синдрому»: антенатальної та/або постнатальної дисфункції найбільш рано дозріваючих підкіркових (насамперед стовбурових) структур мозку.

Його негативні наслідки для онтогенезу в цілому нейропсихологічно полягають у низькому рівні мозкової активності, зумовленими порушеннями та/або викривленнями становлення нейродинамічних показників психічної діяльності (підкірково-кіркові і міжпівкульні взаємодії, функціональна спеціалізація правої і лівої півкулі мозку), які є базовими паттернами інтелектуального розвитку. Наслідками несформованості міжпівкульних взаємодій у дітей із розладами аутистичного спектра є відсутність злагодженості в роботі обох півкуль, що створює перешкоди для повноцінного обміну інформацією між правою і лівою півкулями та мінімізує процес пізнання зовнішнього світу. Тому нейропсихологічний

супровід дітей із розладами аутистичного спектра є дуже важливий задля створення базової передумови повноцінної участі вищих психічних функцій в оволодінні дітьми мовленням, читанням і письмом.

Проблема міжпівкульної асиметрії привертає увагу дослідників, починаючи з робіт П. Брока та К. Верніке, які свідчать про формування афазії при пошкодженні лівої півкулі і відсутності її при ураженні правої півкулі мозку. Вивченням міжпівкульної асиметрії головного мозку займалися Л. Балонов, Н. Брагіна, Е. Голдберг, В. Деглін, Т. Доброхотова, Н. Дубровинська, М. Ніколаєнко, Е. Симерницька, Д. Фарбер, Є. Хомська, G. Deutsch, M. Gazzaniga, H. Jackson, D. Kimura, M. Kinsbourne, R. Sperry, S. Springer та ін.

Вивченням питань функціональної асиметрії мозку займалися S. Baron-Cohen, L. Margaret, P. Howlin. Н. Tager-Flusberg, L. Thomas. За порівняльними даними магнітно-ядерного резонансу та комп'ютерної томографії у дітей із розладами аутистичного спектра виявлено зміни в:

- структурах мозочку, зокрема, в хробаку мозочка, що не забезпечує координацію уваги в сенсорних каналах;
- мигдалевидному тілі, наслідком якого є дефіцит надання емоційного значення вхідній сенсорній інформації;
- стовбурі мозку та таламусі, що призводять до ізолюваної сенсорної гіперчутливості або порушення інтеграції сенсорної інформації;
- префронтальних та середньосагітальних кіркових зонах, що ускладнює виконання виконавчих функцій, пов'язаних із загальною організацією поведінки і соціальної взаємодії;
- гіпокампі – «архіву пам'яті»;
- розмірах мозолистого тіла у бік зменшення, що ускладнює зв'язок та інтеграцію інформації між лівою та правою півкулями тощо [2 ; 3].

Також ними виявлено, що у деяких дітей із аутизмом мозок має більший об'єм, і це гіпотетично пов'язують із такими нейрофізіологічними особливостями, як зменшення інтеграції інформації через зменшений рівень зв'язку між зонами та збільшеною спеціалізацією зон та півкуль.

Нейрофізіологічні дослідження науковців S. Baron-Cohen, L. Margaret, P. Howlin. Н. Tager-Flusberg, L. Thomas показали, що головний мозок дітей із розладами аутистичного спектра активується по-іншому, зокрема:

- не активується мигдалевидне тіло при зіткненні зі соціальними стимулами (зосередженні на обличчі іншої людини). Також низьку активацію має префронтальна кора та розміщені в скроневій долі кортикальний «центр обличчя» і центр «розпізнання соціальної інформації». Це дало підставу до розвитку «амигдальної» теорії аутизму;
- гіпоактивуються акустичні зони під час акустичної мовленнєвої стимуляції, що уповільнює швидкість орієнтації та переорієнтації уваги при різних формах сенсорної стимуляції;
- гіперактивується півкульна латералізація, яка спричиняє порушення процесів інтеграції сенсорної інформації;
- сповільнення реєстрації мозком мовлення, аніж у «типових» ровесників.

За даними запису електроенцефалограми, поєднаної із акустичною мовленнєвою стимуляцією, зробленого групою науковців під керівництвом В. Шкловського, показав, що є сповільнена реакція на кожне окреме слово. Науковці припускають, що у дітей зазначеної нозології мозок реєструє перше слово речення, інші тим часом «летять мимо вух». Навіть при зосередженні уваги на акустичному каналі інформація реєструється частково, що призводить до труднощів чути і розуміти мовлення.

Отже, діти з розладами аутистичного спектра мають «атиповий» мозок, який в особливий спосіб сприймає і обробляє інформацію, зокрема соціальну, – власне цим пояснюються їх труднощі у соціальній взаємодії, спілкуванні з іншими людьми.

Таким чином, наслідками нейробіологічних особливостей мозку, зокрема, дизорганізації у функціонуванні міжпівкульної взаємодії є вузький фокус уваги, її «деталізованість», моноканальність, труднощі переключення уваги з одного каналу на інший, дезінтеграція базових функціональних систем у процесі постнатального онтогенезу, тощо, що в свою чергу зумовлює появу когнітивного, соціального та мовленнєво-комунікативного дефіцитів дитини з розладами аутистичного спектра. Тому програма розвитку дитини зі спотвореним психічним розвитком не запускає онтогенетичних механізмів, які

повинні почати діяти з моменту запліднення, внаслідок чого не відбувається формування фундаментальних паттернів розвитку.

З метою вивчення показників міжпівкульної взаємодії, нами було використано модифіковану методику Л. Вассермана, яка передбачала:

1. Проведення оцінки психомоторного розвитку за шкалою М. Озерецького: діагностика статичної координації, динамічної координації верхніх кінцівок та пропорційності рухів, швидкості рухів, динамічної координації нижніх кінцівок, одночасності рухів.

2. Діагностика пальцевого гнозису та праксису.

3. Дослідження орального праксису.

Наведений підхід до діагностики методологічно спирався на базові постулати клініко-еволюційної системної парадигми (К. Юнг, Л. Виготський, О. Лурія, П. Анохін, Л. Орбелі, М. Бернштейн, А. Шмар'ян, І. Бадалян, В. Самохвалов та ін.); нейропсихологічні закони побудови, розвитку і реабілітації мозкової організації вищих психічних функцій О. Лурія, Л. Цветкової, Г. Семенович, Е. Симеоніцької; науково-практичної технології тілесно-орієнтованої психотерапії (У. Райх, А. Лоуен, Д. Боадела та ін.).

На підставі одержаних результатів нами було визначено рівні сформованості міжпівкульної взаємодії у дітей із розладами аутистичного спектра за показниками моторного профілю, а саме: високий, середній, низький. за показниками моторного профілю, дітей із високим рівнем сформованості не виявлено. Дітей із середнім рівнем сформованості констатовано 12 % від загальної кількості респондентів, решта – 88 % дітей мають низький рівень сформованості міжпівкульної взаємодії. Для дітей із середнім рівнем сформованості міжпівкульної взаємодії було характерно: нестійкість при виконанні рухливих завдань; рухові стереотипії; асиметричність і уповільненість рухів; зорово-просторові порушення; дефіцит пальцевого гнозису та орального праксису; наявність синкінезій; бурхлива реакція на неуспіх. Діти із низьким рівнем сформованості міжпівкульної взаємодії не змогли виконати майже всі завдання та вправи, передбачені діагностичною процедурою.

Отже, діагностування показників міжпівкульної взаємодії у дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектра на прикладі моторного профілю показало, що діти даної категорії перебувають на значно нижчій сходинці сформованості вищих психічних функцій, ніж їх однолітки, які розвиваються відповідно до типових онтогенетичних показників і потребують подальшого та більш пролонгованого нейропсихологічного супроводу.

Під час виконання діагностичних завдань дітьми констатовані труднощі дозволили окреслити патогенез та ознаки дефіцитарних ланок міжпівкульної взаємодії за руховими показниками, як подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Патогенез та ознаки дефіцитарних ланок міжпівкульної взаємодії
у дітей молодшого шкільного віку з розладами аутистичного спектра

дефіцитарна ланка	патогенез	ознака
дисфункція стовбурових структур мозку	асинхронний розвиток нейрогенезу міжпівкульних функціональних систем	тенденція до псевдоліворукості
		дефекти реципрокних зв'язків, динамічного праксису
		фрагментарність просторових уявлень
		ехолалії та паралалії
		ходіння на пальчиках
дефіцит підкіркових структур мозку	асинхронний розвиток нейрогенезу міжпівкульних функціональних систем	координація довільних рухів, що втрачається при довільному виконанні рухових дій
		недостатність плавності, переключення, утримання тону м'язової діяльності
		швидке виснаження
		надмірна худоба або повнота порушення праксису поз, моторного диференціювання,

		порушення м'язової регуляції
		моторні манеризми
		моторні стереотипії в пальцях, руках
функціональна несформованість правої півкулі	нейронна дезактивність функціональних систем	недостатність просторових уявлень (метричних, структурно-топологічних, координатних)
		порушення порядку відтворення моторної програми через труднощі утримання в пам'яті інструкції
функціональна несформованість лівої півкулі	нейронна дезактивність функціональних систем	артикуляційна та оральна кінетична диспраксія
		труднощі сенсомоторної координації
		недостатність контролю реакцій провідної руки
функціональна несформованість міжпівкульної взаємодії	нейронна дезактивність функціональних систем	асинхронність, мозаїчність становлення когнітивних функцій
		несформованість реципрокної координації рук
		ігнорування лівої половини поля аркуша паперу
		наявність елементів дзеркальних рухів зліва
		нездатність розрахувати рухи за силою та амплітудою

Завдяки отриманим в ході діагностики результатам можна припустити, що у молодших школярів із розладами аутистичного спектра на фоні спотвореного психічного розвитку через уповільнення розвитку міжпівкульних зональних зв'язків спостерігається суттєва перебудова міжпівкульних взаємодій.

У них констатовано низьку функціональну інтеграцію лобно-тім'яних структур правої півкулі, пов'язаних із розвитком динамічного праксису.

Наслідком сенсомоторної дезінтеграції є дефіцит функціональної інтеграції структур скронево-потилично-тім'яної зони лівої (домінантної) півкулі, пов'язаних із становленням мовлення.

Таким чином, функціональна несформованість міжпівкульних взаємодій обумовлена порушенням механізму парної роботи обох півкуль мозку через нейробіологічну незрілість стовбурових та підкіркових структур головного мозку, несформованість підкірко-кіркових взаємодій, асинхронний розвиток нейронних мереж, що не забезпечує психічний та когнітивний розвиток дитини із розладами аутистичного спектра.

Одержані результати засвідчили необхідність розробки системи роботи з активації міжпівкульної взаємодії, що в свою чергу сприятиме активізації мовленнєво-комунікативного розвитку, мінімізації відхилення в розвитку немовленнєвих психічних функцій і процесів, а також стане підґрунтям для повноцінної участі вищих психічних функцій в оволодінні дітьми мовленням, читанням і письмом.

Список використаних джерел

1. Визель Т. Г. Значение процессов полушарного взаимодействия в патогенезе нарушений речи. *Асимметрия*. 2010. 9-22 с.
2. Шульженко Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей : монографія. Київ. 2009. 385 с.
3. Goldberg, E. Hemispheric asymmetries of cortical volume in the human brain. *Cortex*. 2013. № 49. P.200–210.

Ольга Македонська,
спеціаліст із сенсорної інтеграції
комунального закладу вищої освіти «Хортицька
національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПОРУШЕННЯ ОБРОБКИ СЕНСОРНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

У останні роки значно зросла кількість дітей з особливими освітніми потребами, які мають свої специфічні особливості, серед яких – порушення обробки сенсорної інформації, і, як наслідок, дисфункцію сенсорної інтеграції.

Сенсорна інтеграція – процес, під час якого нервова система людини отримує інформацію від рецепторів всіх аналізаторів, організовує та інтерпретує її, аби потім використати для цілеспрямованої діяльності [2, 4].

У більшості людей сенсорна інтеграція відбувається автоматично: вона надає набутому досвіду значення, фільтрує інформацію, організує її та допомагає людині концентруватися. Сенсорна інтеграція, яка необхідна для руху, мовлення та гри – це фундамент більш складної інтеграції, що супроводжує читання, письмо та адекватну поведінку.

Засновником методу сенсорної інтеграції є Джин Айрес (1923-1988) – американська дослідниця та ерготерапевт. Вона описала метод сенсорної інтеграції у своїй книзі «Дитина та сенсорна інтеграція», яка вперше була опублікована в 1960 році та була призначена для батьків, що виховують дітей із порушеннями сприйняття. Джин Айрес розробила теорію порушення функціонування сенсорних систем – теорію дисфункції сенсорної інтеграції, яка привернула увагу багатьох фахівців, що займаються проблемами розвитку дитини [3, 4].

Термін «дисфункція сенсорної інтеграції» (SID) розглядається як неврологічний розлад, який характеризується дефіцитом сенсорної інтеграції. Розлади проявляються у тому, що мозок не може відфільтрувати фон подразників і визначити їхню важливість, якщо дитина не мала справу з великою кількістю сенсорних відчуттів протягом доби [2, 4].

Класифікація сенсорної системи за Л. Міллером пропонує термін «сенсорні розлади обробки інформації», які поділяються на 3 конкретні кластери: розлади сенсорної модуляції, розлади сенсорної дискримінації та сенсорні розлади, в основі яких лежить моторне порушення [1]. Ці кластери також діляться на підтипи. Розлад сенсорної модуляції поділяється на: гіперсензитивність (надмірна чутливість до сенсорних стимулів); гіпосензитивність (знижена чутливість до сенсорних стимулів); сенсорний пошук. Розлад сенсорної дискримінації не має підтипів. Сенсорні розлади, в основі яких лежить моторне порушення розподіляються на: постуральний розлад (положення тіла у статичній та динамічній) і диспраксія (розлад рухів тіла при відсутності порушень тону м'язів, ускладнення під час виконання складних рухів, порушення координації, асиметричність рухів).

Ознаки, які можуть свідчити про порушення сенсорної інтеграції.

1. Надмірна чи недостатня чутливість до тактильних, зорових, слухових стимулів, а також рухів, дотиків (дитина не переносить, коли до неї торкаються, й сама не чіпає людей та певні предмети). Вона боїться забруднитися клеєм, піском, фарбами і уникає торкання деяких фактур (пісок, крупа), занять із пластиліном, малювання пальцями, ходіння босоніж, зокрема по траві чи піску. У дитини знижена больова й температурна чутливість, проте вона надмірно чутлива до певних тканин – одягу чи постільної білизни.

2. Проблеми з маніпулюванням, використанням столових приборів, ножиць.

3. Неправильний захват олівця.

4. Надмірна чутливість до звуків, світла (дитина боїться неочікуваних або гучних звуків, прикриває руками вуха, не може перебувати на шумній вулиці й здається неухважною у галасливому

оточенні; дитині подобається перебувати у темряві, вона уникає яскравого світла; напружено дивиться на людей чи предмети, уникає контакту «очі в очі»).

5. Дитина постійно нюхає неістівні предмети, не терпить міцних та різких запахів.
6. Труднощі з розумінням та виконанням інструкцій.
7. Уникнення катання на гойдалках, каруселях або навпаки – надмірне «застрягання» на них.
8. Труднощі в розрізненні понять: вгорі, низу, праворуч, ліворуч.
9. Низький поріг толерантності до близькості іншої людини.
10. Занадто високий чи занижений рівень рухової активності (дитина постійно пробує різні види рухової активності, хапається за інших людей, меблі чи предмети, має слабку мускулатуру, ходить навшпиньки, легко втомлюється).
11. Розлади м'язового тону.
12. Недостатня рухова координація, зумовлена порушеннями великої чи дрібної моторики).
13. Рухова незграбність (дитина стає невпевненою та тривожною, коли відчуває, що втрачає ґрунт під ногами; вона уникає підйомів, лазіння та стрибків, не любить гратися на спортивному майданчику, не усвідомлює небезпек, а тому наражається на них під час гри).
14. Труднощі в концентрації (дитина швидко змінює одну активність іншою, погано концентрує увагу та здається тривожною).
15. Імпульсивність (під час взаємодії з іншими людьми вона афективна, схильна потрапляти до інцидентів, їй важко заводити друзів, висловлювати емоції).
16. Відмова від соціальних контактів.
17. Затримка розвитку мовлення.
18. Слабка організація поведінки.
19. Відсутність планування.
20. Проблеми із саморегуляцією, сном, комунікацією, встановленням взаємовідносин з іншими, харчуванням.
21. Впертість.
22. Когнітивні порушення.

Більшість дітей з особливими освітніми потребами мають недостатню сенсорну стимуляцію. Вони занурені в окремі стимулюючі враження, що проявляються у розгляданні, доторканні, зміні положення тіла у просторі з метою посилення відчуття своїх м'язів, зв'язок та суглобів. Це можуть бути одноманітні маніпуляції з предметами, помаху руками, застигання в певних дивних позах, вибіркоче напруження окремих м'язів та суглобів, біг по колу, стрибки, кружляння, розкачування та інші дії з метою відтворення одного й того ж приємного враження.

Таким чином, дисфункція сенсорної інтеграції проявляється через обмеження поведінкового спектру: гіперфункція – у вигляді сенсорних захистів; гіпофункція – у вигляді сенсорної аутоstimуляції. Існує ще один вид сенсорних порушень – пошук сенсорних вражень (сенсорний пошук), який проявляється у надмірному прагненні до більш довготривалого сенсорного досвіду. Діти із сенсорним пошуком інтенсивно й активно шукають сенсорні стимули. В таких дітей можуть проявлятися ознаки асоціальної поведінки (імпульсивність, дезорганізованість), відмічається недостатнє почуття безпеки, вони постійно знаходяться у русі, легко збуджуються.

З метою уникнення дискомфортних вражень дитина намагається відгородити себе від спрямованих на неї впливів, вибудовуючи систему пасивних (відчуженість) чи активних (опір) захистів від зовнішнього втручання та формуючи негативну вибіркочість до сенсорних стимулів. Але варто зазначити, що сенсорні відмінності деяких дітей можуть включати як підвищену, так і низьку сенсорну чутливість одночасно.

Діти з дисфункцією сенсорної інтеграції не можуть самостійно подолати наявні труднощі. Їхнє подолання можливе за умови організації систематичної комплексної корекційно-розвиткової роботи. Отже знання теоретичних основ сенсорної інтеграції допомагає пояснювати, планувати і прогнозувати розвиток і певним чином коригувати поведінку дитини з особливими освітніми потребами.

Список використаних джерел:

1. Гарбузова В. Фізіологія сенсорних систем: курс. Суми, 2011. 36 с.

2. Куницька Т. Метод сенсорної інтеграції в роботі корекційного педагога : методичний посібник. Кам'янець-Подільський, 2015. 58 с.
3. Шульженко Д. Освітньо-психологічна інтеграція (інклюзія) дітей із аутизмом : монографія. Київ, 2017. 444 с.
4. Як Э., Паула А., Ширли С. Строим мостики с помощью сенсорной интеграции. Терапия детей с аутизмом и другими первазивными расстройствами развития. 3-е издание. Белая Церковь, 2016. 240 с.

УДК 376.1-053.67:37.013.42

Юрій Мосасьв,
кандидат соціологічних наук, доцент,
м. Запоріжжя, Україна

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ГАРДЕНОТЕРАПІЇ В УКРАЇНІ

Поступове збільшення кількості людей, що потребують фахової реабілітаційної допомоги сприяє винайденню інноваційних видів технологій реабілітації. Останнім часом реабілітологи різних країн світу поряд із класичними технологіями реабілітації все частіше віддають перевагу альтернативним технологіям реабілітації, які базуються на активному використанні ресурсів природи. Використання лікувального та реабілітаційного ефектів від взаємодії із тваринами та рослинами відомі людству вже кілька тисяч років. У середині XX століття набули поширення окремі практичні методики анімалотерапії, а вже на початку XXI століття у світі почали активно впроваджуватися повноцінні курси з іпотерапії, каністертерапії, дельфінотерапії та інших видів анімалотерапії у провідних реабілітаційних центрах різних країн світу. Активне використання у реабілітаційних цілях тварин сприяло розвитку реабілітаційних методик із використанням рослин. Згодом вони сформували цілий кластер реабілітаційних методик та технологій з використанням рослин, який отримав назву гарденотерапія.

Впровадження гарденотерапії в різних країнах світу має свої особливості, що залежать від їхніх кліматичних особливостей, формування національних концепцій, але методологічно вони спрямовані на дві категорії клієнтів. Сьогодні основними споживачами гарденотерапії у країнах, де активно впроваджується гарденотерапія є діти з особливими потребами та люди літнього віку.

На думку І. Саранчі застосування методу гарденотерапії сприяє заохоченню дітей-інвалідів до роботи з рослинами й передбачає такі зміни в їхньому фізичному та психоемоційному стані:

- розвиток тонкої моторики;
- покращення орієнтації у просторі;
- покращення логічного мислення;
- формування естетичного смаку;
- створення умов для психоемоційної релаксації [1, с. 403].

Ефективність застосування гарденотерапії в реабілітаційній роботі з людьми похилого віку зумовлена тим, що гарденотерапевтичні технології сприяють гармонізації геріатричних процесів як на фізіологічному так і на психоемоційному рівні. Доглядаючи за рослинами, люди похилого віку нівелюють внутрішні застійні явища та стимулюють роботу всіх груп м'язів, що в цілому уповільнює деградацію м'язів та є профілактикою хронічних захворювань. На психоемоційному рівні з позитивних ефектів гарденотерапії можна виокремити покращення настрою, профілактику депресивних станів та інших латентних дисфункційних психоемоційних станів. Гарденотерапія передбачає безліч варіацій колективної взаємодії, що вирішує проблему браку спілкування у людей похилого віку та є профілактикою самотності.

Гарденотерапія містить великий потенціал для застосування у роботі з іншими категоріями клієнтів. Зокрема, через те, що гарденотерапія сприяє профілактиці нервових розладів, було б доцільно її застосовувати в рамках реабілітації військових та працівників правоохоронних органів. Має перспективи розвитку гарденотерапія і в рамках програм із подолання наслідків післяродової депресії.

Останні десять років в Україні робляться спроби впровадження окремих елементів гарденотерапії. На сьогодні можна констатувати певні успіхи у розвитку гарденотерапії в Україні, вони полягають у наступному:

- термін гарденотерапія є поширеним серед експертного середовища;
- деякі спеціалізовані реабілітаційні центри впроваджують окремі елементи гарденотерапії в роботі з дітьми з особливими потребами;
- громадські активісти та громадські організації створюють демонстраційні майданчики для впровадження гарденотерапії з метою організації дозвілля дітей з особливими потребами.

Зважаючи на окремі успіхи розвитку гарденотерапії в Україні, ми вважаємо, що майбутнє розвитку гарденотерапії полягає у створенні умов для комплексного застосування гарденотерапії в роботі з дітьми з особливими потребами та іншими категоріями клієнтів. На нашу думку, основою інфраструктурної складової гарденотерапевтичних технологій повинні стати інклюзивні парки, де повинні бути розташовані демонстраційні майданчики та окремі зони для реалізації окремих методик гарденотерапії. Альтернативою або частиною комплексу інфраструктури гарденотерапії повинні стати тепличні комплекси, які можуть бути розташовані на території реабілітаційного центру чи установи партнера. Тепличні комплекси дають можливість дітям з інвалідністю або іншій категорії клієнтів займатися доглядом за рослинами у будь-яку пору року, що розширює часові рамки можливості дітей у роботі з рослинами. За наявності існування на території центру як інклюзивного парку, так і тепличного комплексу створюється можливість вирощування саджанців у теплицях та перенесення їх до відкритого ґрунту на території інклюзивного парку, що надає можливість застосовувати в комплексі реабілітаційних заходів і ерготерапевтичні методики.

Необхідною складовою комплексного застосування гарденотерапії в рамках реабілітаційних комплексів є оцінка лікувальних та реабілітаційних ефектів. Подібна оцінка є необхідною для подальшого вдосконалення методик та технологій гарденотерапії. Показники ефективності застосування гарденотерапії є важливими як для самих дітей з особливими потребами так і їх батьків. Так як будь-який позитивний ефект від застосування будь-якої терапії є маленьким кроком для реабілітації дитини. Тому вивчення ефективності застосування гарденотерапії треба здійснювати системно та комплексно. І тому важливим елементом центру або установи, яка практикує гарденотерапію, повинна стати спеціалізована лабораторія. Зазначена лабораторія повинна мати потужності з вираховування фізіотерапевтичних, ерготерапевтичних, реабілітаційних ефектів та для вираховування ефективності застосованих гарденотерапевтичних технологій для кожної конкретної людини. Крім аналітичних потужностей, лабораторія повинна бути оснащеною відповідним обладнанням та укомплектована спеціалістами з розробки та оцінки гарденотерапевтичних технологій. Серед зазначених спеціалістів повинні бути спеціалісти за напрямками: паркове господарство, фізіотерапія, ерготерапія та соціально-психологічна реабілітація. Наявність спеціалістів зазначених напрямків в складі гарденотерапевтичної лабораторії дасть змогу забезпечити комплексність розробки, оцінки та реалізації гарденотерапевтичних технологій в рамках реабілітації різних груп клієнтів.

Методологічне та методичне забезпечення гарденотерапії повинно базуватися на основі чотирьох компонентів. Перший компонент є біологічним. Цей компонент забезпечується спеціалістами із садово-паркового господарства. Діяльність зазначених спеціалістів у рамках реалізації технологій з гарденотерапії зводиться до створення садово-паркових локацій терапевтичного та реабілітаційного спрямування. Другий компонент фізіотерапевтичний. Цей компонент забезпечується спеціалістами з фізіотерапії, які створюють умови для реалізації фізіотерапевтичного ефекту гарденотерапії. Третій компонент є ерготерапевтичним. Цей компонент забезпечується спеціалістами з ерготерапії, які забезпечують умови для досягнення ерготерапевтичних ефектів у рамках застосування гарденотерапії. Четвертий компонент є соціально-психологічним. Цей компонент забезпечується спеціалістами із психології та соціальної роботи, які формують умови для досягнення соціально-психологічних реабілітаційних ефектів в рамках реалізації гарденотерапевтичних технологій.

Висновки. Гарденотерапія є новим та перспективним напрямком реабілітації осіб з особливими потребами. Зазначений реабілітаційний напрямок містить високий рівень потенціалу в реабілітаційній роботі з дітьми з особливими потребами, людьми похилого віку, військовослужбовцями, працівниками правоохоронних органів та іншими особами, які потребують реабілітації. На сьогодні в Україні розвиток

гарденотерапії здійснюється за рахунок створення невеликих гарденотерапевтичних локацій для дітей з особливими потребами, що використовуються безсистемно та часто без залучення відповідних спеціалістів. Головна мета розвитку гарденотерапії в сучасній Україні полягає у створенні гарденотерапевтичної інфраструктури шляхом створення інклюзивних парків, спеціалізованих гарденотерапевтичних теплиць та лабораторій із залученням до роботи в них спеціалістів із садово-паркового господарства, фізіотерапії, ерготерапії, соціальної роботи та психології. Поєднання зазначеної інфраструктури та спеціалістів повинно забезпечити максимальну ефективність розвитку гарденотерапії в Україні.

Список використаних джерел:

1. Саранча І. Г. Спецкурс «гарденотерапія» в системі керованої соціалізації випускників реабілітаційних центрів з порушеннями опорно-рухового апарату : *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна.* 2012. Вип. 19(2). С. 402–409.

УДК 376.2/4

Валентина Нечипоренко,
доктор педагогічних наук, професор,
м. Запоріжжя, Україна

СИСТЕМНИЙ РОЗВИТОК ХОРТИЦЬКОЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ АКАДЕМІЇ ЯК ВІДКРИТОЇ ІННОВАЦІЙНОЇ СОЦІАЛЬНО-ОСВІТНЬОЇ ІНСТИТУЦІЇ

Сучасна система освіти характеризується постійним нарощуванням кількісних і якісних змін, незворотним збільшенням вимог до навчально-реабілітаційних закладів. Сьогодні перед ними стоїть першочергове завдання – розвиток життєвої компетентності здобувачів освіти, розкриття їхнього особистісного потенціалу, навчання мистецтву продуктивної життєтворчості в умовах динамічного, глобалізованого світу. Компетентний випускник закладу освіти ХХІ століття повинен мати систему сучасних знань, інноваційну культуру мислення, вільно володіти інформаційно-комунікативними технологіями, ефективно здійснювати соціальну та життєву практику, бути готовим до постійного підвищення свого освітньо-культурного потенціалу.

Реалізація зазначених пріоритетів у галузі реабілітаційної педагогіки є важливим чинником подальшої реалізації в освітньо-реабілітаційному просторі України концепції «незалежного життя». Характеризуючи цю концепцію, А. Шевцов зазначає, що її філософсько-ідеологічні положення, відображені у публіцистиці, конкретних справах і стратегічних напрямках розвитку громадського руху осіб з інвалідністю за свої права [7, с. 198]. Важливим аспектом концепції «незалежного життя» вчений вважає її філософсько-онтологічне та психологічне розуміння, стрижнем якого є внутрішня настанова людини з інвалідністю на самоактуалізацію у площині здобуття повної свободи, її орієнтація на успішне вирішення тих життєвих завдань, які розв'язує будь-який інший член суспільства [7, с. 201]. В цьому контексті становлення дитини з порушеннями опорно-рухового апарату, як суб'єкта життя, є одним із головних освітніх результатів, який у значній мірі визначає подальшу життєву траєкторію особистості, її готовність «повною мірою брати участь у житті суспільства та бути його активним членом, вільним громадянином» [7, с. 201].

Підготовка випускника з такими характеристиками вимагає від навчально-реабілітаційного закладу роботи в режимі системного інноваційного розвитку, тобто здатності і готовності послідовно проектувати та впроваджувати педагогічно доцільні нововведення, які дозволять закладу постійно оновлюватися відповідно до викликів сьогодення і майбутнього. Лише такий режим роботи дозволить колективу бути прискорювачем суспільного поступу, а не застійним осередком, сконцентрованим тільки на знаннєцентричній освітній парадигмі. Науковцями встановлено, що навчальні заклади, які

десятиліттями не практикують нововведень, крім запропонованих адміністративно-керівними освітянськими органами, функціонують переважно за інерцією; вони одноманітні, не мають власного іміджу, вважаються традиційними [3, с. 12].

Інноваційний розвиток для закладу освіти реабілітаційного спрямування є, з одного боку, умовою подальшого поступу, з іншого, – загрозою розбалансування освітньо-реабілітаційного простору у випадку перевищення критичної межі інновацій, втрати рівноваги між ними та стабільними алгоритмами роботи. Попередити такі ризики можливо за умови ретельного прогнозування перспективних нововведень, далекоглядного врахування їхнього впливу на навчально-реабілітаційну діяльність закладу в цілому, проектування та послідовної реалізації шляху до них з урахуванням кумулятивного ефекту взаємодії педагогічних інновацій. Ці завдання тісно пов'язані між собою та можуть бути успішно вирішені за умови розробки та реалізації стратегії діяльності освітньо-реабілітаційного закладу як відкритої інноваційної соціально-освітньої інституції.

Логіко-семантичний аналіз дозволяє об'єднати всі можливі детермінанти інноваційного розвитку освітньо-реабілітаційного закладу, як відкритої інноваційної соціально-освітньої інституції, у дві групи: внутрішні та зовнішні. До внутрішніх детермінант відносяться призначення закладу та усталені підходи до організації його роботи. Якщо стратегічні пріоритети узгоджуються з цими детермінантами, розвиток освітньо-реабілітаційного закладу буде системним, а інноваційна діяльність – максимально енергозберігаючою.

Окрім внутрішніх детермінант стратегію розвитку освітньо-реабілітаційного закладу визначають зовнішні детермінанти, які Є. Хриков обґрунтовано називає прогностичним фоном [6, с. 50]. Важливість їх урахування є одним із базових постулатів сучасного стратегічного менеджменту. Як зазначає Р. Акмаєва, сутність переходу від оперативного до стратегічного управління відображена в ідеї необхідності переносу центру уваги вищих керівників на оточення (зовнішнє середовище) для того, щоб відповідним чином і своєчасно реагувати на зміни, які в ньому відбуваються [1, с. 8]. Вслід за Є. Хриковим, до зовнішніх детермінант розвитку освітньо-реабілітаційного закладу, як відкритої інноваційної соціально-освітньої інституції, ми відносимо різнопланові чинники макросередовища, головними серед яких є: світові тенденції розвитку освіти; стан розвитку науки (зміни в науковій картині світу); філософія освіти; особливості соціально-економічного розвитку країни; особливості політичного розвитку країни; особливості культурного розвитку країни; традиції в галузі освітньої діяльності; освітня політика; рівень розвитку психолого-педагогічної науки [6, с. 158].

Врахування внутрішніх і зовнішніх детермінант дозволяє поставити перспективні пріоритети розвитку освітньо-реабілітаційного закладу. У майбутньому це сприятиме ефективній роботі закладу, як відкритої інноваційної соціально-освітньої інституції, що розвивається поступально та взаємодіє зі світовим соціокультурним простором на засадах взаємопідтримки та взаємозбагачення.

Внутрішні та зовнішні детермінанти в усій їх сукупності утворюють певну систему координат, у межах яких можна обґрунтовано побудувати доцільну кількість векторів розвитку спеціального навчального закладу – його стратегічних пріоритетів. Для виконання цього складного та відповідального завдання необхідно провести спеціальну аналітико-прогностичну роботу – стратегічний аналіз. Н. Аніскіна і Л. Пасечнікова визначають цю процедуру як змістовний опис об'єкта дослідження, виявлення особливостей, тенденцій, можливих і неможливих напрямів його розвитку [2, с. 8].

У процесі стратегічного аналізу відбувається глибоке осмислення перспектив інноваційної трансформації освітньо-реабілітаційного закладу, відсіювання недоцільних ідей і, разом з тим, обґрунтування тих пріоритетів, втілення яких забезпечить висхідний розвиток закладу. Хоча для кожного навчального закладу система таких пріоритетів індивідуальна, заклади реабілітаційного призначення мають, як правило, якщо не ідентичні, то схожі стратегічні пріоритети. Тому з точки зору перспектив розвитку вітчизняної реабілітаційної освіти є вельми репрезентативною ієрархія пріоритетів діяльності освітньо-реабілітаційного закладу вищої освіти – Хортицької національної навчально-реабілітаційної академії – як відкритої інноваційної соціально-освітньої інституції, а саме: забезпечення безбар'єрного доступу дітей та молоді з порушеннями опорно-рухового апарату до освітньо-реабілітаційної інфраструктури; розбудова компетентісно спрямованого освітньо-реабілітаційного простору життєтворчості особистості; комплексна (медична, соціальна, педагогічна і психологічна) реабілітація студентів і вихованців; організація якісної інклюзивної освіти.

Забезпечення безбар'єрного доступу дітей та молоді з порушеннями опорно-рухового апарату до освітньо-реабілітаційної інфраструктури та забезпечення архітектурної доступності приміщень для вихованців і студентів з порушеннями опорно-рухового апарату є першим кроком до практичної реалізації на інституційному рівні концептуальних ідей і положень ортопедagogіки, ортопсихології і реабілітології. Враховуючи цей пріоритет, протягом 2001-2004 рр. було побудовано пандуси біля входів у заклад (3 пандуси) та всередині приміщення (9 пандусів), а також забезпечено доступність туалетних кімнат і навчальних кабінетів для маломобільних категорій населення. Проте тривалий час архітектурна доступність триповерхової будівлі закладу була неповною через нестачу ліфта, вкрай необхідного для багатьох вихованців і студентів з порушеннями опорно-рухового апарату. Адміністрація і колектив не здавалися, постійно нагадували про цю проблему при зустрічах з представниками державної влади та через ЗМІ, і, нарешті, протягом 2013-2014 рр. за фінансової підтримки Запорізької обласної ради і Запорізької облдержадміністрації було побудовано ліфт.

Ще одним важливим аспектом матеріально-технічного забезпечення навчання дітей та молоді з порушеннями опорно-рухового апарату є обладнання приміщень згідно з їхнім функціональним призначенням. Це є фундаментом для реалізації медико-психолого-педагогічним колективом усього комплексу реабілітаційних, корекційних, розвивальних і профілактичних заходів, необхідних для відновлення здоров'я та всебічного розвитку кожної дитини з порушеннями опорно-рухового апарату. Упродовж 2002-2019 рр. в закладі було впроваджено принципово нові підходи до здійснення медичної реабілітації, які передбачають глибоку діагностику фізичного стану організму дитини, лікування та реабілітаційні заходи з використанням прогресивних досягнень у галузі медичної науки та практики, а також спеціальної медичної техніки, якою обладнані два медичних відділення: лікувально-діагностичне та реабілітаційно-профілактичне. У відділеннях функціонують кабінети апаратної фізіотерапії, гідрокінезотерапії, спелеотерапії, кабінет для прийому кисневих коктейлів і фітотерапії, кабінет для групових інгаляцій, кабінет масажу, три кабінети лікувальної фізкультури, кабінет теплолікування та бальнеологічний кабінет. На виконання завдань медико-реабілітаційного супроводу дітей з порушеннями опорно-рухового апарату були створені та успішно функціонують: кабінет «Матері і дитини», кабінет механокінезотерапії, фізіотерапевтичний кабінет, групова кімната соціальної реабілітації, кабінет для індивідуальних корекційних занять, сенсорно-моторна кімната, кабінет музикотерапії, кабінет масажу, кабінет лікування положенням, кабінет для занять пропедевтичної групи, кімната позавізуального спостереження та діагностики, сенсорна кімната та кабінет логопеда.

В ході експериментальної діяльності закладу в галузі компетентісно спрямованої реабілітаційної педагогіки була впроваджена система організаційних, змістових і технологічних нововведень, які сприяють збалансованому поєднанню медичної, соціально-педагогічної та психологічної допомоги кожній дитині з порушеннями опорно-рухового апарату в процесі її становлення як життєво компетентної особистості.

Організаційні нововведення: збагачений реабілітаційний простір закладу освіти; спеціальні класи (групи); різновікові виховні групи; інтегровані класи (із залученням дітей з особливостями психофізичного розвитку); клубно-студійна система позанавчальної виховної роботи; психологічна служба; кабінет здоров'я та самореабілітації; служба соціальної реабілітації дитини; учнівсько-студентське самоврядування; реабілітаційний театр «Інклюзив»; проблемно-пошукові лабораторії, які досліджують актуальні проблеми компетентісно спрямованої інклюзивної освіти.

Змістові нововведення: програма розвитку життєвої компетентності вихованців за основними сферами життєдіяльності людини; корекційно-розвивальні програми за необхідними напрямками корекційної діяльності; програми забезпечення реабілітаційного компонента в навчальній діяльності; підручники та навчальні посібники для початкової школи і класів педагогічної підтримки з урахуванням реабілітаційного компонента; корекційно-розвивальні методики; методики загальнофізичної реабілітації; особистісно зорієнтована профорієнтація.

Технологічні нововведення: проективно-рефлексивна технологія навчання; виховна технологія проективного життєздійснення; технологія досягнення учнями життєвого успіху; технологія реабілітації мистецтвом; технологія реабілітації через спілкування з природою; технологія учнівсько-студентського самоврядування; технологія моніторингу освітньо-реабілітаційного процесу; технологія роботи медико-психолого-педагогічного консиліуму; проектна технологія; виховна інтерактивна технологія «Океан

життєвої компетентності»; технологія психолого-педагогічного супроводу життєвого проектування саморозвитку особистості; технологія планування життєдіяльності дитячих колективів; технологія загальнофункціональної реабілітації; технології іпотерапії і каністерапії та ін.

Стратегічним пріоритетом діяльності та розвитку Хортицької національної навчально-реабілітаційної академії є розбудова компетентісно спрямованої збагаченої соціально-освітньої системи з метою розвитку життєвої компетентності особистості. Призначення такої системи – розкриття вітального та психосоціального потенціалу кожного студента і вихованця, його становлення як компетентного проектувальника і творця власного життя. Така інтерпретація смислу освіти обґрунтована в роботах вітчизняних та зарубіжних науковців. Характеризуючи сучасне суспільство, В. Кремень засвідчує, що в ньому «з новою силою актуалізується проблема людини, оскільки в масовій культурі й суспільстві споживання вона (людина) неповна, часткова, нездійснена. Вона не виконує свого головного завдання – йти шляхом самоперетворення, самореалізації, продуктивної діяльності. Вона не олюджує, не одухотворяє світ навколо себе; вона застигла, нерухома, і її навряд чи можна назвати особистістю. Такій масовій людині важко відповідати на нові виклики соціуму, яких сьогодні стає все більше й більше» [4, с. 6]. Аналізуючи можливі шляхи виправлення цієї ситуації, вчений наголошує, що нині на місце масової людини, породженої сцієнтизмом і економізмом, приходить творча особистість. Не просто людина, а саме особистість – активний суб'єкт соціально-історичного процесу [4, с. 7].

Американські дослідники Г. Драйден і Д. Вос вважають, що нова революція під девізом «зроби сам» не закінчується на самостійному пофарбуванні свого будинку та самостійному догляді за своїм садом. Вона полягає в самостійному управлінні всім своїм життям [5, с. 97]. Разом з тим, автори висловлюють занепокоєння, що в більшості шкіл не викладається найважливіший предмет: школярів не вчать, як спроектувати власне майбутнє і як знаходити нові рішення у подоланні життєвих криз [5, с. 231].

Позицію зарубіжних дослідників можна доповнити твердженням, що навчання молоді мистецтву життєтворчості доцільно здійснювати не в рамках одного предмета, а шляхом розбудови цілісного компетентісно спрямованого простору життєтворчості особистості. Визначальними властивостями такої системи виступають: розвиток ключових життєвих компетенцій здобувача освіти; гуманізація і демократизація навчально-виховного процесу; технологізація процесу життєвого проектування саморозвитку особистості; посилення творчої складової в усіх сферах освітньо-реабілітаційного простору.

Важливість комплексного підходу до організації реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я, зокрема, з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, зумовлена природною цілісністю організму людини, тісним взаємозв'язком між усіма його функціями. Відповідно, реабілітаційні впливи, адекватні складній єдності організму та багатоплановому процесу розвитку особистості, мають передбачати інтеграцію кожного специфічного напрямку реабілітації на засадах взаємодоповнення. Комплексне застосування медичних та психолого-педагогічних заходів у соціально-освітній системі має синергетичний ефект – ефективність комплексного впливу значно перевищує сумарну ефективність тих самих засад у випадку їх окремого застосування. Особистісна зрілість та усвідомлена сформованість механізмів саморегуляції та психологічної компенсації значно полегшують подолання соматичного захворювання, зменшують його значущість для індивідуальної самоактуалізації. Так само медична підтримка сприяє формуванню впевненості у собі, озброює дитину засобами самоконтролю та підтримання свого організму в активному стані.

Системна організація цих комплексних реабілітаційних впливів можлива за умови впровадження універсальної структурної схеми комплексного реабілітування, до якої А. Шевцов відносить такі елементи: реабілітовуваний, реабілітолог, цілі, зміст, методи і технології, засоби, організаційні форми реабілітування; реабілітаційна діагностика; результати реабілітаційного процесу; батьки, родичі, близькі реабілітовуваного; підсистема реабілітаційного менеджменту; інформаційно-наукова підсистема; нормативно-правова підсистема; фінансово-економічна підсистема; підсистема управління зовнішніми зв'язками; середовищна підсистема [8, с. 19].

Стратегічне проектування параметрів системи комплексної реабілітації в умовах освітньо-реабілітаційного закладу вимагає врахування ключової умови її ефективності – підтримки реабілітаційних впливів соціальним мікросередовищем, в якому особистість перебуває повсякденно.

Оптимальним підходом до реалізації цієї умови є організація якісної інклюзивної освіти, яка виступає одним з пріоритетних напрямів системного інноваційного розвитку Хортицької національної навчально-реабілітаційної академії. Для дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я переваги інклюзивної освіти пов'язані, передусім, з можливістю примноження досвіду повноцінної соціальної взаємодії та освоєнням сучасних соціальних ролей в ході спілкування з однолітками. Разом із тим, якісна інклюзивна освіта несе для навчального закладу і певні ризики, пов'язані з непередбачуваністю студентського, учнівського, педагогічного та батьківського колективів до прийняття здобувача освіти з обмеженими можливостями здоров'я. Для того, щоб уникнути цих ризиків, необхідна перебудова роботи освітньо-реабілітаційного закладу, спрямована на реалізацію головних завдань: забезпечення доступності шкільного середовища для людей з обмеженими можливостями здоров'я; надання студентам і вихованцям необхідних медичних послуг; варіатизація та індивідуалізація освітнього процесу; забезпечення позитивного психологічного мікроклімату в інклюзивних студентських та учнівських колективах та ін.

Постановка та обґрунтування стратегічних пріоритетів дозволяє освітньо-реабілітаційному закладу перейти до наступного етапу розробки та впровадження стратегії інноваційного розвитку – проектування послідовності змін, необхідних для переведення стратегічних пріоритетів у категорію діючих компонентів відкритої соціально-освітньої системи.

З точки зору ефективності інноваційної практики навчального закладу вирішальне значення має тип структури інноваційної системи, який формується в залежності від способу зв'язку локальних нововведень. Для освітньо-реабілітаційного закладу, який реалізує стратегію системного інноваційного розвитку, оптимальною є повна структура інноваційної системи. Це пояснюється тим, що будь-яке нововведення в закладі цього типу, як правило, має комплексний характер, тобто, охоплює всі або більшість підсистем (навчальну, виховну, медичну, реабілітаційну, психологічну, інноваційну, матеріально-технічну, кадрову та управлінську).

Отже, центральна ідея стратегії системного інноваційного розвитку освітньо-реабілітаційного закладу як відкритої соціально-освітньої інституції зумовлена логікою його переведення з актуального в бажаний стан. Спрямованість цього процесу визначається стратегічними пріоритетами, системний опис яких міститься в Концепції діяльності та розвитку Хортицької національної навчально-реабілітаційної академії. Для того, щоб стратегічні пріоритети сприяли оптимізації роботи закладу, як відкритої соціально-педагогічної системи, при їх розробці слід враховувати внутрішні чинники (призначення освітньо-реабілітаційного закладу та усталені підходи до організації його роботи) та зовнішні чинники (прогностичний фон), що впливають на процеси становлення, стабілізації та інноваційного розвитку освітньо-реабілітаційної системи.

Список використаних джерел:

1. Акмаева Р. И. Стратегическое планирование и стратегический менеджмент : учеб. пособие. Москва : Финансы и статистика, 2007. 208 с.
2. Анісіна Н. О., Пасечнікова Л. П. Технологія планування стратегічних змін. Харків : Видав. гр. «Основа», 2005. 112 с.
3. Василенко Н. В. Інноваційна діяльність директора школи. Харків : Вид. група «Основа», 2010. 96 с.
4. Кремень В. Г. Трансформації особистості в освітньому просторі сучасної цивілізації. Педагогіка і психологія. Вісник Академії педагогічних наук України. Київ, 2008. № 2. С. 5–14.
5. Революция в обучении : пер. с англ. / Г. Драйден, Д. Вос. Москва : ООО «ПАРВИНЭ», 2003. 672 с.
6. Хриков Є. М. Управління навчальним закладом : навч. посіб. Київ : Знання, 2006. 365 с.
7. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології: монографія. Київ: «МП Леся», 2009. 483 с.
8. Шевцов А. Г. Освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка». Київ, 2010. 46 с.

Анатолій Павленко,
доктор педагогічних наук, професор,
м. Запоріжжя, Україна

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ БІОГРАФІЧНОГО МЕТОДУ В ОРТОПЕДАГОГІЦІ І РЕАБІЛІТОЛОГІЇ

Сучасна наука розглядає біографію, та, зокрема, автобіографію, як індивідуальний процес життя людини і вищу (філософську) форму розуміння життя гуманітарними науками (В. Дільтей). Окрім того, біографічний метод все більше стає предметом розгляду не лише в літературознавстві (де він описаний із середини XIX ст.), а й визнається наскрізним методом соціальних наук: історії, психології, соціології, педагогіки та ін. В педагогічних науках, окрім історії педагогіки, метод має безпосереднє відношення до методології педагогіки життєтворчості і педагогіки в цілому [2; 3].

У педагогічному процесі важливим предметом розгляду стає не лише наукова, інтелектуальна чи політична біографія видатної особистості, а і соціальна, особистісна, «життєва».

З розвитком в Україні досліджень з ортопедagogіки і реабілітології [4 та ін.], непересічні можливості застосування біографічного методу можуть бути використані у справі психолого-педагогічної реабілітації осіб з інвалідністю як системи «...психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи» [1].

Біографічний метод у методології ортопедagogіки і реабілітології може бути представлений у навчанні і вихованні дітей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату не лише відомостями про інтелектуальну чи професійну біографію тієї чи іншої видатної особистості, але і важливими обставинами її життєвого шляху (життєвою біографією) як реального прикладу досвіду самоутвердження, досягнення адаптації, компенсації, усунення подібних обмежень життєдіяльності, соціальної реабілітації, формування соціальних установок на життя та професію і т.д.

Однією з форм реалізації біографічного методу у освітній і виховній роботі може бути педагогічно адаптована наративна розповідь і презентація (педагога, або учня під його керівництвом) безпосередньо на уроці чи позакласному заході. Наведемо приклади сюжетної «фабули» такої презентації.

Стівен Вільям Гокінг (Stephen William Hawking, 1942–2018, Велика Британія), всесвітньо визнаний відомий астрофізик (дванадцять почесних академічних звань, кавалер найвищих нагород Великої Британії і США, володар багатьох міжнародних наукових нагород і премій), дослідник теорії чорних дір у Всесвіті, популяризатор науки, автор бестселлерів і футуролог (!). Вчений передбачив можливості створення штучних вірусів, глобальної загрози від зіткнення з космічними тілами і неконтрольованого штучного інтелекту.

Життєва біографія великого вченого складалася в дуже складних умовах, адже захворювання з юності через невиліковну форму бічного аміотрофуючого склерозу викликало практично повний параліч, а згодом і втрату голосу. Виключно лише рухом окремих пальців однієї руки він керував власним рухомим кріслом і клавіатурою комп'ютера із спеціальною функцією мовлення. Разом з тим це не завадило вченому працювати впродовж усього життя, мати належну самооцінку, писати популярні книжки, виховувати онуків і бути оптимістом щодо стану власного фізичного здоров'я, займати активну соціальну і громадську позицію (підтримувати ядерне роззброєння, перейматися глобальними екологічними проблемами та ін.).

Франклін Делано Рузвельт (1882-1945), одна із найвеличніших постатей в історії США і світу, через хворобу на поліомієліт у 1921 році стає прикутим до інвалідного візка. Молодий політик не змирився з важкою невиліковною хворобою, проходить курс спеціальних процедур і під час найважливіших промов виголошував їх стоячи. Після повернення до активного і напруженого політичного життя стає президентом США, єдиним в історії країни президентом, який обирався на цю посаду 4 рази. Серед інших багатьох визначних сторінок американської і світової історії за участі 32-го

президента США – визначення і декларація 4 основоположних свобод людини, на яких повинен бути побудований безпечний світ (промова у сенаті США 6 грудня 1941 року); створення і участь в антигітлерівській коаліції; відвідування українського Криму при проведенні історичної Ялтинської конференції у лютому 1945 року; участь у підготовці до створення Організації Об'єднаних Націй, (Ф.Рузвельт обґрунтовує необхідність організації і дає назву). Президенту не вистачило лише ще 11 днів життя до відкриття 23 квітня 1945 року установчої конференції ООН, впливової світової міжнародної організації, де Україна стане країною-співзасновником.

Список використаних джерел:

1. Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (Назва Закону із змінами, внесеними згідно із Законом №2249-VIII від 19.12.2017) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15/ed20180831#n43> (дата звернення: 04.09.2019).
2. Павленко А.І. Методологія педагогіки життєтворчості: біографічний метод. *Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів і студентів на засадах компетентнісного підходу до освіти (до 25-річчя Наукової школи педагогіки та психології життєтворчості)* : збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (12–13 жовтня 2018 р., м. Запоріжжя) / За заг. ред. В. В. Нечипоренко. Запоріжжя : Вид-во Хортицької національної академії, 2018. С.63–64.
3. Павленко А. І. Фактори становлення сучасної методології педагогіки. *Наукові записки* /Ред. кол.: В. Ф. Черкасов. В. В. Радул, Н. С. Савченко та ін. Випуск 173. Ч. 2. Серія педагогічні науки. Кропивницький : РВВ ЦДПУ ім. В. Винниченка, 2018. С. 150–155.
4. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології: монографія. Київ : МП «Леся», 2009. 484 с.

УДК 376.2

Ксенія Пазюк,
вчитель лікувальної фізичної культури,
м. Запоріжжя, Україна

**КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ
ЛІКУВАЛЬНО-ФІЗКУЛЬТУРНИХ ЗАНЯТЬ ІЗ ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ
ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

Актуальність проблеми інклюзивної освіти пов'язана з постійно зростаючою кількістю дітей, які потребують корекційного навчання. Практика європейських країн свідчить про те, що більшість дітей із порушеннями психофізичного розвитку мають змогу навчатися в загальноосвітніх школах за моделлю інклюзивної освіти. Інклюзивне навчання забезпечує доступ до освіти дітей з особливими потребами за рахунок застосування методів навчання, що враховують індивідуальні особливості таких дітей.

Одним із аспектів інклюзивної освіти є забезпечення ефективності навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах навчального закладу та їхня соціалізація. Діти з особливими освітніми потребами стають частиною життя такого закладу, до них ставляться як до рівних [1].

Сприятливе соціальне та розвивальне середовище в цілому є однією з перших умов розв'язання проблем інклюзивної освіти. Тому забезпечення такого середовища є пріоритетним завданням психолого-педагогічного супроводу дітей, що потребують корекції психофізичного розвитку в умовах навчального закладу.

Корекційно-розвивальна робота – вагома складова інклюзивного навчання. В умовах інклюзивного навчання її здійснюють спеціальні фахівці: корекційний педагог, логопед, психолог, однак не стоять осторонь й інші учасники мультидисциплінарної команди, а саме: асистенти вчителів та фахівці з ЛФК.

У процесі організації корекційно-розвивальної роботи з дитиною з порушеннями психофізичного розвитку необхідно враховувати компенсаторні можливості організму, тобто ті позитивні зміни, що

відбуваються у розвитку дитини загалом під впливом цілеспрямованого, організованого навчання. Тому цей вид роботи у педагогічній діяльності – основна й невід’ємна умова успішного залучення дитини до інклюзивного навчання.

Ефективність позитивного впливу різних оздоровчих заходів на здоров’я школярів визначається не хаотичністю методів, а системною роботою за всіма напрямками. Практика показує, що процес формування свідомого ставлення дитини до власного здоров’я потребує обов’язкового поєднання інформаційного й мотиваційного компонентів із практичною діяльністю учнів, що сприятиме оволодінню дітьми необхідними здоров’язберігаючими вміннями і навичками [2].

Діяльність педагогів санаторної загальноосвітньої школи повинна бути орієнтована на формування в дітей стійкої позиції, що передбачає визначення цінності здоров’я, почуття відповідальності за збереження й зміцнення власного здоров’я, поглиблення знань, умінь та навичок, пов’язаних з усіма складовими здоров’я (фізична, соціальна, психічна, духовна). Формування в учнів компетентного ставлення до власного здоров’я неможливе без реалізації всіх складових здоров’я. Тому головним завданням у діяльності педагогічних колективів навчальних закладів на сучасному етапі повинно бути збереження і зміцнення здоров’я дітей, формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у педагогів, учнів та їхніх батьків [2].

Фізкультурно-оздоровча діяльність у загальноосвітній санаторній школі-інтернаті I-III ступенів Хортицької національної навчально-реабілітаційної академії має випереджальний характер, не тільки удосконалює те, що досягла дитина, а й активно формує те, що повинно розвинути у найближчій перспективі.

Кожне окреме заняття з ЛФК поділяється на чотири частини: вступну (адаптаційну), підготовчу (пошукову), основну (тренувальну) і завершальну (мотиваційну).

У свою чергу всі частини заняття реалізують певну мету, наприклад: у вступній частині вирішуються організаційно-виховні аспекти створення позитивного та свідомого налаштування на заняття, активізації функціональних систем організму дитини, для підготовчої головною є адаптація організму дитини до фізичних навантажень.

В основній частині вирішуються поставлені завдання з корекційно-реабілітаційної роботи, тобто застосовуються адекватно підібрані фізичні навантаження, спрямовані на підвищення рівня фізичного розвитку та функціональних систем організму. Головна увага приділяється чергуванню фізичного навантаження з періодами адекватного відпочинку.

Мета завершальної частини заняття з ЛФК – нормалізація психоемоційного стану та релаксація.

Особливістю таких занять є те, що вчитель під час роботи з дитиною враховує її особливості та потреби, використовуючи при цьому різні засоби і методи корекції, з урахуванням застережень і протипоказань при доборі фізичних навантажень.

Важливим елементом на заняттях є вправи для розвитку уваги: вправа «Повтори за мною», коли виконується який-небудь рух, а дитина по пам’яті повинна його повторити; «Заборонений рух», коли дитина повторює всі рухи, окрім того, який вважається забороненим; «Зміна місць» – дитині пропонується запам’ятати порядок розташування певних предметів, а після зміни цього порядку відтворити початкове їх розташування.

Особлива увага приділяється розвитку просторової орієнтації. Це досягається наступним шляхом: дитині пропонується із зав’язаними очима пройти певну дистанцію, керуючись лише голосовими підказками вчителя або тактильними відчуттями.

Діти обожнюють рухливі вправи з надувними кульками та мильними бульбашками. Це сприяє не тільки покращенню функціонального стану дихальної системи, а й значно підвищує настрій учнів.

Разом із дітьми виготовляються масажні мішечки та доріжки із природного матеріалу (каштанів, жолудів, квасолі, різних круп). Доріжки здоров’я із природного матеріалу використовуються для профілактики плоскостопості, координації рухів. На стопах розташовані активні точки, які є проекцією всіх органів людини, тому такий масаж стоп є дуже корисним. Також спеціальні вправи на доріжках здоров’я розвивають спритність та увагу.

Систематичне застосування оздоровчих технологій сприяє зміцненню загального здоров’я дітей з особливими освітніми потребами, тим самим забезпечуючи ефективність навчально-виховного та реабілітаційно-розвивального процесу.

Навчання в інклюзивних навчальних закладах є корисним як для дітей з особливими потребами, так і для дітей із нормальним рівнем розвитку. Інклюзивна освіта передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

Список використаних джерел:

1. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія. Київ : «Самміт-Книга», 2009. 272 с.
2. Пантук Т. І., Невмержицька О. В. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник. Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ ДДПУ, 2009. 324 с.

УДК 376.02

Олена Позднякова,
кандидат педагогічних наук, доцент,
м. Запоріжжя, Україна

ОРГАНІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО СУПРОВОДУ КОРЕКЦІЙНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАКЛАДІВ

Одним із провідних трендів удосконалення виховної діяльності освітньо-реабілітаційних закладів для осіб з особливими освітніми потребами, зумовленими різними нозологіями (в тому числі – пов'язаними з порушеннями функцій опорно-рухового апарату), є інтеграція сучасних досягнень різних наук: педагогіки, психології, реабілітології, філософії та соціології. В цьому контексті особливої уваги науковців і практичних працівників заслуговують проблеми системного реформування виховного процесу на засадах компетентнісного, діяльнісного й особистісно-зорієнтованого підходів відповідно до положень філософії дитиноцентризму та педагогіки життєтворчості особистості, розвитку життєвої компетентності школярів у процесі їхньої соціальної практики, становлення особистості як суб'єкта колективної життєтворчості в умовах шкільного самоврядування та ін. Цим проблемам присвячені дослідження вітчизняних і зарубіжних вчених: І. Бега, І. Єрмакова, В. Караковського, В. Кременя, Т. Лісовської, В. Нечипоренко, В. Оржеховської, Д. Пузікова, Н. Селіванової, Л. Сохань та ін. Специфіка виховного процесу в освітньо-реабілітаційних закладах для дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату розкрита в роботах В. Бондаря, А. Висоцької, А. Шевцова та ін. У розробку теоретико-методичних засад корекційного виховання дітей з особливими освітніми потребами значний внесок зробили В. Бондар, Л. Гречко, О. Казакова, О. Нагорна, І. Рогальська, В. Синьов, С. Федоренко, А. Шевцов, М. Шеремет, Д. Шульженко та ін.

Запровадження інклюзивної освіти в Україні дає можливість вирішувати завдання всебічної підтримки дітей з особливими освітніми потребами. Серед пріоритетних завдань діяльності освітньо-реабілітаційних закладів недостатньо вирішеною залишається організація системи комплексного супроводу виховного процесу, а також розвиток професійної компетентності вчителів, вихователів, психологів, соціальних педагогів, корекційних педагогів, логопедів, помічників вихователя, асистентів педагога та інших фахівців, які будуть безпосередньо брати участь у забезпеченні цього процесу.

Етимологічно поняття «супровід» близьке до таких понять, як «сприяння», «спільне пересування», «допомога одній людині іншій в подоланні труднощів». У загальному ж значенні «супровід» – це зустріч двох людей і спільне проходження загального відрізка певного шляху [12; 13; 14].

Основу супроводу, як комплексного методу, що забезпечує створення умов для прийняття суб'єктом розвитку оптимальних рішень в різних життєвих ситуаціях, складає єдність чотирьох функцій:

- діагностики проблеми, яка виникла;
- надання інформації про особливості проблеми та шляхи її вирішення;
- консультації на етапі прийняття рішення і розробки плану дій щодо вирішення проблеми;

- первинної допомоги на етапі реалізації плану вирішення проблеми.

3 позиції здійснення корекційного виховання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в умовах освітньо-реабілітаційного закладу супровід може розглядатися як комплексна система реалізації корекційно-виховної діяльності, спрямована на підтримку всебічного, гармонійного розвитку та соціалізацію особистості. Вихідним положенням здійснення комплексного супроводу корекційного виховання дітей з особливими освітніми потребами виступає системно-орієнтований підхід, в основу якого покладено пріоритет опори на внутрішній потенціал розвитку суб'єкта, його право самостійно здійснювати вибір та нести за нього відповідальність. А для цього педагогу необхідно навчити учня здійснювати цей складний життєвий вибір, спираючись на свої внутрішні потенційні можливості.

Комплексний підхід до організації супроводу дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату у процесі корекційного виховання вимагає його здійснення в єдності соціального, педагогічного і психологічного компонентів, ключові характеристики яких потребують чіткої змістовної демаркації.

У Законі України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» соціальний супровід визначено як вид соціальної роботи, спрямованої на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій дітей та молоді з метою подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення їхнього соціального статусу [2].

У тлумачному словнику із соціальної педагогіки та соціальної роботи, а також в енциклопедії для фахівців соціальної сфери соціальний супровід розглядається як вид соціальної діяльності, що є формою соціальної підтримки та передбачає надання конкретній особі чи сім'ї впродовж певного (іноді досить тривалого) терміну комплексу правових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-економічних, соціально-медичних, інформаційних послуг соціальним працівником, а також, у разі потреби, спільно з іншими фахівцями (психологами, педагогами, юристами, медичними працівниками тощо) з різних установ та організацій [10, с. 160], [1, с. 185].

А. Капська розглядає соціальний супровід як технологію, спрямовану на здійснення соціальної опіки, допомоги та патронажу соціально незахищених категорій людей з метою подолання життєвих труднощів, збереження та підвищення їхнього соціального статусу [9, с. 411].

Соціальний супровід базується на індивідуальному підході до особи та адекватній оцінці потреб кожної особистості щодо допомоги у визначенні шляхів подолання проблем чи адаптації до життєвих умов, які неможливо змінити. Серед основних ознак соціального супроводу виділяються наступні: комплексний характер діяльності, довготривалість впливу, залучення до супроводу інших фахівців, активне використання волонтерської допомоги, зацікавленість та мотивованість клієнта щодо вирішення його проблем.

Основними завданнями соціального супроводу визначені:

- ефективне використання наявних ресурсів для оптимальної та швидкої адаптації клієнта з метою вирішення його проблем;
- надання допомоги клієнтам для того, щоб надалі вони могли вирішувати проблеми шляхом мобілізації власних ресурсів;
- забезпечення партнерських стосунків між клієнтом, соціальною службою, іншими державними і громадськими установами для комплексного забезпечення захисту прав особистості [9, с. 411].

Головним результатом соціального супроводу має стати ефективна підготовка особи з порушеннями функцій опорно-рухового апарату до самостійного вирішення проблем шляхом мобілізації власних ресурсів, набуття необхідних життєвих навичок, вміння використовувати ресурси громади [1, с. 185].

У науковій літературі паралельно з поняттям «соціальний супровід» часто використовується поняття «соціально-педагогічний супровід». А. Рижанова визначає його як «вид соціально-педагогічної діяльності, спрямованої на захист, допомогу та підтримку успішного поступового розвитку соціальності суб'єктів соціуму в нетрадиційних умовах соціалізації через організацію, координацію та контроль соціального виховання різних соціальних інститутів та закладів найближчого соціального середовища» [6, с. 101].

Важливого значення у процесі здійснення корекційного виховання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату набуває процес цілеспрямованого педагогічного супроводу, який найчастіше

дослідниками трактується як послідовність педагогічних дій, результатом яких виступає допомога людині в розумінні життєвої ситуації, забезпечення її саморозвитку на основі самопізнання та самовдосконалення. З методологічної точки зору, підґрунтям формування теоретичних положень педагогічного супроводу виступають особистісно зорієнтований, антропологічний і гуманістичний підходи, в контексті яких дитина виступає основною цінністю в системі освіти.

На думку В. Синьова, особливе значення для надання освітніх послуг дітям з особливими освітніми потребами в спеціальних та освітньо-реабілітаційних закладах має визначення особливостей психофізичного розвитку учнів, прогнозу можливостей їхньої соціальної реабілітації, адаптації освітнього матеріалу, способів навчального та виховного впливу до специфіки інтелектуального розвитку учнів. Саме це надає можливість суттєво оптимізувати результати розвитку та соціалізації особистості, утворює спеціальну систему освітніх завдань і дій, надає педагогічному процесу корекційної спрямованості. Вчений вважає, що корекційна педагогіка, місією якої є оптимізація процесів соціалізації і розвитку особистості з урахуванням наявних у неї проблем, включає у сферу своєї компетенції і ту галузь педагогічної теорії і практики, яка має назву реабілітаційної педагогіки. Як зазначає вчений, саме вона виступає теоретико-методологічною основою здійснення освіти та професійного навчання дітей з інвалідністю у загальноосвітніх, професійно-технічних і вищих навчальних закладах, спеціальних і санаторних загальноосвітніх школах-інтернатах, центрах медичної, професійної та соціальної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями [7, с. 752-767].

Ще одним важливим напрямом у системі комплексного супроводу корекційного виховання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату виступає психологічний супровід. У спеціальній та практичній психології термін «супровід» почали використовувати майже від початку функціонування психологічної служби в системі освіти [15]. Найчастіше цей термін трактують як усю систему професійної діяльності психолога, загальний метод його роботи, один із напрямів та технологічних варіантів професійної діяльності психолога. Сутнісною характеристикою супроводу у психологічному плані є створення умов для успішного розвитку, виховання та навчання дітей в умовах освітнього закладу [4, с. 177]. А. Шевцов [11] у психологічному супроводі виділяє такі складники: психічну діагностику, психологічне консультування, психологічний тренінг, психокорекцію та психотерапію.

Враховуючи вищевикладені положення щодо організації та здійснення комплексного супроводу корекційного виховання учнів з особливими освітніми потребами, можна стверджувати, погоджуючись з думкою Є. Синьової, що інтенсивність розвитку особистості при певних особливостях психофізичного розвитку залежить від педагогічних умов, що враховують специфіку психічної діяльності конкретної дитини та оптимізують корекційно-компенсаторні процеси, забезпечуючи профілактику негативних вторинних новоутворень [8].

Узагальнюючи вищезазначене, можна стверджувати, що за своїми сутнісними характеристиками комплексний супровід корекційного виховання учнів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату є системою професійної діяльності команди фахівців, що забезпечує створення сприятливих соціально-педагогічних та психологічних умов для успішної соціалізації та всебічного розвитку дитини, її самореалізації та самоствердження у суспільстві. Основними напрямками реалізації комплексного супроводу є психологічний, соціально-педагогічний супровід та співробітництво з батьками і громадою, які мають впроваджуватися одночасно, паралельно та синергетично. Результатами ефективного впровадження системи комплексного супроводу корекційного виховання учнів з особливими освітніми потребами виступає їхня успішна адаптація та соціалізація у суспільстві, підвищення самооцінки, зменшення тривожності та агресивності, сформоване вміння вільно спілкуватися з однолітками та дорослими, усвідомлена та цілеспрямована активність щодо самовияву під час вирішення життєвих проблем. Організація комплексного супроводу корекційного виховання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату сприятиме проведенню цієї роботи на рівні сучасних методологічних і методичних вимог, що є необхідною умовою її системності, комплексності та ефективності.

Список використаних джерел:

1. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / за заг. ред. проф. І. Д. Звереві. Київ, Сімферополь : Універсум, 2012. 536 с.

2. Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» : від 21 червня 2001 р. № 2558-III. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14> (дата звернення: 17.07.2018).
3. Нечипоренко В. В. Здобутки інноваційної діяльності Хортицької національної академії щодо розвитку життєвої компетентності учнівської та студентської молоді у процесі соціальної і життєвої практики. *Досвід і проблеми організації соціальної та життєвої практики учнів і студентів на засадах компетентнісного підходу до освіти : міжнародна науково-практична конференція (12–13 жовтня 2018 року)*. Вид-во Хортицької національної академії, 2018. С. 61–62.
4. Овчарова Р. В. Психологическое сопровождение родительства. Москва : Изд-во Института Психотерапии, 2003. 319 с.
5. Позднякова О. Л. Особливості психологічного супроводу виховання учнів освітньо-реабілітаційних закладів. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : збірник наукових праць / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова*. Кам'янець-Подільський: ПП Медобори-2006, 2017. № 10. С. 242–254.
6. Рижанова А. О. Соціально-педагогічне сприяння сучасним інтеграційним процесам України та вдосконалення професійної підготовки відповідних фахівців. *Збірка наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій університету «Україна»*. 2015. № 11. С. 98–101.
7. Синьов В. М. Особистісно орієнтована освіта майбутніх фахівців у галузях суб'єкт-суб'єктної діяльності. *Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії*. Київ : «МП Леся», 2010. С. 745–778.
8. Синьова Є. П. Особливості розвитку і виховання особистості при глибоких порушеннях зору : моногр. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 442 с.
9. Соціальна педагогіка : підручник / за ред. проф. А. Й. Капської. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 488 с.
10. Тлумачний словник-мінімум із соціальної педагогіки та соціальної роботи / упор. Л. В. Лохвицька. Тернопіль : Мандрівець, 2017. 232 с.
11. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я : моногр. Київ : Ін-т соц. політики, 2004. 240 с.
12. Andrews J., Lupart J. The inclusiv classroom educational exceptional children / The University of Calgary. Nelson : Thomson Learning. 2004. 561 p.
13. Banathy Bela H. Designing education as a social system. *Educational technology*. 1998. November-December. P. 51–55.
14. Building capacity of teachers. *Technology integration for improved teaching and learning* : Final Report / UNESCO. Bangkok : UNESCO Dangkok, 2004. 72 p.
15. Leicester M., Lovell T. Disability voice: educational experimence and disability. *Disability&Society*. 1996. Vol. 12. № 1. P. 111–118.

УДК 376

Ольга Рассказова,
доктор педагогічних наук, професор,
м. Харків, Україна

КНИГИ-СОЦІАЛЬНІ ІСТОРІЇ – НОВІТНІЙ ЗАСІБ ВИХОВНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО І МОЛОДШЕГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

Сьогодні поширення серед дітей хронічних та гострих захворювань різної етіології стає однією з важливих суспільних проблем, що набуває в Україні ролі помітного та виразно негативного чинника впливу на соціальне становлення людини, вирізняється значною накопичувальною динамікою та призводить до відокремлення частини населення у соціальному середовищі. Запобігти дії цього чинника, що у своїй основі має як об'єктивний, так і суб'єктивний характер, можливо не тільки через

вдосконалення системи медичного обслуговування, озброєння людей знаннями та вміннями щодо здорового способу життя та підтримання власного здоров'я, запровадження у суспільстві «моди на здоров'я», посилення соціальної та соціально-педагогічної допомоги дітям із психофізичними проблемами та їхнім сім'ям, а й, у першу чергу, впливаючи на процес соціального становлення дітей із проблемами здоров'я під час отримання ними освіти, запобігаючи формуванню в них соціальної позиції інваліда (від лат. *in* – не, *valere* – стояти) – людини за межами суспільства, сприяючи максимальному розвитку їх компенсаторних можливостей.

Практика соціального інтегрування (реабілітування) осіб з інвалідністю в Україні нині вимагає докорінного багатовекторного реформування на основі її нової моделі (А. Шевцов). Це обумовлено тим, що діяльність соціального інституту навчання та реабілітування дітей та дорослих з обмеженнями життєдіяльності в його застарілому вигляді призведе до негативних соціально-політичних і культурних наслідків.

Нині стає зрозумілим, що максимальна компенсація психофізичних обмежень, повна самореалізація та інтеграція людей із проблемами здоров'я у соціум є можливою лише через сприяння їх становленню й розвитку у відкритому соціальному середовищі за допомогою кардинально нових міждисциплінарних засобів виховної та реабілітаційної роботи.

Особливу роль у процесі включення дітей з інвалідністю у суспільство відіграє освіта – важливий соціальний інститут, спеціально створений суспільством для передачі наступним поколінням позитивного соціального досвіду, суспільних цінностей, необхідних у житті знань, умінь, навичок. На основі власного досвіду, можемо стверджувати, що універсальним засобом виховної та реабілітаційної роботи з дітьми у сфері освіти виступають «Книги – соціальні історії», де зображені діти у різних соціальних ситуаціях, віддзеркалена певна поведінка та послідовність дій дитини, зображення є достатньо яскравим і привабливим для наслідування.

Соціальні історії розробляються індивідуально для конкретної дитини і можуть включати речі, які дитина цінує, або якими вона цікавиться. Наприклад, якщо дитині подобаються динозаври, можна зробити динозаврів персонажами історії про навчання у школі. Діти з порушеннями здоров'я часто краще сприймають знайому візуальну інформацію, тому бажано, щоб соціальна історія включала малюнки, фотографії або навіть реальні предмети побуту дитини. Улюблена іграшка дитини або її зображення може мандрувати сторінками книги. Можна зробити об'ємну книгу-розкладайку, що є моделлю знайомого дитині помешкання (дитячої кімнати, квартири, групи дитячого садка, класу), двору або парку тощо.

Рівень складності сюжету соціальної ситуації та характер завдань, які повинні виконати діти, розглядаючи картинки, залежить від психологічних особливостей вихованців / учнів. Наприклад, для розвитку соціальності дітей трьох-чотирьох років підійдуть сторінки із зображенням тих предметів соціального життя, які постійно оточують дитину, проте назви чи призначення яких вона ще не знає, або знає, але вимовляє погано. Крім того, дітям слід показувати картки з зображенням знайомих людей (представників різних професій, виконавців різних соціальних ролей та ін.), тварин, речей, а також окремих сцен із дитячого життя, для закріплення навичок спілкування, ведення діалогу з дорослим. Дітям п'яти років потрібно вчитися зв'язно розповідати про те, що вони бачать на картці, розрізняючи соціальні емоції (радість, страх, образ тощо), засвоювати алгоритми соціальної поведінки, закріплювати навички щодо прийнятих у суспільстві процедур (вітання, прощання, похід до магазину, поїздка у транспорті тощо).

Якщо дитина вміє читати, батьки або спеціалісти читають історію двічі, а потім дитина може читати історію регулярно один раз на день самостійно. Якщо дитина не вміє читати, то батьки чи фахівці можуть записати читання історії на відео або аудіо, одночасно підказуючи дитині, що пора перегорнути сторінку. Коли у дитини розвивається навик, описаний в соціальній історії, можна поступово зменшувати її застосування, до кількох разів на тиждень.

У залежності від змісту соціальні історії можна використовувати для різних цілей. Книги можуть навчати тому, як вести себе в нових соціальних ситуаціях. Їх можна використовувати для освоєння нового розпорядку дня, незвичних занять і того, як реагувати на різні почуття, такі як злість, роздратування, страх, що виникають у дитини під час взаємодії з оточуючими. Можна використовувати такі книги й з дидактичною метою під час навчання дітей із порушеннями здоров'я у молодшій школі.

За умови грамотного використання, книги забезпечують закріплення та розвиток у дітей різноманітних соціальних знань та вмінь, навчання розумінню того, як інші люди реагують на ті чи інші соціальні ситуації, як поводитися у незнайомій ситуації тощо.

Дослідження ефективності соціальних історій на даний момент тривають, хоча застосування цих книг вже сьогодні вважається важливим методом для поліпшення соціальної поведінки особливих дітей.

УДК 376.3

Тетяна Саснко,
вчитель-логопед
Центру ранньої соціальної реабілітації
комунального закладу вищої освіти «Хортицька
національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ФОРМУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ БАЗИ МОВЛЕННЯ У НЕМОВЛЕННЄВИХ ДІТЕЙ

В останні роки відмічається негативна тенденція до збільшення кількості дітей із поліморфним порушенням мовлення, серед яких велику кількість складають діти з повною відсутністю активного мовлення. У даній категорії дітей порушується процес мовленнєвого онтогенезу, що призводить до затримки розвитку вищих психічних функцій. Таке поліморфне порушення мовлення важко піддається корекції, негативно впливає на загальний розвиток дитини, призводить до нашарування вторинних та третинних порушень та в подальшому до труднощів у навчанні.

У наукових працях В. Кирилової немовленнєві діти визначаються як «діти, мовлення яких або повністю відсутнє, або знаходиться на рівні вокалізацій, звуконаслідувань та звукокомплексів». Мовленнєві компоненти спілкування дітей даної нозологічної групи вкрай обмежені. Таким чином, до категорії немовленнєвих дітей відносяться всі діти, які знаходяться на першому рівні мовленнєвого розвитку.

Група немовленнєвих дітей має неоднорідний характер. До неї входять діти з тяжкими порушеннями мовлення (моторна та сенсорна алалія), діти з затримкою психомовленнєвого розвитку, діти із ДЦП, емоційно-вольовими порушеннями, інтелектуальною недостатністю та діти з порушенням слуху [1, 5, 6].

Дані психолого-педагогічної наукової літератури свідчать про те, що вивченням дітей із першим рівнем мовленнєвого розвитку займалися вітчизняні та закордонні науковці, а саме: Ю. Рібцун, В. Тарасун, М. Шеремет, С. Большакова, Л. Волкова, О. Єлєцька, Н. Жукова, Р. Левіна, О. Мастюкова, Н. Ніщева, С. Поліщук, Є. Соботович та ін.

Дослідження Л. Виготського довели взаємозв'язок розвитку мовленнєвої діяльності із психічними процесами, які протікають в сенсорній, інтелектуальній, афективно-вольовій сферах. Тому, враховуючи вираженість основного дефекту, у немовленнєвих дітей має місце специфічна затримка в формуванні пізнавальної активності та, насамперед, психологічної бази мовлення [2, 4, 6].

Вивченням розвитку психічних процесів дітей з тяжкими порушеннями мовлення займалися такі науковці, як: І. Власенко, Ю. Гаркуша, Г. Гуменна, Г. Гуровець, Л. Давидович, Ю. Ельконін, Л. Зайцева, В. Ковшиков, О. Мастюкова, Т. Пірцхалайшвілі, Г. Сергєєва, Є. Соботович, О. Усанова, Т. Фотекова, Л. Цветкова.

Формування психологічної бази мовлення у немовленнєвих дітей включає наступні компоненти.

1. Розвиток сприйняття, яке тісно пов'язане з розвитком інших форм психічної діяльності і є підґрунтям для формування процесів мислення та мовлення. Основним завданням корекційно-розвиткового впливу виступає збагачення чуттєвого досвіду дитини, розвиток всіх видів сприйняття: зорового, слухового, тактильного, нюхового, смакового.

Зорове сприйняття відтворює процес побудови зорового образу та оперування цим образом. У процесі зорового сприйняття виконуються перцептивні дії, котрі здійснюються за допомогою сенсорних еталонів (колір, форма, величина) [3].

Слухове сприйняття є провідним у формуванні мовлення дитини. На початку корекційної роботи у дитини формується вміння орієнтуватись у навколишньому середовищі, діяти за звуковим сигналом, здатність до розрізнення немовленнєвих шумів, адже формування фонематичних процесів ґрунтується на засвоєнні різноманітних вправ на розвиток слухового сприйняття. Таким чином, завдяки розвитку всіх видів сприйняття формується цілісний образ навколишньої дійсності.

2. Розвиток уваги (здатності суб'єкта зосереджуватися в даний момент часу на якому-небудь реальному об'єкті) включає розвиток основних властивостей уваги на основі предметної, продуктивної та ігрової діяльності, а саме:

- збільшення обсягу уваги;
- розподіл уваги між різними видами діяльності;
- підтримка стійкості уваги за рахунок збільшення інтелектуальної та творчої активності;
- розвиток довільності, спостережливості;
- вдосконалення здатності до переключення та розподілу уваги;
- розвиток здатності до тривалої концентрації уваги;
- здійснення переходу від мимовільної уваги до довільної.

Корекційно-розвиткова робота з розвитку уваги забезпечує засвоєння дитиною певного обсягу знань та вмінь і є підґрунтям для формування наслідувальної діяльності, вміння діяти за зразком, виконання мовленнєвої інструкції [3].

3. Розвиток пам'яті. У процесі формування психологічної бази мовлення недостатньо навчити дитину правильно сприймати навколишній світ. Пам'ять є необхідною ланкою будь-якої пізнавальної діяльності.

Розвиток пам'яті включає наступні складові:

- розвиток образної пам'яті (вдосконалення рухової пам'яті на основі формування в пам'яті зорово-рухового образу, вдосконалення образної пам'яті на основі простих узагальнень);
- розвиток словесної довільної пам'яті (здійснення переходу від мимовільної до довільної пам'яті – уміння поставити завдання запам'ятовування, формування дій і операцій запам'ятовування).

4. Розвиток мислення:

- вдосконалення наочних форм мислення (вдосконалення наочно-дієвого мислення в ігровій, конструктивній діяльності, вдосконалення наочно-образного мислення шляхом рішення завдань за наявності конкретної ситуації);
- формування розумових операцій (освоєння розумових операцій (порівняння, узагальнення), встановлення причинно-наслідкових зв'язків, рішення завдань без присутності конкретної ситуації).

Розглянемо приклади ігор для формування психологічної бази мовлення у немовленнєвих дітей.

«Гра з музичною листівкою»

Мета: розвиток концентрації слухової уваги, вміння грати за правилами.

Хід гри.

Дитина повертається до стіни, закриває очі. Дорослий відкриває музичну листівку та ховає її у кімнаті. За командою «Йди шукати!» дитина ходить та шукає її, а потім приносить листівку дорослому.

Мовленнєвий супровід у процесі гри: «Шукай! Вона там? ...Там немає? ...Ні! Де вона? ...Там? ...Ні! ...Тут? ...Да! Ось вона! Знайшов! Дай мені. Дякую! Повертайся, я ховаю! Шукай!».

Гра повторюється 5-6 разів. Перший день листівка кладеться на рівні очей дитини. Пізніше її прибирають вище або нижче, далі задвигают за предмети.

«Гра зі стрічками»

Мета: розвиток слухомовленнєвої та зорової уваги, стимуляція елементарної звуконаслідувальної діяльності.

Хід гри.

Через горизонтально закріплену мотузку перекинуто 5-6 стрічок основних кольорів. У дитини та дорослого, які сидять на підлозі, по одній м'якій іграшці. Дитині потрібно зняти стрічку вказаного кольору

та принести її дорослому. Якщо дитина принесла стрічку правильно, педагог зав'язує стрічку на іграшці дитини, якщо неправильно – на своїй.

Приклад мовленнєвого супроводу: – «Знімай жовту стрічку! Ця жовта? ... Так! Ведмедик, ...на! Принеси синю. Ця синя? ...Ні! Ведмедик хотів синю! Віддаєм коту. Кіт, ...на!».

Отже, на початкових етапах логопедичної корекційно-розвиткової роботи з категорією немовленнєвих дітей надважливим є формування психологічної бази мовлення як основи мовлення, вироблення установки на діяльність, комунікацію та потребу в ній. Саме розвиток психічних процесів є мотиваційною основою наслідувальної діяльності і, як результат, відображеного (репродуктивного) мовлення та власного висловлювання.

Список використаних джерел:

1. Базима Н. Розвиток мовлення дітей з аутизмом. Харків, 2018. 144 с.
2. Крутій К. Методика проведення індивідуальних занять з мовленнєво-пасивними дітьми дошкільного віку. Запоріжжя, 2003. 320 с.
3. Пахомова Н. Спеціальна психологія : навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010105 – «Корекційна освіта. Полтава, 2015. 357 с.
4. Рібцун Ю. Професійний довідник учителя-логопеда дошкільного навчального закладу. Харків, 2013. 239 с.
5. Соботович Є. Вибрані праці з логопедії. Київ, 2015. 308 с.
6. Шеремет М., Тарасун В., Конопляста С. Логопедія : підручник, третє видання, перероблене та доповнене. Київ, 2014. 672 с.

УДК 376.2

Артем Сафонов,
вчитель-дефектолог
Центру ранньої соціальної реабілітації
комунального закладу вищої освіти «Хортицька
національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

**ФОРМУВАННЯ ГРАФОМОТОРНИХ НАВИЧОК
У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДЦП**

Формування графомоторних навичок у дітей – тривалий і трудомісткий процес, який має багатокомпонентну психофізіологічну структуру: включає зоровий і слуховий аналіз, артикуляцію, формування та збереження зорово-рухового образу кожного графічного елементу, а також складні механізми координації та регуляції рухів. Розглядаючи процес розвитку дрібної моторики пальців рук у дітей із церебральним паралічем, можна стверджувати, що на відміну від дітей з унормованим психофізичним розвитком, діти із ДЦП ще з народження мають складні рухові розлади, які не лише гальмують формування мовленнєвих і писемних навичок, а й взагалі унеможливають своєчасне навчання і пізнання дитиною навколишнього світу.

Дослідження Є. Ф. Архіпової, Л. О. Бадалян, М. В. Іпполітової, І. І. Мамайчук, Є. М. Мастюкової, К. А. Семенової та ін. засвідчили, що для всіх дітей із церебральними паралічами однією з найхарактерніших ознак є порушення рухової сфери.

Є. М. Мастюкова у своїх дослідженнях наголошує на тому, що рухова недостатність при ДЦП перешкоджає не лише розвитку кінестетичного і зорового сприйняття, але ще більшої мірою загальмовує та спотворює формування інтерсенсорних умовних зв'язків, зокрема зорово-моторних.

У наукових дослідженнях М. В. Іпполітової зазначається, що у певної групи дітей при достатньому обсязі рухів і нормальному м'язовому тонусі відзначаються специфічні порушення, які

мають назву апраксії (нездатність виконувати цілеспрямовані практичні дії, рухи). Такі діти важко засвоюють навички одягання, роздягання, застібання ґудзиків, шнурування, відчують значні труднощі в конструюванні з кубиків, паличок тощо. При деяких формах ДЦП у дітей утруднене виконання всіх довільних рухів, головним чином через насильницькі, мимовільні рухи – гіперкінези. Вони різко посилюються при хвилюванні, втомі і особливо – при спробах виконати певні цілеспрямовані дії.

К. А. Семенова пов'язує порушення кінестезій у дітей із церебральними паралічами з недорозвиненням низки гностичних функцій: просторового гнозису, праксису та стереогнозису. У більшості дітей із ДЦП виражений астереогноз (неможливість або порушення процесу впізнання предмету на дотик без зорового контролю). Усі ці процеси, безпосередньо впливаючи на розвиток моторики пальців рук, роблять недостатніми, а інколи і взагалі неможливими для виконання складних рухів, які лежать в основі опанування дитиною навичками самообслуговування, читання та письма. Найбільш складним для дітей із церебральним паралічем є вміння ізолювати тонкі рухи пальців рук і вміння диференціювати згинання в окремих суглобах, що є необхідним вмінням для письма. Навіть при нижніх параплегіях, при яких моторика рук частково збережена, при формуванні рухового досвіду письма відзначається скутість пози і мимовільні рухи обличчя, язика, губ. У розвитку дрібної моторики рук таких дітей найчастіше відзначається вікова затримка.

В основі оволодіння навичкою письма лежать рухові навички. Фізіологічною основою навичок є вчення І. П. Павлова про утворення тимчасових нервових зв'язків у корі головного мозку. Отже, оволодіння руховими навичками, зокрема, графічними – це і є утворення тимчасових нервових зв'язків. Розвиток рухів і формування рухових навичок залежить як від дозрівання нервово-м'язового апарату дитини, так і від змісту й будови діяльності на певному віковому етапі.

У дітей із ДЦП порушення центрального відділу рухового аналізатора часто призводить до підвищеного тону м'язів кисті, парезів, гіперкінезів та контрактур суглобів. Всі ці розлади з віком мають тенденцію до посилення. Особливо чітко вони проявляються при виконанні довільних рухів, що перешкоджає правильному формуванню і фіксуванню в пам'яті схеми цих рухів. Тому опанування руховими навичками письма та малювання у дітей з органічним ураженням нервової системи потребує спеціальних корекційних вправ.

Враховуючи специфіку рухового дефекту у дітей даної вікової та нозологічної групи, вся корекційно-розвиткова робота, спрямована на формування і розвиток рухових функцій, повинна проводитися диференційовано, в залежності від форми захворювання і ступеню ускладнення, віку дитини, стану сформованості слухового та зорового аналізаторів. При цьому всі завдання, запропоновані дитині до виконання, мають відповідати її реальним руховим та інтелектуальним можливостям. Також важливо пам'ятати, що опанування будь-якою руховою навичкою у дітей із ДЦП відбувається поетапно і потребує більш тривалого часу і терпіння з боку як спеціалістів, так і батьків.

Слід зазначити, що основним завданням корекційної роботи з дітьми старшого дошкільного віку із ДЦП є підготовка руки до письма, розвиток просторових уявлень, окоміру у процесі графічної діяльності. Особлива увага приділяється навчанню дитини навички зорового контролю за рухами своєї руки.

Графічна робота з дітьми старшого дошкільного віку з церебральним паралічем проводиться спочатку на великих альбомних аркушах, потім аркуш розділяється лініями спочатку на дві, три, чотири частини в залежності від того, як дитина опановує певний вид діяльності. У процесі формування графомоторних навичок у даної категорії дітей також використовується малювання пальцем та письмо на манці, малювання вологою губкою на дошці, проведення ліній зафарбованим пальцем тощо.

Під час навчання дитини певних рухових дій слід дотримуватись наступної послідовності: чітко визначити рухове завдання; скласти план виконання руху; визначити основні точки руху; визначити орієнтири для контролю.

Пропонуючи дитині із ДЦП завдання, слід привертати увагу до напрямку, амплітуди руху руки та кисті. Виконання завдань поступово ускладнюється: спочатку дитина наводить певні лінії, потім копіює самостійно на своєму аркуші і нарешті малює чи пише окремі графічні зразки по пам'яті.

Під час корекційно-розвиткових занять із дітьми із ДЦП також проводяться вправи на зниження втомлюваності, активізацію пізнавальних процесів, розвиток міжпівкульних зв'язків, вправи на розвиток

диференційованих рухів пальців рук. При цьому звертається особлива увага на вироблення протиставлення великого пальця всім іншим, вільні рухи пальців без рухів кисті і передпліччя тощо.

Більшість дітей старшого дошкільного віку із ДЦП ніби «забувають» користуватися своїми ураженими кінцівкам. Вони ігнорують свою руку навіть у разі помірного ураження. «Придушення» діяльності кінстетичного аналізатора виключає вироблення тих умовно рефлексорних зв'язків, на основі яких будується відчуття власного тіла, почуття пози і дрібна моторика.

Також, на корекційно-розвиткових заняттях особлива увага повинна приділятися розвитку гнозиса та праксиса. У процесі вивчення літер і цифр слід навчати дітей не лише впізнавати їх, а й відтворювати різними способами.

Заняття з розвитку дрібної моторики повинні проводитися дефектологом у тісному тандемі з іншими спеціалістами: ерготерапевтом, арт-терапевтом, тифлопедагогом, логопедом, психологом, лікарем ЛФК, адже це дає можливість дібрати правильний інструментарій та скласти оптимальну за ефективністю програму розвитку і навчання дитини із ДЦП. Відповідно рівень складності корекційно-розвиткових вправ обирається згідно результатів обстеження рухових умінь і навичок дитини та рівня її інтелектуального розвитку.

При проведенні реабілітаційних корекційно-розвиткових заходів важливе значення приділяється взаємодії «батьки-дитина». Батьки присутні на заняттях, стежать за роботою педагога та дитини, спонукають її своїм прикладом та участю, одночасно заохочують дитячу ініціативу в розгортанні діяльності з розвитку дрібної моторики.

Таким чином, застосування комплексу корекційних вправ для розвитку дрібної моторики та формування графомоторних навичок дозволяє здійснювати більш ефективний вплив на формування маніпулятивної функції руки та рухової сфери в цілому, а також сприяє розвитку компенсаторних властивостей збережених функціональних систем організму. Завдяки корекційним заняттям у дітей старшого дошкільного віку із ДЦП підвищується мотивація до шкільного навчання, формуються самореалізація та самоствердження, що суттєво покращує соціальну адаптацію дитини з особливими потребами в сучасному суспільстві.

Список використаних джерел:

1. Вознюк Л. М. Вивчення сенсорного компонента як основи до оволодіння графо-моторними навичками у дошкільників з ДЦП. *Науковий часопис. Корекційна педагогіка*. Київ, 2015. С. 27 –32.
2. Лянной Ю. О., Кукса Н. В. Формування графо-моторних навичок у дітей з церебральним паралічем. *Гуманіт. Вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький держ. пед. університет ім. Григорія Сковороди»*. Переяслав-Хмельницький, 2008. Вип.14. С. 296–299.
3. Рібцун Ю. В. Особливості предметно-розвивального середовища в логопедичній групі за умови інклюзії дошкільників із ДЦП. *Педагогіка здоров'я. Здоров'я людини в умовах ноосферогенезу : зб. наук. пр. III Всеукр. наук.-практ. конф., присвяченої 150-річчю з дня народження академіка В. Г. Вернадського*. Харків, 2013. С. 331–338.

УДК 376.02

Кристина Сафронova,
магістрантка комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна
Науковий керівник – **А. І. Павленко,**
доктор педагогічних наук, професор,
м. Запоріжжя, Україна

ПРОБЛЕМИ ШКІЛЬНОЇ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

На сучасно етапі спостерігається трансформація суспільного життя, що пов'язана з розвитком української держави та демократичних перетворень. Ці процеси спонукають до впровадження на практиці новітніх форм соціальної адаптації та реабілітації дітей із порушенням опорно-рухового апарату.

Завдання шкільної соціалізації дітей із порушенням опорно-рухового апарату посідає одне із перших місць у розбудові Нової української школи, бо таким дітям необхідне забезпечення можливості відчуття комфорту у соціальному середовищі для того, щоб розкрити власний потенціал та можливості.

Саме шкільна соціалізація є необхідним і важливим чинником повноцінного розвитку особистості з порушенням опорно-рухового апарату, ефективного функціонування в соціальному середовищі. У процесі шкільної соціалізації у дитини формуються соціальні якості, знання та вміння, відповідні навички, що дає їй змогу стати дієздатним учасником соціальних відносин. Поступово оточуючий соціальний світ відкривається дитині в системі існуючих рольових взаємовідносин, правил соціальної поведінки, культурних норм взаємодії. У подальшому соціальне оточення надає дитині спектр чітко оформлених ціннісно-нормативних моделей і зразків соціальної поведінки, на основі засвоєння яких відбувається вибір між існуючими нормами та формується персональна ціннісно-нормативна система [2, с. 30].

У процесі шкільної соціалізації у дітей із порушенням опорно-рухового апарату, серед інших, виникає потреба у розвитку емоційного інтелекту, що спрямований на підвищення рівня рефлексійного розуміння себе та управління собою (обізнаність про власні емоції), здатність ефективно взаємодіяти і ладнати з іншими людьми.

Окремі порушення у дітей цієї категорії можуть спостерігатися й у формуванні мотиваційної сфери: на етапі аналізу мотиву вчинку, на етапі оцінювання. З віком дитини аналіз мотивів учинків формується, але темп цього формування дуже уповільнений. Не менш важливими є і проблема адаптації, в процесі якої відбувається пристосування дитини до існування в соціумі, відповідно до його норм і вимог, проблема індивідуалізації, на якій відбувається усвідомлення дитиною своїх можливостей [3, с. 123].

Зовнішні фізичні недоліки, інтелектуальні відхилення та мовні дефекти обмежують та порушують процес спілкування між дітьми, значно зменшують кількість товаришів та друзів [4].

Одним із дієвих шляхів успішного розв'язання таких проблем є, на нашу думку, розвиток емоційно-ціннісних відношень особистості дитини у процесі соціалізації.

Реабілітаційний процес у роботі з дітьми з порушенням опорно-рухового апарату повинен полягати у поновленні емоційного контакту, встановлення довірливих відносин із дитиною. При цьому дитина не повинна почувати себе об'єктом діяльності дорослих, вона повинна стати повноправним суб'єктом, співучасником соціально-педагогічного процесу.

Адже педагогічна умова забезпечення ефективності комплексної реабілітації та соціалізації осіб із порушеннями опорно-рухового апарату пов'язана, в першу чергу, з оптимізацією діяльності суб'єктів реабілітаційного середовища, яка ґрунтується на комплексному, особистісно орієнтованому підході щодо надання медикосоціальної, психологічної, педагогічної допомоги шляхом використання

педагогічних технологій, які забезпечують урахування особливостей інвалідів та сприяють їхній соціальній захищеності [2, с. 39].

Таким чином, шкільна соціалізація є динамічним і педагогічно керованим процесом, під час якого діти з порушенням опорно-рухового апарату не тільки набувають знання, формують власний світогляд, але й отримують навички самоконтролю, взаємодії з колективом, уміння вирішувати складні життєві ситуації. Під час шкільної соціалізації необхідно зважати на дотримання умов подолання певних труднощів у дітей із таким порушенням засобами розвитку емоційного інтелекту: через усвідомлення своїх емоцій та емоцій інших людей, формування вміння емоційно взаємодіяти з однолітками та іншими людьми, вміння аналізувати емоційні аспекти мотивів вчинку, тощо.

Список використаних джерел

1. Жила Д. А. Особливості соціалізації дітей з особливими потребами. *Студентський науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення*: збірник матеріалів II Міжнародної науково-практичної конференції (26 квітня 2018 р., м. Ніжин) / За заг. ред. О. В. Лісовця. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2018. С. 29–31.
2. Клопота Є. А., Клопота О. А., Бондаренко С. А. Інтеграція молоді з обмеженими фізичними можливостями в суспільство: громадсько-правові, соціально-психологічні та інформаційно-технологічні аспекти : методичний посібник. Запоріжжя : ЗНУ, 2008. 114 с.
3. Кравченко Т. В. Соціалізація дітей шкільного віку у взаємодії сім'ї і школи : монографія. Інститут проблем виховання АПН України. Київ : Фенікс, 2009. 416 с.
4. Турубарова А. В. Соціально-психологічні проблеми соціалізації підлітків із особливими освітніми потребами. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Випуск 2. Том 2. 2014. С. 77–81.

УДК 364-786:37-056.31

Юлія Сілявіна,
кандидат педагогічних наук,
м. Запоріжжя, Україна

ЗМІСТОВНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПЕДАГОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОТОРНОЇ СФЕРИ В УМОВАХ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОСТОРУ

Важливою умовою успішного навчання дітей з порушеннями моторної сфери є організація їх педагогічної реабілітації, що розглядається фахівцями як невід'ємний напрям комплексного підходу до відновлення психофізичного потенціалу особистості. Від ефективності педагогічної реабілітації залежить не тільки засвоєння учнями зазначеної категорії державних стандартів освіти, а й розвиток їхнього інтелектуального потенціалу, ключових, міжпредметних і предметних компетентностей, готовності до подальшого навчання по закінченні школи.

Дослідження проблем педагогічної реабілітації учнів з порушеннями моторної сфери є одним із пріоритетів розвитку реабілітаційної педагогіки – наукового напрямку, в рамках якого значення реабілітаційного чинника у забезпеченні якісного навчання, виховання та соціалізації дітей з особливостями психофізичного розвитку вивчається цілісно і системно. В сучасних наукових концепціях педагогічна реабілітація розглядається як складний і багатоаспектний процес, сутністю якого є розвиток у дитини з особливими освітніми потребами базового потенціалу (умінь, навичок і здатностей), необхідного для здобуття освіти певного рівня. В організаційному контексті шкільної освіти система педагогічної реабілітації охоплює як навчальний, так і виховний процеси, спрямовуючи зусилля фахівців різного профілю на подолання труднощів, з якими стикається кожна дитина з особливими освітніми потребами.

При розробці змістовно-методичних засад системи педагогічної реабілітації з позицій сучасної теорії і методології корекційної педагогіки основоположне значення має сформульоване В. Синьовим методологічне положення про функціональну специфіку корекційно-педагогічних впливів. Як зазначає вчений, головна, центральна функція корекційної педагогіки – розробка і застосування таких умов (організаційних, змістовних, технологічних) освіти і виховання, які б враховували специфічні особливості внутрішнього реагування індивіда на педагогічні впливи, і там, де ці впливи у їх звичайному використанні не спрацьовують, модифікувати їх, вирішуючи два взаємопов'язаних завдання: по-перше, адаптацію педагогічних засобів до своєрідності розвитку об'єктів освітньо-виховного процесу, по-друге, – корекцію їхнього розвитку для забезпечення сприйняття зовнішніх впливів у максимально можливому неадаптованому спеціально вигляді. Тільки таким чином можна подолати дивергенцію між біологічною і соціальною площинами розвитку особи і забезпечити конвергенцію цих площин не лише ситуативно в тих чи інших педагогічних умовах, але і в процесі прижиттєвого соціально-психологічного саморозвитку особистості» [7, с. 7].

Відповідно до результатів сучасних корекційно-педагогічних досліджень [1; 2; 3; 4; 6; 8; 9; 11; 12], зміст педагогічної реабілітації учнів з порушеннями моторної сфери має забезпечувати відновлення і розвиток у них інформаційних і самоосвітніх компетенцій, що визначають їх здатність та готовність до засвоєння шкільної програми відповідно до вимог державних стандартів освіти. Відповідно до цього, метою педагогічної реабілітації можна визначити розвиток і саморозвиток учнів зазначеної категорії як суб'єктів пізнання. Завдання педагогічної реабілітації полягають у оптимізації навчально-реабілітаційного маршруту дитини з порушеннями моторної сфери, включення її в єдиний освітній простір; відновленні активності дитини як суб'єкта своєї життєдіяльності; відновленні та розвитку загальнонавчальних умінь та здатності до вольової саморегуляції; виробленні механізмів саморозвитку самоосвітньої та інформаційної компетентностей особистості; організації системи освітньо-реабілітаційних заходів, різноманітних за видом, інтенсивністю і тривалістю; моделюванні індивідуальних навчальних програм синтезованого характеру.

При розробці змісту педагогічної реабілітації учнів з особливими освітніми потребами слід враховувати те, що він має забезпечувати поєднання реабілітаційного компонента із загальнодидактичним і, відповідно, складатися із взаємодоповнювальних сфер: освітньо-реабілітаційного простору, як сукупності навчально-виховних і корекційно-реабілітаційних ресурсів, наявних у закладі для здійснення педагогічної реабілітації, та індивідуалізованої роботи з дітьми з особливими освітніми потребами.

Змістовий компонент системи педагогічної реабілітації учнів з порушеннями моторної сфери визначає напрями роботи за трьома складовими освітньо-реабілітаційного процесу: індивідуальною педагогічною реабілітацією; навчальною складовою з реабілітаційним компонентом; виховною складовою з реабілітаційним компонентом. Системоутворювальною складовою процесу педагогічної реабілітації дітей з порушеннями моторної сфери є зміст та заходи індивідуальної педагогічної реабілітації. Алгоритм її здійснення включає: індивідуальну первинну діагностику, визначення цілей реабілітації дитини, розробку та реалізацію індивідуального плану реабілітації, аналіз результатів та прогностику подальшої роботи.

Зміст індивідуальної програми педагогічної реабілітації спрямований на відновлення і розвиток в учнів з особливими освітніми потребами інформаційних і самоосвітніх компетенцій. Визначені в програмах заходи передбачають впровадження індивідуальних навчальних планів і модифікацію змісту навчального матеріалу відповідно до потреб і можливостей дітей з порушеннями моторної сфери. Модифікація навчального процесу з урахуванням завдань індивідуальних навчальних планів забезпечується завдяки поєднанню різних способів індивідуалізації роботи зі школярами: створенню спеціальних комплексів різноманітних завдань; використанню алгоритмів, які сприяють поетапному оволодінню учнями навчальним матеріалом; застосуванню різноманітних методів і прийомів педагогічної допомоги дітям тощо.

Необхідність наступної складової освітньо-реабілітаційного процесу – навчальної складової з реабілітаційним компонентом – передбачається чинними нормативно-правовими документами. В листі МОН України «Про навчальні плани та організацію навчально-реабілітаційного процесу для учнів з особливими освітніми потребами загальноосвітніх навчальних закладів у 2017/2018 навчальному році»

зазначається, що підвищенню ефективності навчального процесу сприяє корекційно-розвиткова складова інваріантної частини навчальних планів, якою регламентується організація системної реабілітаційної роботи з учнями. Враховуючи це, навчальні плани для учнів навчально-реабілітаційного центру слід доповнювати корекційно-розвитковою складовою, яка може бути представлена варіативним компонентом цього плану.

З метою інтенсифікації розвитку зазначених компетенцій у школярів з особливими освітніми потребами, забезпечення їх становлення як суб'єктів пізнання нами була розроблена й експериментально перевірена наскрізна програма «Самоорганізація діяльності», цільові пріоритети якої конкретизуються в залежності від вікових особливостей учнів.

Окрім навчальної складової, змістовий компонент системи педагогічної реабілітації включає педагогічно доцільні засоби реабілітації за виховною складовою освітнього процесу з реабілітаційним компонентом. Інноваційний аспект педагогічної реабілітації в умовах виховного процесу представлений наскрізною програмою «Реабілітація природою», яка була розроблена нами для інтенсифікації процесу розвитку і саморозвитку учнів як суб'єктів пізнання. Основними завданнями програми є: оптимізація освітнього маршруту дитини з порушеннями моторної сфери засобами природи, включення її в єдиний освітньо-природний простір; відновлення активності дитини як суб'єкта своєї життєдіяльності.

Спрямування відновлювального потенціалу природи на реалізацію завдань педагогічної реабілітації вихованців з особливими освітніми потребами передбачає наявність спеціально організованого середовища, оптимальною формою якого є реабілітаційний парк, що може створюватися на засадах інституційної автономії або бути структурним сегментом навчально-реабілітаційного закладу. До ключових завдань комплексного реабілітування дітей з особливими освітніми потребами, на думку А. Шевцова, можна віднести: педагогічну, соціальну, психологічну, медичну реабілітацію, створення безбар'єрного рекреаційно-реабілітаційного середовища; фізичну терапію, ерготерапію [10].

Реалізація програм «Реабілітація природою» та «Самоорганізація особистості» передбачає використання елементів інноваційних освітніх технологій (проективно-рефлексивної технології навчання, технології організації життєпізнавальної діяльності учнів на засадах гуманітарної наратології, технології реалізації компетентісно зорієнтованих завдань, технології планування життєдіяльності дитячого колективу) і сучасних педагогічних методів: методів організації навчально-пізнавальної діяльності (розповідь, бесіда, ілюстрація, відеопрезентація, вправа, дослід), методів стимулювання і мотивації діяльності (створення ситуації інтересу, використання пізнавальних ігор, гумористичних уривків, перегляд кінофільмів, пізнавальні ігри, ігри-подорожі, вікторини, рольові ігри, аналіз життєвих ситуацій, заохочення, схвалення), методів стимулювання кінестетико-пропріоцептивної діяльності (стимулювання вестибулярного апарату, екскурсії природними ландшафтами, змінні, ігрові, поточкові, фронтальні методи організації рухової активності та ін.), методів сенсорного виховання (самодіяльна активність дітей зі створення сенсорних продуктів, спостереження за об'єктами природи та ін.).

Зазначені інноваційні програми передбачають використання основних форм організації педагогічної реабілітації дітей з порушеннями моторної сфери: уроків на свіжому повітрі, практичних та лабораторних занять з природничих та творчих дисциплін, корекційно-розвиткових заходів (життєпізнавальні проекти, суспільно важливі справи, науково-дослідницька робота екологічного спрямування тощо), спеціальних занять з педагогічної реабілітації відповідно до індивідуальних реабілітаційних програм, іпотерапевтичних занять, прогулянок по р. Дніпро на байдарках, екологічного туризму, екскурсій, картографічних досліджень території, мандрівок екологічними стежками, сімейних фестивалів, квестів, пленерів, семінарів, кінотеатру під відкритим небом, дитячого оздоровчого табору, сенсорного ігрового майданчика та ін. Взаємодоповнення цих форм роботи сприяє диверсифікації, інтенсифікації та індивідуалізації процесу педагогічної реабілітації вихованців з особливими освітніми потребами як в умовах навчального процесу, так і в системі позауручної виховної роботи.

Отже, змістовно-методичні аспекти системи педагогічної реабілітації дітей з порушеннями моторної сфери в умовах освітньо-реабілітаційного простору в сукупності забезпечують функціональність цієї системи, її відповідність визначеній меті педагогічної реабілітації – розвитку і саморозвитку вихованців з особливими освітніми потребами як суб'єктів пізнання, а також більш конкретних завдань, основними з яких є оптимізація навчально-реабілітаційного маршруту дитини з

порушеннями моторної сфери, включення її в єдиний освітній простір; відновлення активності учня з особливими освітніми потребами як суб'єкта своєї життєдіяльності; відновлення і розвиток загальнонавчальних умінь і навичок, здатності до вольової саморегуляції та ін.

Змістовий компонент системи педагогічної реабілітації об'єднує три складові освітньо-реабілітаційного процесу (індивідуальну педагогічну реабілітацію, навчальну і виховну складові з реабілітаційним компонентом) і передбачає відповідне програмне забезпечення (індивідуальну програму реабілітації кожного учня з особливими освітніми потребами, наскрізні програми «Самоорганізація діяльності» і «Реабілітація природою»), застосування сучасних методів організації навчально-пізнавальної діяльності, методів стимулювання і мотивації діяльності, методів стимулювання кінестетико-пропріоцептивної діяльності, методів сенсорного виховання, а також сучасних форм групової та індивідуальної роботи, що сприяють диверсифікації, інтенсифікації та індивідуалізації процесу педагогічної реабілітації дітей з порушеннями моторної сфери як в умовах навчального процесу, так і в системі позаурочної виховної роботи.

Список використаних джерел:

1. Дегтяренко Т. М. Теоретико-методологічні засади управління системою корекційно-реабілітаційної допомоги особам з психофізичними порушеннями : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.03 / Інститут спеціальної педагогіки Національної академії педагогічних наук України. Київ, 2012. 435 с.
2. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посіб. Київ : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. 274 с.
3. Кравчук Л. С. Особливості корекційно-педагогічної роботи освітнього та виховного процесу підготовки дітей з інвалідністю. *Логопедія* : науково-методичний журнал. Інститут корекційної педагогіки та психології, 2011. № 1. С. 29–33.
4. Нечипоренко В. В. Системний розвиток навчально-реабілітаційного центру як відкритої інноваційної соціально-освітньої інституції: монографія. Запоріжжя : Видавництво Хортицького національного навчально-реабілітаційного багатoproфільного центру, 2013. 520 с.
5. Нечипоренко В. В., Єрмаков І. Г., Позднякова О. Л., Гордієнко Н. М. Життєтворчий потенціал соціальної і життєвої практики: науково-методичний посібник. Запоріжжя : Вид-во Хортицької національної академії, 2018. 472 с.
6. Освіта осіб з інвалідністю в Україні : тематична національна доповідь / за ред. В. М. Синьов, В. І. Бондар, В. В. Засенко та ін. Київ : Міністерство освіти і науки України, 2010. 417 с.
7. Синьов В. М. Методологія та теорія досліджень в галузі дефектології. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна*. 2010. Вип. 15. С. 7–9.
8. Таранченко О. М., Найда Ю. М. Диференційоване викладання в інклюзивному класі : навчально-методичний посібник. Київ : Видавнича група «АТОПОЛ», 2012. 120 с.
9. Федоренко С. В. Реформування традиційної системи освіти осіб з порушеннями зору відповідно до демократичних напрямів розвитку України (кінець XX – початок XXI сторіччя). *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна*. 2013. Вип. 23 (3). С. 346–353.
10. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : монографія. Київ : «МПЛєся», 2009. 483 с.
11. Andrews J., Lupart J. L. The inclusive classroom : Educating exceptional children. Scarborough, ON : Nelson Canada, 2000. 561 p.
12. Booth T. Index for inclusion: developing learning and participation in schools / Tony Booth, Mel Ainscow. Bristol : Centre for Studies on Inclusive Education, 2002. 101 p.

УДК 373.1.013

Ярослава Соловій,
вчитель української мови та літератури
загальноосвітньої санаторної школи-інтернату
I-III ступенів Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

ТЕМАТИЧНЕ ПОРТФОЛІО ЯК ОДИН ІЗ ВИДІВ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ НА УРОКАХ МОВЛЕННЕВОГО РОЗВИТКУ

Включення дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітній простір національної школи України зумовлює новий підхід до освіти. Інклюзивний освітній простір загальноосвітньої санаторної школи-інтернату I-III ступенів Хортицької національної академії на сьогодні забезпечує дитині, незалежно від особливостей її розвитку, рівний доступ до якісної освіти в умовах масового загальноосвітнього закладу. Сучасні тенденції інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах Нової української школи вимагають інноваційного насичення засобів оцінювання навчальних досягнень учнів.

Одним із найважливіших завдань сучасної інклюзивної школи є створення під час планування та проведення навчальних занять з різних предметів таких умов, які б забезпечували максимальне залучення механізмів самоосвіти, самопізнання та самоактуалізації особистості, а також сприяли формуванню мотивації в досягненні успіху. Одним із таких засобів є портфоліо, зокрема, такий його різновид, який носить назву тематичного портфоліо.

Взагалі, портфоліо – це спосіб фіксування, накопичення та оцінки індивідуальних досягнень особистості за певний період. Портфоліо відноситься до розряду «аутентичних» (які наближені до реального оцінювання) індивідуалізованих оцінок, орієнтованих не тільки на процес оцінювання, але й самооцінювання. В узагальненому визначенні – це впорядкована збірка матеріалів, підібраних з певною метою. Таким чином, в інклюзивній школі портфоліо – це ефективний спосіб фіксування, накопичення та оцінки індивідуальних досягнень як учителів та/або асистентів вчителя, так і їхніх учнів за певний період часу.

Учительське професійне портфоліо може містити зразки кращих конспектів уроків, поурочних та тематичних планів, дидактичних матеріалів, документів, статей та учнівських робіт.

Учнівське навчальне портфоліо – це робоча файлова папка, яка містить різноманітну інформацію та документує набутий досвід і досягнення учнів, це індивідуальна збірка освітніх досягнень, своєрідна індивідуальна накопичувальна оцінка у певній сфері діяльності особистості.

Портфоліо навчального предмета – це комплект інформаційних, дидактичних і методичних матеріалів, розроблений з метою ефективної організації навчання з теми, яка відповідає навчальній програмі базового курсу предметної галузі. Ці матеріали створюються вчителями та учнями з використанням комп'ютерних технологій.

Портфоліо доповнює традиційні контрольні-оціночні засоби, які спрямовані на перевірку репродуктивного рівня засвоєння інформації, знань та умінь та дозволяє враховувати результати, які досягнуто в різних видах діяльності – навчальній, творчій, соціальній, комунікативній тощо і стає важливим елементом практико-орієнтованого підходу до освіти.

Тематичне портфоліо створюється у процесі вивчення будь-якої великої теми, розділу, навчального курсу. Робота над ним будується наступним чином: учитель повідомляє назву теми, що вивчається, а також форму контролю за нею – захист свого портфоліо.

Після захисту портфоліо відбувається обговорення разом із вчителем щодо якості роботи, оформлення тощо, але без різких критичних суджень. Результатом бесіди може бути планування подальшої діяльності. Разом обговорюються можливі майбутні траєкторії розвитку особистості.

Конкретними прикладами є створення для учнів 5 класу тематичного портфоліо з української літератури «Світ фантазії і мудрості (загадки, прислів'я, приказки)» та тематичного портфоліо з української мови «Лексикологія. Фразеологія».

Портфоліо з української літератури «Світ фантазії і мудрості (загадки, прислів'я, приказки)» включає у себе наступні складові частини: кілька блоків загальних теоретичних відомостей з окремих розділів теми (стислі конспекти тем «Загадка як вид усної народної творчості», «Види загадок. Художні засоби в них (метафора)», «Леонід Глібов. Відомий український поет і байкар», «Життєствердний настрій віршів Леоніда Глібова. Акрівірші. Алгоричність вірша «Квіткове весілля»», «Прислів'я та приказки – малі форми усної народної творчості», «Народне уявлення про довколишній світ та його оцінка в прислів'ях та приказках. Краса і мудрість малих форм усної народної творчості», «Сучасні українські літературні казки» (урок позакласного читання); опорна схема до теми «Прислів'я та приказки»; сторінка для тих, хто хоче знати більше) та різноманітні творчі завдання для учнів різного ступеню складності «Майстерня творчості», «У вільну хвилину», «Пошукова діяльність». Виконання запропонованих завдань дозволило учням виявити нові здібності, спробувати свої сили у різних галузях творчої діяльності.

Портфоліо з української мови «Лексикологія. Фразеологія» включає у себе наступні складові частини: комбіноване завдання, що поєднує перевірку грамотності з паралельною побудовою зображення (вправний художник); сортування словосполучень за значенням (вправний редактор); складання усного твору-оповідання за поданим початком (вправний оповідач); складання оповідання з використанням певних слів та словосполучень (вправний письменник-початківець); завдання на підбір заданих груп слів (вправний дослідник-мовознавець); складання письмового твору-розповіді на основі власного досвіду в художньому стилі за поданим початком (вправний літератор-початківець); письмовий переказ тексту (вправний переповідач); пошук лексичного значення поданих фразеологізмів (вправний мовознавець-початківець); письмовий твір-опис предмета в науковому стилі (вправний експерт-початківець); підготовка відповіді на уроці української мови (за даним планом або таблицею) у науковому стилі (вправний доповідач); складання відгуку на доповідь товариша (вправний рецензент). Ці завдання досить різноманітні, мають різний ступінь складності та надають кожному учневі можливість продемонструвати свої найкращі якості та сильні сторони. Останнім завданням є тематична контрольна робота з вивченої теми.

Обов'язковою заключною частиною обох цих портфоліо стало складання школярами графіків «Мої успіхи з вивчення теми», які дуже вдало продемонстрували динаміку процесу зміни ефективності пізнавальної діяльності учнів протягом часу, відведеного на опанування навчальним матеріалом.

Отже, основна мета творчого портфоліо – допомогти кожному учневі (незалежно від початкового рівня сформованості знань, вмінь та навичок з даного предмету) усвідомити, на що він здатний вже зараз та які має подальші перспективи розвитку. Створення портфоліо – ефективний спосіб для того, щоб зібрати і систематизувати найкращі творчі роботи дитини. Діапазон рівня складності цих робіт може варіюватися від найпростіших до досить складних, які вже потребують наявності неабияких творчих здібностей у різних галузях знань. Учніське творче портфоліо фіксує рівень інтелектуального і мовленнєвого розвитку особистості на певному етапі та демонструє, яким чином цей рівень змінюється з часом. Виходячи з цих спостережень, можна більш успішно складати конкретні плани наступних етапів подальшого розвитку особистості учня.

Сучасному педагогу треба враховувати той факт, що переваги застосування портфоліо у навчальному процесі безперечні. Це дієвий, результативний засіб поглиблення та оформлення пізнавальних інтересів, розвитку інтелектуальних і рефлексивних здібностей учнів, уміння самостійно конструювати свої знання та орієнтуватися в інформаційному просторі, розвитку критичного мислення, комплексної перевірки рівня засвоєння навчального матеріалу, індивідуалізації навчання, формування мотивації досягнення поставлених цілей. Всі ці фактори у своїй сукупності і забезпечують створення такої необхідної під час навчання ситуації успіху.

Список використаних джерел:

1. Кабан Л. В. Формувальне оцінювання навчальних досягнень учнів у новій українській школі. URL: https://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=4471 (дата звернення 14.09.2019).
2. Морзе Н. В., Барна О. В., Вембер В. П. Формувальне оцінювання: від теорії до практики. *Інформатика та інформаційні технології в навчальних закладах*. 2013. № 6. С. 45–57.

3. Сак Т. Індивідуальне оцінювання навчальних досягнень учнів з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі : навчально-методичний посібник. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2011.

УДК 376

Ірина Тимошук,
психолог Центру ранньої соціальної реабілітації
комунального закладу вищої освіти «Хортицька
національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ПІСКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Дошкільний вік є першою сходинкою, на якій у свідомості дитини формуються певні поняття про життя та механізми функціонування соціальної системи. Особливої уваги у цьому контексті потребують діти з особливими освітніми потребами, які в силу певних обмежень відчувають певні труднощі у набутті соціального досвіду, що, в свою чергу, призводить до соціальної дезадаптації. Серед таких труднощів, за даними А. Г. Шевцова, Л. М. Шипіциної, А. Г. Обухівської, є слабка емоційна стійкість дітей, порушення їхнього самоконтролю у всіх видах діяльності, агресивність поведінки чи її провокуючий характер, труднощі пристосування до дитячого колективу, метушливість, часті зміни настрою, підвищена тривожність, відсутність правильного розуміння соціальної ролі і статусу, яскраво виражені труднощі в розрізненні найважливіших характеристик міжособистісних відносин [5] та, за даними О. Ф. Ахіпової, Р. Д. Бабенкової, Е. С. Калижнюк, І. І. Мастюкової, порушення комунікативної та емоційної сфер [3]. Всі ці ознаки є наслідком того, що у свідомості багатьох дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами оточуючий світ становить потенційну загрозу, а незнайомі люди (однолітки і дорослі) та нові предмети викликають відчуття небезпеки та підвищують загальний рівень ситуативної тривожності. Саме тому можна стверджувати, що першим етапом організації реабілітаційних заходів для такої групи дітей є створення умов для відчуття дитиною безпеки та довіри у найближчому її оточенні. Одним з найбільш ефективних методів створення таких умов, на наш погляд, є піскова терапія.

Організація занять із піскової психотерапії потребує, насамперед, розуміння та сприйняття дитячої гри як символічної мови для самовираження. Гру дітей можна оцінити більш повно, якщо визнати, що вона для них засіб комунікації. У грі дитина, яка має особливості фізичного, психічного та психологічного ґенезу може проявити більш адекватно власне ставлення до себе, до оточуючих, показати свій емоційний стан, страхи, структурувати власні думки тощо. Для дитини «відіграти» свій досвід і почуття – це природна динамічна діяльність.

Досвід застосування методу піскової психотерапії був описаний представниками юнгіанської школи психотерапії: Е. Вейнрібом, Д. Калффом, Е. Нойманом, К. Юнгом та іншими [1]. Протягом багатьох років теорія піскової психотерапії вибудовувалась та задіявалась переважно у психоаналітичному процесі [4]. Перший досвід К. Юнга з використання піскової терапії (*рос. – песочная терапия, англ. – sandplay therapy*) стосувався саме дітей із мовленнєвими, інтелектуальними, афективними та поведінковими порушеннями як невербальний вид терапії, метою якого є створення умов задля відчуття безпеки знаходження у певному середовищі. У дослідженнях Е. Вейнріб розкрито проблему активізації самозцілюючих резервів дитячої психіки, які виявляються за певних умов у процесі творчої гри з піском [2].

У загальному вигляді піскова терапія – це вид психотерапії, який являє собою невербальну форму психокорекції, де основний акцент робиться на проявах підсвідомого. Створення пісочної

композиції відображає зміст психічного життя дитини. Кожна пісочна картинка фіксує той чи інший психологічний аспект внутрішнього світу особистості. Таким чином, ми можемо в динаміці відслідкувати особистісні зміни й те, що дитина не завжди спроможна виразити засобами вербальної та невербальної комунікації.

Організація занять із піскової психотерапії потребує дотримання певних правил. Для піскової психотерапії застосовується виключно пісок та пісочниця за стандартами. Це є важливим аспектом, адже пісок виступає носієм сенсорних й емоційно-позитивних вражень, здійснює заспокійливий вплив, дає емоційну розрядку й одночасно допомагає стимулювати поведінкову активність та спонукає дитину до гри [1]. Рамки пісочниці також є символічними: вони ототожнюють символ батька й дозволяють виробити відчуття структурованості, чіткості, знання межі і границь. Блакитний колір пісочниці символізує небо – простір, легкість, свободу. Поряд з цим, пісочниця є контейнером, призначення якого вміщувати і утримувати всі негативні і позитивні переживання дитини [2]. Безпосередньо пісок являє собою материнський символ. В умовах піскової психотерапії гра допомагає отримувати особистісний досвід взаємодії зі світом у безпечних умовах на довербальному рівні, що дуже важливо для дитини з порушеннями комунікативної та емоційної сфер.

Організація реабілітаційних заходів засобами піскової психотерапії має свої переваги, які представлено нижче.

1. Можливість роботи з невербальною експресією через взаємодію із піском та водою. К. Юнг стверджував, що «гра у пісок» вивільняє заблоковану чи пригнічену психічну енергію, що дозволяє трансформувати і спрямувати її на розвиток особистості дитини [4].

2. Можливість спільної терапії батьків та дитини. Усвідомлюючи, що дитина має певні психофізичні особливості та відрізняється від більшості дітей, батьки не завжди спроможні на емоційно-чуттєвому рівні сприйняти свого малюка. Спільна гра дитини і батьків у пісочниці допомагає побачити і почути один одного з іншого боку та налаштує на позитивне прийняття.

3. Подолання психологічних травм, зумовлених негативним досвідом емоційних переживань через труднощі у спілкуванні.

4. Покращення емоційного фону дитини, зниження психоемоційної напруги та тривожності шляхом реалізації бажань у тривимірному просторі в безпечних умовах.

Заняття з піскової терапії відбуваються шляхом вибудовування дитиною пісочної композиції у пісочниці із застосуванням різноманітних іграшок, дрібних предметів, піску та води. Після закінчення заняття пісочна картинка розбирається, іграшки повертаються на місце, поверхня пісочниці розрівнюється. Саме багаторазове руйнування і відтворення світу пісочної композиції впливає на створення відчуття безпеки, довіри і зниження базової тривоги.

Наведемо один із багатьох прикладів ефективного використання терапевтичного простору пісочниці. Женья К. (7 років, дитячий церебральний параліч) усвідомлюючи, що він «не такий як інші діти», мав негативні емоційні переживання через те, що на нього звертають особливу увагу оточуючі, адже хлопчик пересувається на візку. Наслідком надмірної та не завжди «коректної» уваги стала відмова хлопчика від відвідування дитячих майданчиків, сумісних ігор з однолітками та замкнутість. Під час роботи у пісочниці дитина почала відтворювати ігрові сюжети, переносючи на них ситуації із власного життєвого досвіду. Безпечний терапевтичний простір дозволив знизити вплив травмуючого фактору на психіку дитини з кожним програванням та проживанням реальної травмуючої ситуації у пісочниці. Звернемо увагу на те, що пісочна гра виявилася для дитини символічною мовою самовираження. Маніпулюючи іграшками дитині вдалося у невербальній формі продемонструвати, як вона ставиться до себе, до оточуючих та до подій у своєму житті.

З огляду на вищезазначене очевидно, що однією з переваг піскової терапії є можливість організації вільної гри, в якій дитина здійснює цілу низку незалежних дій. Почуття і установки, які дитина іноді остерігається проявити відкрито, без страху проєктуються на обрану за власним розсудом іграшку. На основі цього принципу здійснюється взаємний перехід уявного в реальне і навпаки. Дитина не просто пропонує вихід із ситуації, а й реально розіграє її на піску з допомогою мініатюрних фігурок. Так вона переконується у правильності або хибності обраного шляху.

Список використаних джерел:

1. Газолишин В. Піскова психотерапія. Аналітичні корені. *Науково-популярний журнал «Псі: свідомо про несвідоме»*. Київ, 2007. № 1. С. 47 –54.
2. Логвінова І. Особливості налагодження невербальної взаємодії з аутичною дитиною методом піскової психотерапії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2009. № 13. С. 181–186.
3. Логвінова І. Роль раннього досвіду невербальної взаємодії у формуванні комунікативної діяльності дитини з аутизмом. *Журнал «Імідж сучасного педагога» : наук.-практ. освітньо-популярний часопис*. 2008. № 6 –7. С. 86–90.
4. Пахомова Н. Спеціальна психологія: навчальний посібник для студентів спеціальності 6.010105 – «Корекційна освіта». Полтава, 2015. 357 с.
5. Чабан О. С. Простір та час в позасвідомому або про деякі фізичні константи психотерапії. Навчальний посібник. Тернопіль, 2006. 140 с.

УДК 376.3

Маргарита Торцева,

вчитель-логопед дошкільного навчального
закладу (ясла-садок) комбінованого типу № 167
«Каштан» Запорізької міської ради,
м. Запоріжжя, Україна

**ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ ПРОЯВУ ТА КОРЕКЦІЇ
ДИЗАРТРИЧНИХ ПОРУШЕНЬ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ**

За останнє десятиріччя в Україні склалася така демографічна ситуація, задля якої є характерним зменшення кількості народжуваності дітей із нормотиповим розвитком. У більшості випадків на фоні органічного ураження центральної нервової системи (ЦНС) та у результаті впливу різних несприятливих факторів на мозок дитини у внутрішньоутробному та/чи ранньому періоді розвитку виникають такі порушення артикуляції та фонації, які утруднюють формування унормованого зв'язного мовлення. За таких умов виникають розлади артикуляції звуків, порушення голосоутворення, зміни темпу, ритму та інтонації мовлення або – дизартричні розлади.

Дизартрія (від грецьк. *dis* – частковий розлад, *arthroo* – розмежування) – порушення звуковимовного ладу мовлення, яке зумовлене недостатністю іннервації органів артикуляційного апарату [1]. При дизартрії облігатно (від італ. *obligato* – обов'язковий) спотворюється реалізація рухової програми мовлення внаслідок несформованості операцій зовнішнього оформлення висловлювань: артикуляційно-фонетичних і просодичних порушень, ступінь яких обумовлений характером і ступенем ураження ЦНС (О. Архіпова, Л. Мєлєхова, М. Палмер та ін.).

Дизартрія як тяжке мовленнєве порушення інтенсивно досліджується та висвітлюється у теоретичному та практичному аспектах у вітчизняній та світовій науковій літературі. Наукова розробка проблематики дизартрій у логопедії пов'язана з іменами провідних неврологів, психіатрів, психологів, педагогів, нейрофізіологів (О. Ф. Архіпова, Л. І. Беякова, О. М. Винарська, Н. М. Волоскова, Л. В. Лопатіна, І. І. Мамайчук, О. М. Мاستюкова, І. І. Панченко, Н. Г. Пахомова, В. В. Тарасун, М. К. Шеремет, Л. М. Шипіцина та ін.). В Україні на даний час проблема мовленнєвого розвитку дітей із дизартрією залишається однією із найбільш складних і недостатньо вирішених.

З позиції медичного (неврологічного) підходу вивчаються клінічні прояви дизартрії, які співвідносяться з рівнем органічного або функціонального ураження нервової системи, її периферичних або центральних відділів (слід зазначити, що перший науковий опис дизартрії дали саме неврологи: лікарі В. Літтль (1853), А. Куссмауль (1879)). Клінічний підхід досліджує причини дизартрії, топіку (місце), характер ураження певного відділу ЦНС, симптоматику, до якої відноситься характер зміни м'язового тону, рухів різних відділів мовленнєвого апарату тощо [1].

Вченими детально описано кілька класифікацій дизартрій. Загальноприйнятою є класифікація за локалізаційним принципом. За цією класифікацією розрізняють такі форми дизартрій: псевдобульбарну, екстрапірамідну, мозочкову, бульбарну та кіркову. Оскільки м'язи органів артикуляційного апарату приводяться в рух (іннервуються) черепно-мозковими нервами, то в цьому руховому процесі мають бути задіяні їхнього ядра, розміщені у довгастому мозку і пірамідно-над'ядерні шляхи, що з'єднують ядра з корою головного мозку (моторною ділянкою кори). Отже, задля виконання того чи іншого рухового акту потрібна збереженість усіх перелічених ділянок мозку. Одно- і двобічне ураження всіх відділів центральної нервової системи (моторної ділянки кори пірамідних шляхів, ядер черепно-мозкових нервів) призводить до парезів і паралічів миміко-артикуляційної мускулатури. Проте, в здійсненні мовленнєвих рухів надважливу роль відіграють й інші ділянки мозку. Зокрема, підкіркові ядра (екстрапірамідна система) регулюють тонус м'язів, мозочок – координує рухи. Отже, ураження цих ділянок також призводить до своєрідних парезів і паралічів мовленнєвого апарату.

Особливістю дизартричних порушень є їх патогенетична спільність із руховими розладами (Р. Бабенкова, М. Іпполітова, Е. Мастюкова та ін.). Це виявляється, насамперед, у характері порушень загальної і мовленнєвої моторики.

До особливостей моторики артикуляційного апарату дітей із дизартричними розладами мовлення належать шість видів порушень:

- обмеженість або недостатність довільних рухів органів мовлення;
- змінний (нестійкий) характер порушень м'язового тонусу в мовленнєвій мускулатурі;
- наявність гіперкінезів (примусових, насильницьких рухів);
- наявність і частота оральних синкінезів;
- порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату;
- вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи артикуляційного апарату.

Узагальнюючи все вищевикладене, зазначимо:

- порушення моторики, голосоутворення і дихання призводить до того, що мовлення дітей стає стертим, зі значними порушеннями звуковимови, з гугнявим відтінком, часом скандованим, малозрозумілим для оточення;
- дітям із дизартріями притаманні швидка мовленнєва втома, і, нерідко, надмірне слиновиділення (гіперсаливація);
- поштовх видихуваного повітря слабкий;
- діти швидко стомлюються, тому для вираження процесів артикуляції та фонації вони постійно мають докладати зусиль [2].

Отже, поліморфні порушення звуковимови є провідним порушенням мовлення при дизартрії. Інші компоненти мовлення: розуміння зверненого мовлення, словник, граматичний лад мовлення можуть бути або збереженими, або відставати у своєму формуванні.

Іноді дизартрія спостерігається на фоні значних рухових порушень, ступінь вираженості яких може бути різним. Так, у деяких дітей спостерігається маскоподібне, амімічне обличчя. Нерідко такі діти погано пережовують і ковтають їжу. Можуть траплятися паралічі або парези м'язів рук і ніг, а за їхньої відсутності – загальна моторна незграбність.

Однією із причин виникнення дизартрій є дитячий церебральний параліч (ДЦП). Проблематика реабілітації дітей з ДЦП є однією з найбільш актуальних проблем медицини і спеціальної педагогіки – як їх теорії, так і практики. Вирішення даної проблематики потребує залучення фахівців різних галузей медицини та освіти. У зв'язку з цим слід розширювати мережу спеціальних закладів, де проводять комплексне вивчення, лікування, розвиток, навчання і соціалізацію дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

Друга причина – це поліомієліт як епідемічне захворювання, що спричинює вибіркові ураження певних м'язових груп, первинно не порушуючи інтелект, мовлення і формування вищих кіркових функцій. Тому діти з наслідками поліомієліту успішно засвоюють програму загальноосвітніх навчальних закладів (як дошкільних так і шкільних).

Якщо кількість дітей, хворих на поліомієліт, різко скоротилася, то кількість дітей, хворих на ДЦП, зростає в геометричній прогресії. На відміну від поліомієліту, ДЦП – захворювання незрілого мозку, яке виникає в період внутрішньоутробного розвитку, в момент пологів і на першому році життя. За ДЦП,

насамперед, уражуються рухові зони кори головного мозку, спостерігаються затримки і порушення його розвитку в цілому. Саме тому у дітей із ДЦП є множинні порушення: рухові, інтелектуальні, мовленнєві, а також розлади інших вищих кіркових функцій.

Науковці, які займалися дослідженням проблематики дизартрій, визначили шляхи клініко-педагогічної реабілітації, рекомендували комплексний підхід щодо корекційних заходів. Цей комплексний підхід щодо усунення дизартрії включає в себе три блоки.

Перший блок – медичний, який визначає невролог. Призначаються медикаментозні засоби корекції, ЛФК, фізіотерапія, масаж тощо.

Другий блок – психолого-педагогічний. Основний напрямок корекційно-розвиткової роботи – це розвиток сенсорних функцій (слухового гнозису і сприймання, зорового гнозису і сприймання). Крім цього, психолого-педагогічний блок включає вправи на розвиток і корекцію просторових уявлень, графічних навичок, конструктивного праксису, мислення, пам'яті тощо.

Третій блок – логопедична корекція, яка переважно проводиться у формі індивідуальних корекційно-розвиткових занять.

Заходи з логопедичної корекції передбачають логопедичний супровід сім'ї дитини з мовленнєвими порушеннями (у нашому випадку – з дизартрією). Основними складовими логопедичного супроводу сім'ї нами визначено наступні: інформування, консультування та логопедична корекція. У межах сімейно-центрованого підходу найбільш важливою складовою логопедичного супроводу є узгоджена робота логопеда та сім'ї дитини, починаючи з раннього віку.

Забезпечення надання відповідної ролі батькам у процесі нормалізації перебігу розвитку мовлення дитини з дизартрією за умови постійної взаємодії логопеда і родини реалізує сучасний сімейно-центрований підхід у практиці логопедичної роботи. Здійснення логопедичної роботи в межах тріади «дитина-логопед-сім'я» з раннього віку в організованому логоінформаційному просторі забезпечує підвищення ступеня обізнаності, підвищення мотиваційної потреби батьків у контролі мовленнєвого розвитку дитини та свідомого пошуку логопедичної допомоги у випадках наявності порушення мовлення, а також підвищення ефективності логопедичної допомоги.

Список використаних джерел:

1. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія. Київ, 2010. 293 с.
2. Шеремет М., Тарасун В., Конопляста С. Логопедія. Підручник, третє видання, перероблене та доповнене. Київ, 2014. 672 с.

УДК 376

Zenija Truskovska

Researcher at REGI of Rezekne Academy of Technologies
Latvia

Tatjana Iljina

Social worker at Rezekne Elementary Boarding School –
Development Center
Latvia

FROM THE EXPERIENCE OF WORKING WITH CHILDREN WITH IMPAIRED MUSCULOSKELETAL SYSTEM FUNCTIONS IN MULTISENSORY EDUCATIONAL ENVIRONMENT OF SCHOOL - DEVELOPMENT CENTER

High-quality and inclusive education for personal development, human well-being and sustainable national growth, as well as raise of educational achievements are identified as key tasks in the following Latvia's documents of the state level: Education Development Guidelines for 2014-2020 (2013) and the Latvian National Development Plan for 2014-2020 (Latvijas NAP 2014 -2020, 2012). Particular emphasis is placed on the role of teachers in the successful implementation of the tasks. These nationally important tasks

are also very closely linked to the education of pupils with special needs (mental development disorders, musculoskeletal disorders, etc.), contributing to their development, growth and socialization (Skola 2030, 2017, Prudņikova, 2018).

It is emphasized in the scientific literature that one of the highlights of today's educational process is a qualitative, meaningful, socializing and sustainable process of educating pupils with special needs, which is being implemented in special or general education institutions that integrate/include pupils with special needs (Rozenfelde, 2016, 2018). One of the most important factors influencing the achievements of a learner in the educational institution is the school environment and the teachers' professional competence and quality of work. The educational process with regard to pupils with special educational needs should be understood as the theoretical and practical approaches, methods, working practices, work system of a teacher and a pupil, leading a pupil with special needs to learn, obtain skills, knowledge, competences, i.e. acquire the school subjects (Freimanis, 2007: 126, Rozenfelde, 2018:139). Pedagogical research shows that pupils' learning achievement, growth and enjoyment do not depend so much on the type of school in which they study, but on the supportive learning environment created (Lebeer, 2015).

Objective of research: to share experiences on the impact of school's multisensory space as a specifically organized and adapted learning environment on the development and growth of children with special needs.

Research methodology: research of scientific literature, documents of national importance, and other literature and sources, analysis and empirical research based on its results carried out using the following research methods - focus group discussion, description of an individual case, content analysis, mathematical processing of data and comparative analysis (Geske, Grīnfelds, 2006; Kroplis, Raševska, 2004).

The concept of a multisensory environment was developed in the 1970s and 1980s in the Netherlands (Verheul & Hulsege, 1987) as a leisure activity in the centre for people with profound perception and other disorders under the supervision of rehabilitators and social workers, with the aim of providing clients with new positive experiences and enable the development of their senses, touch, smell, eyesight and hearing. In the 1980s, sensory rooms were widespread in the UK.

In Latvia today, the concept of a sensory (multisensory) room is explained as follows: 1) it is a special environment where multi-sensory stimulation is used as an educational tool or recreational activity for persons with special needs, including severe combined disorders, to improve brain function and enrich their lives; 2) it is intended to promote intellectual activity and relaxation; 3) the environment in the sensory space is intended for active or passive interaction, and to stimulate perceptual motivation, interest, rest, and relaxation at the same time; 4) a specific educational environment for teachers (<http://www.sparesskola.lv/audzinanasanadarbs/sensora-istaba/>).

Sensory room environment can be used for a variety of purposes: to provide a calming and relaxing effect, as well as to achieve a toning, stimulating and developing effect. The rooms have soft flooring, pouffes and pillows, a dry pool. They are equipped with lighting devices, safe mirrors, which produce scattering light; hanging moving structures (mirror ball, dry rain); special sensory paths for the feet. The lighting installed in the room has an optical effect and sound accompaniment (<http://www.maksima-edu.lv/index.php/lv/psi-atbalsts>).

The following sensory stimuli are used in the sensory room: 1) light and colour therapy and its elements - acting on the eyesight; 2) sound and music therapy and its elements - acting on hearing; 3) aromatherapy and its elements - effect on the sense of smell; 4) stimulation of tactile senses - acts on the skin receptors. Stimulators can be combined and assembled depending on the tasks set (Поль сенсорной комнаты, 2018).

According to Latvia's legislation and depending on the goals set, their implementation in the sensory room is performed by one professional or team of professionals - educator, social worker or rehabilitator, therapist, occupational therapist, psychologist or psychotherapist, etc. in cooperation with a client/learner.

Research results. The sample of research consists of 29 respondents - IP21015911 and IP21015921 learners of Rezekne Elementary Boarding School - Development Center, who have the opportunity to work with teachers, social worker, psychologist in the school sensory rooms during the lessons and free time that were created within the framework of the project in 2017-2019, according to the specifics of the school-center and learners. A study conducted in the first half of the study year 2019 produced convincing results on the effectiveness of sensory rooms in fostering learning and general development.

Here is an insight into one of the 29 individual case descriptions of learners. The following methods have been used in the development of the individual case description: examination of learner's documents, interview with professionals, interview with parents, observation of learners, professional's reflection, and self-evaluation (detailed information on research results will be available on the school-development center's web page at the end of 2019, <http://www.riac.lv>).

Description of the individual case of the learner N. (mainly related to the activities in the sensory room): 11 years, boy; epileptic syndrome; moderate mental development disorders; imbalance. *Necessary support, aim:* rehabilitation and relaxation activities in the sensory room for the boy to promote general development, correction of impaired functions and spheres (in consultation with a doctor) using the following methods and their elements - light and colour therapy, sound and music therapy, stimulation of tactile senses; individual work; three lessons a week for 10 to 30 minutes are recommended (the length of the lesson may vary depending on the child's state of health); for the mother - relaxation (short rest) in the relaxation room and support of a school psychologist; professionals – teacher, social worker, psychologist. *Results, dynamics of change:* 1) *According to the observations of parents and discussions with professionals* – The conversation shows that the mother likes to visit the sensory room together with the child. The learner often sleeps badly at night, so they do not get to attend school regularly. The mother is very positive about even small developmental dynamics of the child and cooperates willingly. From the moment the child started attending lessons in the sensory room, he became more joyful and positive. The mother appreciates the opportunity to rest and relax in the sensory rooms, consult with professionals, a psychologist, and take part in other activities with the child.

2) *According to the social worker's evaluation (observation, interview with the learner and weekly meetings of professionals)* – In the second half of the year 2018/2019, the learner visits the sensory room on the regular basis. Due to the serious medical condition of the child, the presence of the mother is required within 24 hx7d (seizures may occur). The sensory rooms are visited with the mother. Only individual form of work is used. The learner is non-verbal, communication is non-verbal. A peaceful, relaxing atmosphere is created. At the beginning of the lessons, the learner gets to know each device together with his mother. Further activities are planned by observing the child's reaction. Lessons are organized in a soft and safe environment. The learner sits on a soft floor to stabilize the balance by leaning against soft blocks. A ball pool is used in lessons. Initially, the learner learns to sit and sleep in the pool, to sit in a comfortable individual posture that matches the tone of the spine. Relaxation of muscle tone is promoted. In the following lessons, the tasks are more complicated such as picking and dropping balls with each hand. The visual and sound environment has a very good effect on relaxation (the use of pouffes, pillows, pouffes help to get the necessary body shape and train to maintain balance). The learner likes to use a relaxation chair, a blanket; he calms down and sometimes falls asleep. Air - bubble water columns with illumination and coloured light hair are used for relaxation. Due to the increased psycho-emotional load of the mother, psychologist's consultations, including rest in the relaxation room, are offered in parallel with the lessons with the child. *Opinion – positive dynamics can be observed in the learner's psycho-emotional state and general development.*

Conclusions:

1) in all the individual cases described, there are positive dynamics of different intensity in the learner's psycho-emotional state and general development (decrease of excitement and anxiety level, decrease of hyperactivity, a child starts to show/shows/expresses positive emotions; coordination of movements and fine motor skills improve, muscle tone decreases; children are keen on visiting sensory rooms, show interest in lessons, learn and work with professionals; the professional promotes the child's independence (where possible) by motivating the child to work independently in individual classes; communication between the child and peers during group activities improves, etc.),

2) cooperation between the teacher and other professionals (teamwork) and the learner in the school's multisensory rooms as a specifically organized and adapted learning environment has an effective and positive impact on the development and growth of children with special needs,

3) the promotion of experience, research and results should be promoted in own country, in transnational projects, in professional forums, etc., thus contributing to the provision of a modern learning environment for children with special needs, including the ones with musculoskeletal disorders.

Literature:

1. Freimanis, I. (2007). *Ieskats speciālās skolas darbā*. Rīga: RAKA.
2. Geske, A., Grīnfelds, A. (2006) *Izglītības pētniecība*. LU Akadēmiskais apgāds.
3. Hulsege, J. & Verheul, A. (1987). *Snoezelen : another world : a practical book of sensory experience environments for the mentally handicapped*. Chesterfield : Rompa.
4. Kropļijs, A., Raščevska, M. (2004). *Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs*. RaKa.
5. Lebeer, Jo. (2015). *Mācīšanās kā mācīties iekļaujošā vidē*. Jēkabpils: Izglītības iniciatīvu centrs.
6. Messbauer, L.(2010-2019). *Multi-SensoryEnvironments, Sense-Zational Environments*. Retrieved from <http://www.lmessbauer.com/page/5/>
7. Prudņikova, I. (2018). Provision of the Development of the Professional Competence of Teachers in Inclusive Education. *SOCIETY. INTEGRATION. EDUCATION*. Proceedings of the International Scientific Conference. Volume III, May 25th-26th, 127–136.
8. *Rezekne Elementary Boarding School - Development Center*. (2019). Retrieved from <http://www.riac.lv>
9. Rozenfelde, M. (2016). *Skolēnu ar speciālajām vajadzībām iekļaušanas vispārējās izglītības iestādēs atbalsta sistēma*. Promocijas darbs.
10. Rozenfelde, M. (2018). Topical Teachers' Work Techniques in Education Process of Pupils with Mental Disorders. *SOCIETY. INTEGRATION. EDUCATION*. Proceedings of the International Scientific Conference. Volume III, May 25th-26th, 137–146.
11. Skola 2030 (2017). *Izglītība mūsdienīgai lietpratībai: mācību satura un pieejas apraksts*. Retrieved from <http://www.skola2030.lv/>
12. Роль сенсорной комнаты для детей с ограниченными возможностями в условиях инклюзивного образования (2018). Retrieved from <https://nsportal.ru/vuz/psikhologicheskie-nauki/library/2018/02/19/rol-sensornoy-komnaty-dlya-detey-s-ogranichennymi>

УДК 159.922.761

Анастасія Турубарова,

кандидат психологічних наук, доцент,
м. Запоріжжя, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

На сьогодні гостро стоїть питання комплексної психологічної допомоги дітям із порушенням функцій опорно-рухового апарату. Брак чітко розроблених диференційованих методів і форм психологічної допомоги, неадекватний підбір психотехнічних прийомів можуть негативно вплинути на подальший психічний розвиток дитини. Багаторічний досвід учених свідчить, що правильно підібрані методи психологічної допомоги з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей дітей з особливими освітніми потребами позитивно впливають на динаміку їхнього розумового й особистісного розвитку.

Дослідники (В. Козьявкін, О. Романенко, О. Чеботарьова, А. Шевцов та ін.) розглядають психологічну допомогу дітям із порушенням функцій опорно-рухового апарату як складну комплексну систему. Так, наприклад, А. Шевцов зазначає, що полісиндромність порушень психофізичного розвитку дітей зумовлює багатоаспектність корекційно-реабілітаційного впливу на фізичне, психічне та соціальне здоров'я дитини, її особистісний розвиток [2].

Серед різноманітних порушень функцій опорно-рухового апарату найпоширенішим є дитячий церебральний параліч. Більшості дітям цієї категорії властива нерівномірність сформованих пізнавальних функцій, дисгармонійність інтелектуального розвитку.

Як зазначають А. Шевцов, Г. Хворова, у дітей із ДЦП можуть бути ушкоджені різні «лінії розвитку»: руховий, психічний, мовленнєвий, соціальний розвиток. При цьому кожна з цих ліній

складається з багатьох «ліній другого порядку». Наприклад, порушення мовленнєвого розвитку в дітей із ДЦП доцільно розділяти на мовленнєво-рухові та на суто мовленнєві. Тому за своїм розвитком та психолого-педагогічним прогнозом діти з ДЦП складають украй неоднорідну групу, що є цілком зрозумілим, якщо взяти до уваги, що ДЦП – це група клінічних синдромів, загальними для яких є порушення рухових функцій, які первинно не обумовлені інтелектуальними функціями. При цьому спостерігаються багатоваріантні, різнорівневі специфічні поєднання порушень різних функціональних систем [3, с. 282].

У процесі психологічної корекції порушень розвитку дітей із церебральним паралічем необхідно враховувати структуру порушень розвитку дитини, характер поєднання в картині її стану таких чинників, як: соціальна ситуація розвитку, виразність обумовлених захворюванням змін особистості, ступінь рухового обмеження.

Психокорекційна робота з дітьми з порушенням функцій опорно-рухового апарату повинна будуватися з урахуванням основних принципів спеціальної психології:

- принцип раннього втручання (раннє виявлення порушень є умовою ранньої допомоги, що в свою чергу, дозволить попередити появу вторинних ускладнень);
- принцип комплексності (комплексність психокорекційної роботи, що полягає у стимуляції та корекції всіх сторін психіки);
- принцип діяльності (проведення психокорекційної роботи з урахуванням провідної діяльності дитини);
- принцип індивідуального підходу (урахування у психокорекційній роботі індивідуально-психологічних та особистісних особливостей дитини);
- принцип системності розвитку психічної діяльності (в силу системності будови психіки, свідомості й діяльності особистості усі аспекти її розвитку взаємозалежні й взаємозумовлені);
- принцип тісної взаємодії з найближчим соціальним оточенням (активне залучення батьків та соціального оточення до участі у психокорекційній роботі).

У психокорекційній роботі з дітьми з порушенням опорно-рухового апарату можна виділити два основні напрямки. По-перше, повернення до ранніх онтогенетичних етапів розвитку пізнавальних процесів і особистості та активізація цих процесів. По-друге, орієнтація на рівень найближчого розвитку дитини. Так, при формуванні зорово-просторових функцій у дітей із церебральним паралічем застосовується навчання дітей предметно-практичним маніпуляціям, формуванню у них орієнтовної основи дії. Для розвитку комунікативних навичок та емоційно-вольової сфери використовуються різноманітні ігри на взаємодію та розслаблюючі техніки, спрямовані на базальні рівні емоційної регуляції. Інший напрямок – це стимуляція розвитку особистісної сфери дітей, яке включає в себе розвиток їхньої самооцінки, самоповаги, адекватного ставлення до свого порушення.

Ми погоджуємося з думкою О. Чеботарьової про те, що до основних напрямів корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми із церебральним паралічем належать:

- розвиток та корекція рухової сфери;
- розвиток сенсорних функцій;
- розширення уявлень про навколишній світ;
- розвиток пізнавальної діяльності;
- корекція мовленнєвого розвитку;
- психокорекція особистісного розвитку [1].

Психологічна корекція психічних процесів у дітей даної категорії є одним із важливих напрямів роботи психолога, адже у дітей спостерігається уповільнення розвитку всіх пізнавальних процесів, зокрема сенсорно-перцептивних, що проявляється в недорозвиненні константності і предметності сприйняття, в уповільненому темпі впізнавання предметів, в труднощах узагальнення сенсорних сигналів.

Як зазначає О. Чеботарьова, у розвитку пізнавальної діяльності важливе значення мають предметні дії, у процесі здійснення яких увага дитини спрямовується на істотні ознаки предметів. Повторення програмного матеріалу варто проводити окремими частинами, вводячи ігрові моменти та різноманітні стимули (дидактичні ігри, змагальні умови виконання завдань тощо) для підтримки позитивної мотивації. Під час дидактичних ігор діти систематизують і закріплюють свої знання про різні

ознаки предметів, встановлюють взаємозв'язки між ними, просторові, часові та інші співвідношення, тим самим опановуючи загальні поняття, збагачуючи словниковий запас [1].

Одними із завдань психологічної корекції пізнавальної сфери дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату є: формування перцептивних операцій; розвиток константності, предметності і узагальненості сприйняття, швидкості сприйняття об'єктів; збільшення обсягу пам'яті в зоровій, слуховій і дотиковій модальності; розвиток прийомів асоціативного і опосередкованого запам'ятовування предметів; формування предметно-практичних навичок, наочно-образного мислення тощо.

Завданнями психологічної корекції емоційної сфери у дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату є полегшення емоційного дискомфорту, подолання апатійних станів, усунення вторинних особистісних реакцій, обумовлених емоційними порушеннями, такими як: агресивність, тривога, підозрілість тощо.

Для корекції емоційного стану дитини доцільно застосовувати продуктивні методи корекції, визнані сучасною психологією: психогімнастику, сюжетно-рольові ігри, гру-драматизацію, неструктуровані ігри, арт-терапію, рухливі ігри тощо. Вказані методи дають змогу запобігти емоційному дискомфорту, створити позитивну мотивацію, підтримати активність і самостійність дитини, формувати вміння довільно спрямовувати увагу на власні емоційні відчуття, наслідувати вираження емоцій за зразком, розуміти емоційні стани інших людей, саморегулювати власну поведінку [1].

Таким чином, при побудові психокорекційної роботи з дітьми з порушенням функцій опорно-рухового апарату доцільним є врахування структури порушень розвитку дитини, її соціальної ситуації розвитку, основних принципів спеціальної психології. Також психокорекційна робота проводиться у двох напрямках. По-перше, повернення до ранніх онтогенетичних етапів розвитку пізнавальних процесів і особистості та активізація цих процесів. По-друге, орієнтація на рівень найближчого розвитку дитини.

Список використаних джерел:

1. Чеботарьова О. Особливості корекційно-реабілітаційної роботи з учнями із порушеннями опорно-рухового апарату. *Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання*, № 3, 2013. С. 16–20.
2. Шевцов А. Г. Ортопедagogіка як нова спеціалізація підготовки фахівців з корекційної освіти : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. 2011. Вип. 17 (1). С. 186–193.
3. Шевцов А. Г., Хворова Г. М. Сучасні міждисциплінарні підходи до етапної комплексної реабілітації дітей із церебральним паралічем. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2013. Вип. 23. С. 281–285.

УДК 376.02

Ольга Андріянова,
вихователь Центру ранньої соціальної реабілітації
комунального закладу вищої освіти «Хортицька
національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ПЕДАГОГІЧНИХ ЗАНЯТЬ З ДІТЬМИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З МЕНТАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ В УМОВАХ ЦЕНТРУ РАНньої СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Активне входження України в євроінтеграційний простір, зорієнтованість на міждисциплінарний дискурс при вирішенні проблем дітей із ментальними порушеннями розвитку зумовило перегляд усталених підходів та положень щодо забезпечення їх освіти та соціальної інтеграції. Зміна сегрегативних і дискримінаційних стратегій ставлення до дітей даної нозологічної групи на стратегії соціального діалогу й інтеграції визначила перед сучасною корекційною педагогікою та психологією важливе для її теорії та

практики завдання – організація оптимального навчально-виховного середовища для дітей із ментальними порушеннями як запоруки успішної реабілітації, соціалізації та подальшої інтеграції у суспільне життя. У цьому контексті розроблення і модифікація технологій розвитку та технологій соціальної інтеграції дітей із ментальними порушеннями розвитку з урахуванням динаміки їхніх вікових змін – це відповідь на актуальний запит практики освіти та соціальної інтеграції даної категорії дітей.

Під ментальними порушеннями розуміють порушення розвитку, що носять незворотній характер, визначаються дисгармонійністю (здебільшого не визначеної етіології), генетичною схильністю чи ускладненнями внаслідок травматизації, регресією, супроводжуються супутніми порушеннями особистості, поведінки, діяльності та соціальної інтеграції. Ментальні порушення розвитку – це категорія, що охоплює широкий спектр порушень розвитку: гіперактивність, аутизм, затримка психічного розвитку, межові незворотні порушення психічного розвитку, незворотні порушення розумового розвитку (внаслідок травматичних чи шкідливих факторів), розумова відсталість та інше. Загальним для ментальних порушень є неспецифічне функціонування психічної діяльності та/або її порушення (йдеться про особливості функціонування психічних функцій – сприймання, уваги, уяви, пам'яті, волі та, як наслідок, мислення та мовлення).

Основним психолого-педагогічним аспектом корекційно-розвиткової роботи з дітьми, які мають ментальні порушення розвитку, є забезпечення умов для формування вищих форм психічної діяльності у відповідності до закономірностей розвитку. У цьому контексті корекційно-педагогічна робота повинна будуватися як цілісна свідома діяльність дитини, що органічно вписується в систему її повсякденної життєдіяльності і систему її соціальних стосунків.

Адаптація дитини з ментальними порушеннями розвитку до дитячого садочка або реабілітаційного центру є важливим і досить складним періодом, який необхідно виділяти і планувати заздалегідь. Нами визначено наступні завдання підготовчого (адаптаційного) етапу: вивчення медичної та психолого-педагогічної документації, рекомендацій установи, що направляє дитину з ментальними порушеннями розвитку; знайомство із сім'єю, проведення анкетування і бесіди з метою отримання початкового уявлення про соціальну ситуацію, про особливості психофізичного розвитку дитини, про форми і обсяги наданої їй допомоги тощо; цілеспрямоване спостереження, встановлення первинного контакту з дитиною; психолого-педагогічне обстеження дитини з метою визначення актуального рівня її психофізичного розвитку.

Також, важливим є створення комфортного середовища для адаптації дитини у новій ситуації, для опрацювання певних операцій, навичок, а також для формування у неї арсеналу засобів взаємодії зі світом. Створення такого середовища вирішує питання підготовки дитини до навчального процесу.

Методологічною основою системи психокорекційної роботи з дітьми дошкільного віку, які мають ментальні порушення розвитку, має стати гуманітарна парадигма Ш. О. Амонашвілі, Я. А. Коменського, В. А. Сухомлинського, К. Г. Ушинського та ін., якій притаманне:

- особливе ставлення до особистості в контексті її унікальності, цілісності та неоднозначності проявів;
- гнучкість та індивідуальне планування навчального процесу;
- особливі вимоги до педагога, який планує та здійснює корекційний процес;
- створення найсприятливішого для навчання і розвитку дитини середовища, а саме – соціальної ситуації розвитку (за Л. С. Виготським).

За новітньою парадигмою навчання і виховання дітей із ментальними порушеннями визначено головні концептуальні підходи до побудови корекційно-розвиткового та навчального процесів, а саме:

- спрямованість на цілісний розвиток (головні орієнтири розвитку: психомоторний, соціальний та загальний інтелект);
- становлення соціальних якостей як пріоритетний напрям розвитку, що має стати провідним в усіх видах корекційно-розвиткової роботи з дітьми даної нозологічної групи;
- організація корекційно-розвиткових та навчальних занять в умовах мікрогрупи, за умови, що кожній дитині допомагає кваліфікований асистент (тьютор);
- оцінювання ефективності освітнього процесу за показниками індивідуального розвитку дитини (індивідуальна корекційно-розвиткова програма);
- послідовна робота з родиною як системою.

Проведення педагогічних занять із дітьми, що мають ментальні порушення розвитку, передбачає реалізацію певних вимог до організації і змісту роботи та наявність асистента, який забезпечує здійснення індивідуального підходу та супроводу кожної дитини під час проведення заняття.

Педагоги Центру ранньої соціальної реабілітації КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» ЗОР мають багаторічний досвід організації та проведення занять із дітьми дошкільного віку з ментальними порушеннями розвитку, описаний у чисельних практикоорієнтованих та методичних напрацюваннях. Організацію та проведення занять із даною категорією дітей ми розглянемо на прикладі групового педагогічного заняття «Віночок спілкування», спрямованого на ознайомлення з навколишнім світом, формування та розвиток комунікативних та соціальних навичок, розвиток інтересу до інших дітей та бажання співпрацювати.

Заняття проходять у мікрогрупі (чисельністю до 5 дітей). У складі групи діти з ментальними порушеннями розвитку віком від 3 до 5 років. Діти, які знаходяться на занятті, з допомогою педагога та асистента (зазвичай на занятті присутні від одного до двох асистентів, що забезпечує здійснення індивідуального підходу до кожної дитини), включаються у спільну діяльність. Під час проведення «Віночка спілкування» пропонуються різноманітні види та форми діяльності, використовується наочність, роздаткові матеріали, великий вибір дидактичних іграшок.

Художнє забарвлення заняття надає широке використання музичних пауз: пісні, забавлянки, пальчикові гімнастики під музичний супровід, фізхвилинки та рухливі ігри. Комплексне педагогічне заняття «Віночок спілкування» проходить за лексичними темами, що відповідає тематичному плануванню всіх педагогів Центру. Відповідно до лексичних тем розроблено плани-конспекти педагогічних занять. Заняття мають наступну структуру.

I. Організаційна частина. Підготовка до заняття. Ритуал підготовки до початку заняття (прибирання іграшок, підготовка робочого місця) здійснюється дітьми при організаційній допомозі педагога та асистентів.

II. Вступ. Музичний ритуал початку заняття – привітальна пісня. У вступній частині використовуються сюрпризні моменти, цікаві емоційно забарвлені вправи, які сприяють інтересу дітей до заняття. Стихло повідомляється про те, чим діти займатимуться на занятті з метою налаштування дітей на певні види діяльності.

III. Основна частина. Розкривається тема заняття. Для цього використовуються різні форми і види діяльності. З метою попередження психічного та емоційного перенавантаження та покращення працездатності дітей на занятті, педагогами чергуються різні форми активності, при цьому, більш складні завдання пропонуються до виконання на початку заняття (після вступного ігрового завдання). Між двома-трьома ігровими пізнавальними завданнями дітям пропонується просте завдання або рухлива вправа. Вибір його визначається індивідуально: для активної дитини, якій важко всидіти за столом, пропонується завдання на підлозі; для пасивної дитини, яка втомлюється від необхідності виконувати завдання за інструкцією і відповідати на питання педагога, невербальне завдання тощо.

Під час складання основної частини плану-конспекту заняття педагог зазначає не лише ті вправи, які він планує до виконання всіма дітьми, але й додатково обирає декілька резервних вправ, які він може запропонувати до виконання «немовленнєвим» дітям, або дітям з нижчим, ніж основна група дітей, рівнем розвитку.

IV. Заключна частина. Відбувається закріплення отриманих знань, підводиться підсумок заняття. Проводиться ритуал закінчення заняття, який допомагає дітям зорієнтуватися у зміні видів діяльності.

Таким чином, структуроване, заздалегідь продумане педагогічне заняття та варіативність виконання завдань забезпечує міцність і глибину знань, умінь та сприяє ефективній організації оптимального навчально-виховного середовища для дітей з ментальними порушеннями розвитку.

Список використаних джерел:

1. Богуш А. М. Базовий компонент дошкільної освіти. Київ, 2012. 26 с.
2. Кононенко О. Л. Програма розвитку та виховання дитини раннього віку «Зернятко». Київ, 2004. 192 с.
3. Плохій О. Л. Малятко : Програма виховання дітей дошкільного віку. Київ, 1991. 199 с.

4. Програма розвитку дітей старшого дошкільного віку «Впевнений старт» : Міністерство освіти і науки України. Київ, 2010.

5. Сташук О. О. Соціально-педагогічні аспекти організації ранньої соціальної реабілітації в зарубіжних країнах. *Збірник наукових праць [Херсонського державного університету]. Педагогічні науки.* 2017. №. 79 (1). С. 216-224.

УДК 37

Дар'я Бараненкова,
олігофренопедагог, м. Запоріжжя, Україна

СУЧАСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У КОРЕКЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ, ЩО МАЮТЬ ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

Дитячий церебральний параліч визначається В. Козьявкіним як порушення, що проявляються, в першу чергу, у порушеннях рухів, рівноваги та положення тіла. ДЦП сильно обмежує дитину, не тільки уражаючи рухову систему, а і викликаючи порушення мовлення та інтелекту, не даючи їй ні розвиватись, ні влитись у соціум [1]. Це складне порушення моторики, що негативно впливає на якість життя дитини загалом, тому важливо створювати та використовувати сучасні реабілітаційні технології у роботі з ними.

Корекційні психолого-педагогічні аспекти реабілітації вивчалися такими науковцями як: Л. Виготський, Є. Соботович, І. Соколянський. Сучасними вченнями та розробками реабілітаційних технологій займаються В. Синьов, В. Тарасун, Л. Шипіцина, Л. Фомічова, О. Хохліна, М. Шеремет, М. Ярмаченко та ін. [4].

Початок комплексної реабілітації із застосуванням корекційно- педагогічних технологій сприяє реалізації рухового потенціалу дитини із ДЦП за рахунок використання резервів нейронотальної пластичності мозку і формування функціонально-правильних рухів [2].

При ДЦП важливим є розвиток скоординованої системи міжаналізаторних зв'язків, опора на усі аналізатори з обов'язковим включенням рухово-кінестетичного аналізатора. Бажано спиратися одночасно на кілька аналізаторів (зоровий і тактильний, тактильний і слуховий).

В останні роки створено великий арсенал сучасних технічних засобів реабілітації, основною метою яких є компенсація порушених або втрачених функцій, забезпечення відносної незалежності від оточуючих, істотне підвищення якості життя.

Під час обрання реабілітаційної роботи з дітьми із ДЦП важливо врахувати етіологію, стадії, тяжкість розвитку порушення, топографію рухових порушень. У залежності від цих факторів, спеціалісти можуть використовувати такі методи: медичні (спеціальні пневмокомбінезони «Атлант» і «Фаетон», лікувальні методики «Аделі», іпотерапія), педагогічні (EYE TRACKING, сенсорна кімната, ігротерапія, казкотерапія, арттерапія, кабінет соціально-побутової адаптації, екотерапія – сенсорний сад «Екосвіт»).

Одним із ефективних рішень для відновлення рухових функцій дитини із ДЦП є спеціальні пневмокомбінезони «Атлант» і «Фаетон». Це реабілітаційні костюми, які виконують функцію нейроортопедичних тренажерів, впливаючи на стан опорно-рухової системи дитини. Костюми можуть використовуватися як один з елементів комплексної відновної програми або як самостійний інструмент реабілітації.

Лікувальні методики «Аделі» націлені на вплив на уражені рухові центри головного мозку з метою відновлення його порушених функцій, руйнування сформованих патологічних стереотипів руху і їх заміни нормалізованими рефлекторними зв'язками.

EYE TRACKING – засіб альтернативної комунікації. Технологія управління комп'ютером за допомогою погляду замість використання традиційної клавіатури або миші. Для розвитку навичок управління комп'ютером за допомогою погляду існує спеціальна методика навчання, яка служить інструментом для розвитку процесу комунікації й адаптації дитини до нового пристрою. Пристрій eye tracking працює в результаті наведення і затримання погляду на певних точках на екрані монітора, що позначають ключові слова. В результаті, дитина може повідомити про своє бажання. Оволодівши цією технологією, дитина із ДЦП може написати повідомлення, використовуючи тільки очі, а потім за допомогою комп'ютера вимовляти ці повідомлення. Це дає можливість дитині спілкуватися і навчатися нарівні з усіма.

Сенсорна кімната – це спеціально обладнане приміщення, яке призначене для впливу на всі органи чуття і досягнення за допомогою неї різних цілей: розслаблення, активації, розвитку органів сприйняття та ін. В даній кімнаті встановлюються спеціальні пристрої, які допомагають активізувати центральну нервову систему дитини, що має ДЦП. Основні діючі елементи кімнати: приймна колірна гама інтер'єру; зручні м'які меблі (дають можливість тілу прийняти найбільш комфортне і природне положення); візуальне обладнання, аудіо обладнання, ароматичні засоби, тактильне обладнання.

Порушення психомовленнєвого розвитку дитини, що має ДЦП, у значній мірі обумовлені відсутністю або дефіцитом діяльності дитини. Тому при корекційно-педагогічних заходах стимулюється ведучий для даного віку вид діяльності – ігрова діяльність. У грі дитина висловлює свої емоції, тому такий метод як ігротерапія є ефективним, як допомога при корекції поведінки та як засіб поліпшення емоційного стану дитини. Цей метод використовується для відпрацювання у дітей навичок самообслуговування, соціально-побутового орієнтування, навичок дрібної моторики, мовних навичок. Ця технологія унікальна ще й тим, що в ігрову діяльність цілеспрямовано включаються батьки, а потім, навчившись різним ігровим прийомам під час занять, застосовують їх вдома, граючи зі своєю дитиною. Це забезпечує безперервність реабілітаційного процесу.

Казкотерапія – це метод, який дозволяє формувати характер дитини, розвиває творчі здібності, розширює свідомість, вдосконалює взаємодію з навколишнім світом. Для дитини, що має ДЦП, метою казкотерапії є викорінення страхів, корекція характеру, поведінки і внутрішнього стану дитини. Розвиток усіх психічних процесів: пам'яті, уваги, уяви, а також довільної регуляції поведінки.

Арттерапія – терапія мистецтвом. Вона є важливим засобом корекції вад психофізичного розвитку дитини, що має ДЦП. Арттерапія включає в себе художню й декоративно-прикладну творчість, театральне мистецтво. Головна мета арттерапії полягає у гармонізації психічного стану через розвиток здатності самовираження і самопізнання. Цінність застосування мистецтва в терапевтичних цілях полягає в тому, що з його допомогою можна на символічному рівні висловити і дослідити найрізноманітніші почуття і емоції: любов, образу, злість, страх, радість.

Кабінет соціально-побутової адаптації влаштований так, щоб забезпечити максимально можливу для кожної дитини, що має ДЦП, самостійність у побутовому та гігієнічному обслуговуванні себе. Під час занять із соціально-побутової адаптації має сформуватись позитивне ставлення до праці, готовність до допомоги у побутовій праці, вміння виконувати нескладні доручення. А також заняття вчать працювати спільно з дорослими та однолітками.

Екотерапія – сенсорний сад «Екосвіт». Сенсорний сад – це інтерактивний простір із рослин та природних матеріалів. Можна чіпати і нюхати рослини; ходити босоніж; пересипати гальку, пісок; лежати в сіні; закопувати руки й ноги в сипучі матеріали; розглядати різні природні кольори, слухати шелест трав. Це цілий світ відчуттів, світ, для дитини із ДЦП, де можна знайти ту саму гармонію із природою, яка допомагає не тільки відчувати себе краще, але і розвинути свої почуття.

Іпотерапія – метод реабілітації за допомогою лікувальної верхової їзди. Особливий вплив іпотерапії на дитину із ДЦП полягає у стимулюванні розвитку рухових рефлексів. Іпотерапія має позитивний вплив не тільки на фізичний стан дитини, а й на психоемоційну сферу, сприяє максимальній мобілізації вольової діяльності, соціалізації і формуванню більш гармонійних відносин зі світом, зростає мотивація і посилюється прагнення до досягнення позитивних результатів.

Реабілітація дітей, що мають ДЦП, – складний та довготривалий процес, який передбачає не тільки відновлення повноцінної динаміки рухів, а й значне покращення повсякденного життя, підвищення впевненості у собі та створення комфортних умов для інтегрування до життя суспільства.

Список використаних джерел:

1. Козьявкін В. І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. Блок кінезотерапії. Трускавець, 2004. 125 с.
2. Микитюк К. В. Сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2009. № 1. С. 147–150.
3. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи : навч.-метод. посіб. / за ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко. Київ : Інтермед, 2005. 416 с.
4. Шевцов А. Г. Освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03. Київ, 2010. 46 с.

УДК 376.3

Стефанія Шульга,
вихователь Центру ранньої соціальної реабілітації
комунального закладу вищої освіти «Хортицька
національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

**СТИМУЛЯЦІЯ МОВЛЕННЄВОЇ АКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ
ІЗ ДЦП ЗАСОБАМИ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

У складній структурі дефекту дитячого церебрального паралічу вагоме місце займають порушення мовленнєвої активності. Основним чинником цих порушень є не лише ураження певних мозкових структур, а і затримка у формуванні тих відділів кори головного мозку, які відповідають за мовленнєвий розвиток.

У дослідженнях, присвячених розвитку мовлення дітей раннього віку, поняття «мовленнєва активність» широко використовується. Л. Айдарова, І. Зимня, А. Леонтьєв розглядають мовленнєву активність як один з факторів, що впливає на успішність оволодіння мовленнєвою діяльністю. В. Ветрова, І. Дайлідене, М. Єлагіна, Л. Павлова, М. Попова, Г. Розенгарт-Пупко, не даючи загального визначення поняттю «мовленнєва активність», розглядають лише окремі її складові: прояви первинних голосових реакцій, збільшення словникового запасу дитини тощо.

Е. Ф. Архипова виділяє чотири рівні домовленнєвого розвитку дітей із ДЦП, в основі яких лежить ступінь сформованості їхніх домовленнєвих вокалізацій:

- I рівень – відсутність голосової активності;
- II рівень – наявність недиференційованої голосової активності;
- III рівень – наявність гуління;
- IV рівень – наявність белькотіння.

Кожному рівню відповідає певна сформованість сенсорних, рухових функцій, певний стан артикуляційного апарату голосу і дихання.

Велике значення в механізмі мовленнєвих порушень при ДЦП має рухова патологія, яка суттєво обмежує можливості пересування та пізнання дитиною навколишнього світу. Тривале збереження патологічних тонічних рефлексів чинить негативний вплив на м'язовий тонус органів артикуляційного апарату: підвищує тонус м'язів, утруднює процеси дихання, голосоутворення, довільного відкривання та закривання рота, рухи язика вперед і вгору. Подібні порушення артикуляційної моторики затримують формування голосової активності і порушують процес звукоутворення. У зв'язку з недостатністю кінестетичного сприйняття спостерігаються значні труднощі у виконанні довільних рухів. Дитина недостатньо відчуває положення та рухи органів артикуляції. Також відзначається певна залежність між важкістю порушень артикуляційної моторики і ступенем порушень функції рук. Найбільш виражені порушення артикуляційного апарату відзначаються у дітей зі значним ураженням верхніх кінцівок.

Дослідники стверджують, що 65-90 % дітей з церебральним паралічем мають різні мовленнєві порушення (М. Б. Ейдінова, М. В. Іпполітова, Е. Н. Правдіна-Вінарська, М. Б. Цукер). Серед мовленнєвих порушень, що найчастіше зустрічаються у даної категорії дітей, відзначаються дизартрії, а в їхній структурі – розлади голосоутворення. Цей мовленнєвий дефект проявляється у вигляді дисфоній центрального органічного генезу і призводить до порушення комунікативної функції мовлення, ускладнює процеси соціалізації, самоактуалізації, самоідентифікації, викликає розлади в емоційно-вольовій сфері.

У корекційно-виховному процесі дітей із ДЦП музикотерапія розглядається як діяльність, яка має певну мету та засоби її досягнення, є компенсаторним, терапевтичним та мобілізаційним засобом розвитку і виникає як засіб комунікативної та мовленнєвої потреби дітей та задовольняє її [1, 3, 4].

Сприйняття світу дитиною відбувається через метаморфози рухів – від фізичних (вольових) до емоційних (чуттєвих) та в результаті – до когнітивних. Елемент руху набуває особливої значущості у

встановленні взаємозв'язку дитини з навколишнім світом. В музиці особливо враховується елемент руху. Мова йде про ритмічний рух (швидко, повільно), мелодичний рух (угору, униз) [1].

Розглянемо особливу специфіка занять із музикотерапії.

1. Заняття з кожною дитиною проводяться двічі на тиждень. Тривалість кожного заняття – 30 хвилин.

2. Структура проведення занять різна з кожною окремою дитиною (в залежності від фізичних та когнітивних можливостей).

3. Обов'язкова присутність батьків на занятті (допомога в пересуванні по залу, виконання завдання разом із дитиною, освоєння прийомів взаємодії з дитиною).

4. Багаторазове повторення одного матеріалу (індивідуальні темпи засвоєння матеріалу кожною окремою дитиною).

Виникає ряд труднощів під час організації занять із дітьми даної нозологічної групи. Рухові обмеження дитини із ДЦП позначаються на роботі дихального апарату, на голосоутворенні, артикуляції, міміці та жестах. У деяких – спостерігається тиха вокалізація, збіднена міміка, майже відсутність жестів, у інших – рухова розгальмованість, гримаси обличчя. Тому треба спостерігати за поведінкою дітей, щоб вчасно перейти до іншого завдання [1, 2].

Техніки, які використовуються під час занять музикотерапевтичних занять із дітьми із ДЦП: рухове розслаблення і злиття з ритмом музики; музична психосоматична релаксація; вокалотерапія; гра на музичних інструментах; рецептивне сприймання музики; музичне малювання; музична розповідь; гра з лялькою та дихальні вправи з музичним супроводом [1].

Загальний успіх музикотерапевтичних занять у центрі ранньої соціальної реабілітації залежить від дотримання низки вимог, а саме: умілого добору музичного матеріалу для слухання й виконання, високохудожнього виконання музичних творів, умілого вербального спілкування з дітьми в ході занять, широкого застосування зорової наочності тощо.

Таким чином засоби музикотерапії сприяють загальному розвитку особистості дитини із церебральним паралічем. Емоційна чуйність і розвинений музичний слух дозволяють дітям із руховими порушеннями в доступній формі відгукнутися на добрі почуття, допомагають активізувати когнітивну діяльність, стимулюють мовленнєву активність.

Список використаних джерел:

1. Гельбак А. Музикотерапія у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами: навчально-методичний посібник. Кропивницький, 2019. 50 с.
2. Денисенко Н. Через рух – до здоров'я дітей : навчально-методичний посібник. Тернопіль, 2009. 88 с.
3. Квітка Н. Методичний посібник з музикотерапії для дітей дошкільного віку зі складним и порушенням и психофізичного розвитку. Київ, 2013. 82 с.
4. Шабутін С. Зцілення музикою. Тернопіль, 2008. 177 с.
5. Шанских Г. Музыка як засіб корекційної роботи. *Мистецтво в школі*. 2003. № 5. С. 8–15.

УДК 376

Ольга Ялова,
директор КЗ «Харківська СШ № 8» ХОР,
м. Харків, Україна
Ірина Іншина,
заступник директора з навчально-виховної роботи
КЗ «Харківська СШ № 8» ХОР,
м. Харків, Україна

ХМАРНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ОСВІТНЬОМУ ПРОЦЕСІ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Сучасна модель української освіти, відповідаючи на суспільні запити медіаграмотності та мобільності, пропонує їй здобувачам широкий спектр шляхів, форм і послуг набуття життєвих і предметних компетентностей. Серед них потужним інструментом стають Інтернет-технології, які дозволяють кожному учневі будувати власну освітню траєкторію, користуватися систематизованою та структурованою інформацією будь-якого моменту, динамічно відслідковувати свої навчальні досягнення. Це особливо актуально для учнів з особливими освітніми потребами, оскільки технології опосередкованої участі в освітньому процесі надають додаткові можливості для підвищення якості корекційно-реабілітаційної роботи та індивідуалізації освітнього поступу, зокрема, визначення форм і темпів опанування знаннями. Втім, побудова освітнього процесу спеціального закладу загальної середньої освіти на основі відповідних Інтернет-технологій ще потребує численних досліджень [2].

Грунтовні зміни в організації індивідуальної траєкторії учнів з особливими освітніми потребами було регламентовано Положенням про індивідуальну форму здобуття освіти зі змінами, затвердженими Наказом Міністерства освіти і науки України від 10.07.2019 № 955 [1]. Ним окреслені можливості використання елементів дистанційної форми навчання, що стає законодавчим підґрунтям для розбудови освітнього процесу на базі хмарних технологій, інтерактивних дошок та сучасних засобів комунікації для учнів, які за станом здоров'я не можуть регулярно відвідувати заклад освіти.

Обов'язковим етапом побудови якісного освітнього процесу із залученням сучасних Інтернет-технологій є створення відповідних умов користування для всіх його учасників. Матеріально-технічне устаткування КЗ «Харківська СШ № 8» ХОР дозволяє як учителям, так і учням постійно користуватися акаунтами месенджерів і ресурсів Google та Google Class зокрема, Trello, Padlet, aSc TimeTables, Office 365 тощо. Окрім цього, учням дозволяється використовувати особисті, у тому числі корекційні, девайси, що робить застосування хмарних технологій більш доступним і гнучким.

На наступному етапі робота з хмарними технологіями має на меті декілька завдань: створення освітніх осередків; формування контенту до них; моніторинг якості освіти учнів.

Першочергове завдання керівництва при організації освітнього процесу з опорою на хмарні технології – це складання розкладу засобами програми aSc TimeTables відповідно до навчального плану закладу та здійснення його розсилки на поштові скриньки учителів та учнів.

Наступним завданням є формування освітніх осередків класів та осередків предметних циклів. Учителі організовують власні предметні осередки, які включають пов'язані між собою хмарне сховище інформації, інтерактивну дошку Trello або Padlet, аккаунти у месенджерах, електронну поштову скриньку. Учні створюють електронну поштову скриньку, потрібні аккаунти та долучаються до осередків, організованих учителями.

Класні керівники створюють віртуальні класні кімнати за допомогою зручних для них ресурсів та відкривають дошки на відповідних ресурсах, прив'язуючи до них електронні скриньки учнів. У віртуальних класних кімнатах обов'язково прикріплені посилання на освітні осередки вчителів-предметників.

Зміст освітніх осередків визначається відповідно до тем уроків і формується текстовими дописами, посиланнями та інтерактивним контентом: хмарами термінів (сервіс Tagul), ментальними картами, стрічками часу, графічними конспектами (сервіс Popplet), робочими аркушами та конспектами уроків (сервіс Wiser.me).

Описана система дозволяє подати матеріал послідовно, системно, наочно, доступно, екстериторіально та мобільно, що повністю відповідає як концептуальним засадам сучасної української освіти, так і принципам спеціальної дидактики [3].

На сьогодні у школі є декілька варіантів використання хмарних технологій в освітньому процесі.

Перший варіант – після кожного уроку учителі публікують нотатки до нього та домашнє завдання. Розміщують це зручним для них способом: роблять розсилку електронною поштою, надсилають доступ до власного хмарного сховища, створюють контент на інтерактивній дошці Trello.

Другий варіант – учителі ведуть уроки в режимі онлайн, з використанням потужностей (створення інтерактивних робочих аркушів, проведення відеотрансляцій, створення онлайн опитувань) платформ Wiser.me, Playbuzz, Trello. Цей варіант максимально враховує специфіку та можливості здобувачів освіти з порушеннями опорно-рухового апарату, адже дозволяє повноцінно долучитися до освітнього процесу групі учнів, які за станом здоров'я не можуть регулярно відвідувати школу або потребують тривалої медико-реабілітаційної допомоги у профільних закладах. Такі учні мають розклад, створений засобами програми aSc TimeTables та синхронізований з розкладом відповідного класу закладу освіти. За бажання вони можуть долучитися до будь-якого уроку класу, використовуючи зручні для себе засоби.

Деякі елементи цієї системи роботи з хмарними технологіями застосовуються з учнями, які здобувають освіту за формою педагогічного патронажу.

Окремим завданням, яке успішно вирішується засобами хмарних технологій, є моніторинг освітнього поступу кожного учня, динамічне відстеження і за потреби корекція його навчальних досягнень. Для цього вчителі користуються інструментами сервісу Playbuzz, який дозволяє в режимі реального часу з'ясувати ступінь засвоєння навчального матеріалу як для кожного учня окремо, так і для класу в цілому.

Отже, освітній процес з опорою на хмарні технології характеризує доступність, гнучкість і структурованість. Здобуття освіти у такий спосіб створює ситуацію успіху для усіх учасників цього процесу, сприяє не тільки формуванню академічних знань, а й розвитку комунікативних навичок дітей, спонукає їх до безперервної взаємодії, що є вагомими досвідом соціалізації. Відтак, діяльність учнів з особливими потребами набуває значно вищої вмотивованості, активності, динамічності, що позитивно впливає на розвиток їхніх предметних і життєвих компетентностей.

Список використаних джерел:

1. Наказ Міністерства освіти і науки України від 10.07.2019 № 955. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE33823.html (дата звернення: 8.09.2019).
2. Запороженко Ю. Г. Використання засобів ІКТ для підвищення якості інклюзивної освіти. Інформаційні технології в освіті : зб. наук. праць. Херсон : ХДУ, 2013. № 15. С. 138–145.
3. Носенко Ю. Г. Деякі аспекти зарубіжного досвіду використання хмарних технологій у навчанні дітей з особливими потребами : матеріали Звітної наукової конференції Інституту інформаційних технологій і засобів навчання НАПН України. Київ : ІІТЗН НАПН України, березень, 2015. С. 126–129. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/165919/> (дата звернення: 8.09.2019).

РОЗДІЛ 2. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ІНКЛЮЗИВНОГО (ІНТЕГРОВАНОГО) НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ТА ДОРΟΣЛИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМ МОТОРНОЇ СФЕРИ

УДК 376.2

Наталія Андрєєва,
викладач іноземної мови,
педагогічний коледж Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

ВЕБІНАР ЯК МЕТОД ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ ТА ДОРΟΣЛИХ З ПОРУШЕННЯМИ МОТОРНОЇ СФЕРИ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНИЙ ПРОЦЕС З АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ

Актуальність та мета дослідження. На думку А. Г. Шевцова, для дитини з порушеннями моторної сфери сучасне суспільство може створити умови, щоб така дитина мала свободу руху, відчувала себе соціально мобільною та інтегрованою, а також – надати їй освіту та забезпечити роботою [6, с.186]. Інклюзія – це процес реального включення осіб з ООП, в тому числі з інвалідністю, без ідентифікації їх за фізичними та психічними особливостями в активне суспільне життя, мета якого – збільшення ступеня участі всіх громадян в соціумі, зокрема в академічному і суспільному житті [3, 46]. Відсутність досвіду навчання в інтегрованому освітньому середовищі, ускладненість або брак культури адекватного спілкування між учнями з порушеннями моторної сфери та звичайними однолітками протягом навчання у школі призводить у подальшому до прагнення студентів із вродженими та набутими порушеннями сенсорної сфери і вадами моторного розвитку уникати налагодження нових соціальних контактів у студентському середовищі на порозі дорослого життя. Це веде до певної суспільної ізоляції, обмеження соціальної активності, сфери життєдіяльності, створює суттєві перешкоди для оволодіння особистісними та професійними компетенціями, необхідними для майбутньої успішної професійної діяльності, негативно впливає на соціальну адаптацію та інтеграцію в освітньому просторі сучасного ВНЗ та суспільстві в цілому молодої людини з особливими освітніми потребами (ООП), яка прагне здобути освіту, що забезпечить їй конкурентоспроможність на сучасному ринку праці та гідні умови життя [2, с. 121-122]. Такі студенти, з одного боку, намагаються фізично відокремитися від суспільства, з іншого боку, можуть віртуально інтегруватися в нього без особливих проблем засобами комп'ютерних та Інтернет-технологій, які дають їм можливість нівелювати порушення моторної сфери.

Поняття, процес організації, переваги та недоліки вебінарів. Використання мультимедіа та мережі Інтернет надає практично необмежені можливості для організації самостійної та спільної творчої діяльності викладача та студентів у системі інклюзивної освіти. Вебінари є однією з форм ділового веб-спілкування та уявляють собою семінари або інтерактивні навчальні курси, що проходять в мережі Інтернет та максимально наближені до безпосередньої взаємодії, оскільки дозволяють викладачеві включити учнів/студентів у діалог та одержувати зворотній зв'язок у режимі реального часу [4].

Технічні умови, необхідні для проведення вебінару або участі в ньому: доступ в Інтернет, реєстрація на сервісі, який надає послуги із проведення вебінарів, веб-камера, навушники, мікрофон, колонки. У вебінарах використовують наступний функціонал: 1) презентація з демонстрацією слайдів, малюнків, схем тощо; 2) електронна/маркерна дошка, що дозволяє робити записи, позначки, малюнки, надавати коментарі і пояснення; 3) демонстрація відео- і аудіоматеріалів; 4) онлайн-спілкування із слухачами через опитування і голосування, текстовий, голосовий і відео-чат [3, с. 72].

Провідною перевагою вебінару як форми засвоєння знань є інтерактивність та синхронний режим співпраці всіх учасників. Також позитивними сторонами вважаємо зручність (можливість одержання інформації в будь-якому місці), сконцентрованість на предметі навчання, мобільність (можливість завантажити запис вебінару та переглянути повторно з метою усунення прогалин у знаннях), якість навчання (можливість проводити усне опитування та тестову перевірку знань учнів/студентів, як і при проведенні заняття у навчальному кабінеті) та колаборативність (можливість організувати спільну дослідницьку чи проектну роботу, публічний захист досліджень, доповідей, проектів із обговоренням в онлайн-режимі) [3, с.72].

До недоліків вебінарів можна віднести нестабільність мережі Інтернет, необхідність встановлення апаратного та програмного забезпечення на сервері закладу або витрати на оренду платформи для проведення вебінара на сторонніх веб-ресурсах [3, с.73].

Стислий огляд популярних платформ для проведення вебінарів представлено у таблиці (див. таблицю 1)

Таблиця 1

Можливості онлайн-сервісів для проведення вебінарів

№ з/п	1.	2.	3.	4.
Назва	MyOwnConference	ClickMeeting	eTutorium	Webinar.ua
Посилання	https://myownconference.com.ua	https://clickmeeting.com	https://etutorium.com.ua	http://webinar.ua
Наявність безкоштовної тестувальної версії	+ безліміт	+ 30 днів	+ 14 днів	+ 3 дні
Функціонал	3-10 ведучих, 20-5000 учасників, тести, відеоконференція, презентації та інші документи, чат, екран, показ відео, участь з мобільних пристроїв (без встановлення додатків)	2-6 ведучих, 25-1000 учасників, чат, тести та опитування, вебконференції, презентації, екран, маркерна дошка, участь з мобільних пристроїв	2 ведучих, 10-1000 і більше учасників, тести та опитування, презентації "Суфлер": коментарі-підказки до слайдів, участь з мобільних пристроїв	3-1000 і більше учасників, міні-сайт
Додаткові можливості	можливість запису, брендування, створення сторінок реєстрації та розсилка запрошень, зв'язок з сайтом	можливість запису, брендування, статистика, розсилка запрошень, трансляція на Facebook або Youtube, сертифікати учасника	можливість запису, брендування, інтеграція форми реєстрації, розсилка запрошень, вікно трансляції на сайті замовника	брендування

Як бачимо з таблиці, безкоштовну тестувальну версію MyOwnConference можна використовувати вчителю/викладачу іноземної мови на заняттях з повною інтеграцією всіх учасників навчально-виховного процесу, а опція одночасної участі трьох ведучих дає змогу залучити до етапу формування та розвитку вмінь діалогічного мовлення учасників, які знаходяться поза межами навчальної аудиторії та навіть в різних куточках планети.

Висновки та перспективи застосування. Вебінар як інтернет-технологія проведення занять відкриває нові цікаві можливості для навчання англійської мови та інтегрує учасників із порушеннями опорно-рухового апарату у навчальний процес.

Вебінари з навчання англійської мови оптимізують процес засвоєння граматичного матеріалу, формування комунікативної компетентності у аудіюванні (прослуховування аудіо-матеріалів або перегляд відео з онлайн-тестуванням), говорінні (розвиток навичок і вмінь діалогічного та монологічного мовлення у процесі ситуативного спілкування) [5, с. 211] тощо.

Інтеграція студентів з порушеннями моторної сфери у навчально-виховний процес через систему вебінарів дозволить педагогічним вчз вирішити проблему дефіциту кваліфікованих фахівців з

ортопедагогіки, про яку зазначав А. Г. Шевцов [6, с.190], а також – проблему психологічної неготовності вчителів працювати в інклюзивних класах.

Отже, практичне опанування технології «вебінар» для організації навчально-виховного процесу та позакласної роботи з англійської мови варто включити до змісту навчальної дисципліни «Методика навчання іноземної мови» та готувати майбутніх вчителів, які б через застосування даної технології реалізовували головні завдання інклюзивної освіти в нашій державі.

Список використаних джерел

1. Інклюзивна освіта: досвід і перспективи : [монографія] / Колектив авторів; відп. ред. Г. В. Давиденко. Вінниця, 2016. 242 с.
2. Інклюзивне навчання в Новій українській школі: *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Інклюзивне навчання в Новій українській школі»* (26-27 березня 2018 р., м. Тернопіль): у 2 ч. / Інститут спеціальної педагогіки НАПН України; упорядн. : Лапін А. В., Сурмай Л. О., Щуцька О. І. Київ: Інтерсервіс, 2018. 230 с.
3. Свяцький В. В., Скрипник О. В. Вебінар як складова дистанційної освіти. *Materiály XI mezinárodní vědecko - praktická konference «Dny vědy – 2015»* / - Díl 18. Moderní informační technologie : Praha. Publishing House «Education and Science» s.r.o, pp. 71-73.
4. Сидоров С. В. Вебінар как форма дистанционного интерактивного обучения. *Сидоров С. В. Сайт педагога-исследователя: веб-сайт*. URL: <http://si-sv.com/publ/1/vebinar/14-1-0-351>.
5. Сологор І. М., Бережанська Ю. В. Вебінар – перспективна форма дистанційного навчання іноземній мові у вищих медичних навчальних закладах. Сучасні технології управління навчальним процесом у вищих медичних навчальних закладах : матеріали навчально-наукової конференції з міжнародною участю. Полтава, 2014. С. 210–211.
6. Шевцов А. Г. Ортопедагогіка як нова спеціалізація підготовки фахівців з корекційної освіти / А. Г. Шевцов // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. 2011. Вип. 17(1). С. 186–193. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkr_sp_2011_17\(1\)_24](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkr_sp_2011_17(1)_24).

УДК 376.3.018.42

Дар'я Андрейченко,

асистент вчителя початкових класів
загальноосвітньої санаторної школи-
інтернату Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ АСИСТЕНТА ВЧИТЕЛЯ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ (З ДОСВІДУ РОБОТИ)

На сучасному етапі однією з провідних тенденцій у розвитку української освітньої системи є реалізація інклюзивної освіти для дітей з особливими потребами. Впровадження інклюзивної освіти є пріоритетним напрямком державної політики. А створення єдиного освітнього простору – сучасна тенденція його оновлення.

Сучасна система освіти побудована на наданні учням можливостей міркувати, порівнювати різні точки зору, формулювати та аргументувати власну точку зору, спираючись на знання фактів, законів, закономірностей, вироблених наукою, власних спостереженнях, досвіді, умінні проектувати і реалізовувати власні навчальні проекти, творчо і нестандартно розв'язувати навчальні завдання, бути толерантними до іншої точки зору. Та деякі діти не мають можливості чути, що відбувається навкруги – це діти з порушенням слуху.

Теоретичні положення щодо інклюзивного навчання дітей з особливими потребами представлено у працях вітчизняних і зарубіжних учених (В. Засенко, Е. Данілавічюте, А. Колупаєва,

Л. Савчук, Т. Сак, О. Таранченко; Д. Деппелер, Т. Лорман, Д. МакГі-Річмонд, Д. Харві та ін.). Зокрема, розглядається специфіка психолого-педагогічного супроводу, підкреслюється, що організація навчального процесу в класах, де навчаються учні з особливими потребами, має свої особливості (форми, методи, залучення різних фахівців, батьків тощо).

Отже, в умовах загальноосвітнього закладу з інклюзивним навчанням одним з суттєвих моментів є створення додаткових необхідних умов, забезпечення підтримки та супроводу дітей з особливими потребами.

Слух відіграє важливу роль у розвитку людини. Втрата слуху, навіть часткова, створює бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, затримує розвиток особистості.

Дитина, позбавлена слуху, не має можливості сприймати ті звукові сигнали, які дуже важливі для повноцінного пізнання навколишнього світу, для створення повних і всебічних уявлень про предмети і явища дійсності (шелест листя, спів пташок, звучання оркестру тощо).

При тяжких порушеннях слуху дитина не здатна користуватись багатьма джерелами інформації (слухати радіопередачі, лекції тощо), повноцінно сприймати зміст телепередач, кінофільмів, театралізованих вистав. Відсутність слуху серйозно обмежує й естетичне виховання особи, адже дитина позбавляється можливості нормально сприймати музику.

Найважливіша роль слуху в оволодінні дитиною мовою. За відсутності слуху або його значного зниження дитина спонтанно (тобто самостійно, без спеціального впливу ззовні) не оволодіває звуковою словесною мовою, бо позбавлена можливості сприймати мову людей, що її оточують, як необхідні звукомовні зразки для наслідування. Крім того, вона не здатна контролювати вимову різних звуків. Унаслідок цього обмежуються можливості спілкування з іншими дітьми, а отже, і пізнання, оскільки одним із важливих засобів передачі інформації є усна мова. Відсутність або недорозвиненість мови, в свою чергу, призводить до порушень у розвитку інших пізнавальних процесів.

Саме тому у загальноосвітніх закладах відкриваються класи з інклюзивним та/або інтегрованим навчанням, де законодавством передбачено посаду асистента вчителя, який допомагає дітям з особливим освітніми потребами. Тобто коли учень із порушенням слуху приходить до закладу освіти він може розраховувати на допомогу асистента вчителя, який надає допомогу учню в опануванні навчальної програми.

До категорії дітей з особливими освітніми потребами, які потребують додаткової підтримки під час освітнього процесу, належать: особи з порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарата; хворобами нервової системи; затримкою психічного розвитку, інтелектуальними порушеннями, складними порушеннями мовлення (у тому числі з дислексією); іншими складними порушеннями розвитку (у тому числі з розладами спектра аутизму).

Діти з порушеннями слуху сприймають мову не так, як їхні ровесники, які чують нормально. Своєрідність полягає в тому, що з пошкодженням слухового аналізатора сприймання мови здійснюється на основі неушкоджених аналізаторів. Навчання має бути організовано так, щоб максимально використати збережені аналізатори, активізувати їх, щоб надолужити втрату слуху, розвинути мислення, створити оптимальні умови для оволодіння мовою. Працюючи з дітьми з порушенням слуху, асистент вчителя постійно залучає дитину до різних видів діяльності. Зважаючи на її інтереси, захоплення, можливості та бажання.

Асистенту вчителя під час спілкування з дітьми з порушенням слуху потрібно враховувати наступні особливості, а саме: деякі слабчучі можуть чути, однак сприймають окремі звуки спотворено, особливо початкові і кінцеві звуки у словах. У цьому випадку потрібно говорити дещо гучніше і чіткіше, добираючи прийнятну для учня гучність. В інших випадках потрібно знизити висоту голосу, оскільки учень не в змозі сприймати на слух високі частоти.

Під час навчального процесу асистент вчителя повинен спільно з вчителем створити умови для безперешкодного навчання дитини:

- дитина має не тільки добре чути мовлення оточуючих, але й бачити їх еталонну вимову;
- необхідно безперешкодно розташувати в полі зору дитини необхідні навчальні матеріали та зберігати наочність;
- дитина повинна сидіти на першій парті;

- дитина повинна постійно бачити обличчя вчителя/асистента вчителя для використання неушкоджених аналізаторів;
- має бути врахована відстань, на якій мовлення сприймається найбільш оптимально;
- не можна ходити по класу під час викладення нової теми або під час диктанту;
- одночасно не повинна говорити більше ніж одна людина;
- потрібно говорити чітко та зрозуміло (слід пам'ятати, що гучний голос чи звук викликає больові відчуття у дітей із вадами слуху, тому ні в якому раз не можна кричати);
- слід намагатися створити такі умови, щоб заохотити дитину до спілкування, не соромлячись свого мовлення;
- потрібно уважніше ставитися до прохання дитини повторити вже сказане повільніше й чіткіше;
- досить часто діти з порушенням слуху не розуміють значення деяких слів, тому вчителю необхідно спрощувати власне мовлення (наводити приклади).
- діти з порушенням слуху можуть неправильно оформити свій вислів (в такому випадку вчителю слід терпляче та спокійно виправити неточності і попросити повторити правильний варіант).
- якими мовленнєвими навичками дитина у процесі занять з вчителем-логопедом вже оволоділа, а що потребує багаторазового повторення, вдосконалення;
- за яких умов дитина краще здатна впоратися із завданням, які слухові, зорові, рухові опори доречно використати під час виконання певного завдання;
- у якому стані знаходиться загальна і дрібна моторика пальців рук, зорово-моторна і зорово-просторова координація, чи потребують їх вдосконалення у разі необхідності;
- які психологічні бар'єри заважають успішному опануванню мовлення і як їх поступово подолати.

А під час уроку асистенту вчителя потрібно враховувати наступне:

- уважно проаналізувати інструкцію до завдання на предмет наявності складних для сприймання слів (як з точки зору розуміння їх значення, так і з точки зору звукової структури слів, оскільки довгі слова з декількома збігами приголосних є складними для сприймання) і вдосконалити її так, щоб дитина зрозуміла;
- перевірити доступність змісту завдання з огляду на особливості мовлення дитини: наприклад, дитина ще не готова вставити певні слова, які містять «проблемні» звуки у передбачені завданням місця з опорою лише на власні уявлення, тоді завдання вчителя полягає у тому, щоб забезпечити необхідну опору у вигляді надрукованих слів або картинок, які відповідають потрібним для успішного виконання завдання словам і т.д.);
- визначити прийнятний для дитини обсяг завдання, обрати правильний темп його виконання (наприклад, дати змогу витратити стільки часу, скільки необхідно для правильного виконання завдання), важливою при цьому є участь дитини в загальній діяльності, а не кількість виконаних завдань або швидкість їх виконання;
- створити доброзичливу атмосферу для відповідей дитини: достатньо гучно, виразно, повільно (у разі потреби, повторюючи сказане необхідну кількість разів) звертатися до дитини, забезпечити її необхідними «опорами» (усім, що полегшує висловлення думки: картинками, предметами, додатковими друкованими матеріалами, алгоритмами виконання);
- завдань, підказками педагога (прямими, опосередкованими, у вигляді навідних запитань), допомогою однокласників та ін.);
- постійно відмічати прогрес дитини, порівнюючи попередні й поточні досягнення самої дитини, коректно відноситись до дитини, виховувати толерантність у інших дітей («табу» стосується фраз на кшталт таких: «говори зрозуміло/правильно», «можеш швидше?», «не вмієш, так і не треба» і т. д., замість них: «повтори ще раз, будь ласка, я спробую уважніше послухати», «ой, як ти гарно вимовив це слово!» тощо);
- необхідно враховувати ставлення дитини до публічних виступів перед всім колективом дітей: якщо дитина не має бажання відповідати, знаходячись у центрі уваги, дорослому не слід наполягати на такому виді діяльності і варто знайти інший спосіб її опитування (організувати бесіду, запропонувати дати письмові відповіді на запитання тощо).

Під час роботи потрібно розуміти що мовлення у дітей здійснюється у процесі їхньої діяльності: самообслуговування, ігор, посильної праці. Слова і вислови, які дитина при цьому засвоює, сприймаються нею свідомо. Вона розуміє, що кожне слово означає певну дію або предмет, що завдяки слову можна задовольнити свої потреби й інтереси. Це сприяє словесному спілкуванню дитини з порушеннями слуху з людьми, які її оточують.

Також важливу роль у навчанні дітей із порушенням слуху відіграють батьки, які надають додаткову допомогу та підтримку під час навчально-виховного процесу. Працюючи з батьками, асистент ставить перед собою такі завдання:

- допомогти сформувати адекватні взаємостосунки між батьками та іншими учасниками навчально-виховного процесу, спеціалістами, дітьми та вчителями.
- розширити інформованість батьків про потенційні можливості дитини;
- створити умови для активної участі батьків у вихованні та навчанні дитини;
- навчити батьків прийомам організації навчальної діяльності дитини.

Робота з батьками має будуватися на таких принципах:

- партнерство з батьками – асистент вчителя сприймає батьків не як об'єкт свого впливу, а як рівноправних партнерів у вихованні дитини, проведенні з нею корекційної роботи. Завдяки цьому принципу долаються дистанція між учасниками освітнього процесу і недовіра, яка часто виникає у батьків до спеціалістів, вони починають прагнути підтримки, допомоги вчителя-дефектолога, прислуховуються до нього, виконують його поради;

- комплексний підхід до організації корекційно-педагогічного процесу – у роботі із сім'ями мають брати участь різні спеціалісти навчального закладу: вчитель-дефектолог, вчитель-логопед, практичний психолог, соціальний педагог, лікар. За необхідності слід залучати фахівців психолого-медико-педагогічної консультації (ПМПК), дитячої поліклініки. Саме комплексний підхід забезпечує подолання різних проблем, що виникають у сім'ях, і дає змогу надати дитині та її батькам різнобічну допомогу;

- єдність діагностики і корекції – спеціалісти навчального закладу мають продовжити обстеження дитини, розпочате в ПМПК, визначити шляхи корекційної роботи з дитиною, скласти індивідуальну програму розвитку дитини із визначенням місця сім'ї у цьому процесі; спеціалісти мають вивчати родину в цілому, коригуючи ставлення до дитини;

- позитивна характеристика дитини – передусім слід концентрувати увагу батьків на позитивних, збережених якостях їхньої дитини, перспективних можливостях її розвитку, лише після цього говорити про вади і труднощі. Це допомагає підтримати віру батьків у розвиток дитини, спонукає їх організовувати навчальну діяльність, формувати адекватні стосунки з дитиною;

- урахування стану, думки, досвіду батьків – під час вибору змісту, форм і методів роботи із сім'ями педагог враховує: здоров'я батьків, їхній психологічний стан, їхні можливості, моральні установки, досвід, ставлення до проблем дитини; сімейні стосунки; уміння членів сім'ї розв'язувати проблеми; соціальні зв'язки; приналежність до певного соціального класу;

- повага до батьків – у стосунках із батьками має домінувати повага, розуміння їхніх турбот. Це виявляється у формах звернення до батьків, у висловлюванні прохань і рад, у довірливому тоні розмови, у неприпустимості настанов і дорікань на адресу батьків, у збереженні відомих педагогу сімейних таємниць.

Саме завдяки злагодженій роботі асистента вчителя з батьками можна створити оптимальні умови для навчання та розвитку дитини з порушенням слуху.

Підсумовуючи, зазначимо, що досягнення результативності у навчанні учнів зі зниженим слухом зростає за умови допомоги батьків у процесі навчання; допомоги та підтримки вчителя, в тому числі в адаптаційний період; допомоги однокласника, який сидить поряд за партою; раціональної організації власне навчального процесу; урахування специфіки сприйняття навчального матеріалу; готовності дитини з порушеннями слуху увійти в середовище однолітків із нормальним слухом (водночас готовність останніх прийняти ровесника з порушенням слуху); подолання труднощів у комунікативній сфері, бар'єрів у спілкуванні такої дитини з однокласниками та вчителями.

Список використаних джерел

1. Дитина з порушенням слуху / С. В. Литовченко, В. В. Жук, О. Ф. Федоренко, О. М. Таранченко. Харків : Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 56 с.
2. Дитина із сенсорними порушеннями: розвиток, навчання, виховання: зб. наук. праць: вип. 3. / за ред. Колупаєвої А. А. Київ : Педагогічна думка, 2012. 198 с.
3. Організаційно-методичні засади діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: навчально-методичний посібник / За заг. ред. М. А. Порошенко та ін. Київ : 2018. 252 с
4. Особливі діти в умовах загальноосвітньої школи (досвід закладів освіти Дніпровського району м. Києва). Практично-методичний посібник / Упорядник Сидоренко Н. А. Київ : РНМЦ Дніпровського району, 2015. 64 с.

УДК 378

Людмила Анісімова,
старший викладач кафедри
спеціальної педагогіки та спеціальної психології
комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

**ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ ВЧИТЕЛІВ-ДЕФЕКТОЛОГІВ
ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ
В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ**

Розбудова інклюзивної освіти в Україні вимагає вирішення низки завдань як на державному рівні, так і на рівні кожного закладу освіти. На рівні закладу – це вдосконалення системи підготовки педагогічних працівників до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами; забезпечення універсального дизайну, розумного пристосування, якості надання інклюзивних послуг тощо.

У контексті європейських цінностей інклюзивна освіта вимагає свідомого ставлення самого суспільства до цього питання і, в першу чергу, педагогічних працівників. Важливим питанням є здійснення ними професійної діяльності, спираючись на такі принципи деонтології інклюзивної освіти, як: емпатія, толерантність, повага до людських відмінностей як до нормального явища, недопущення упередженого ставлення та дискримінації [3, с. 64; 67].

Місія закладу вищої освіти дати такі знання, практичні навички, основні принципи і технології організації освітнього процесу, які стануть пріоритетним інструментарієм у професійній діяльності майбутнього вчителя-дефектолога.

Отже, наразі актуальною є проблема підготовки майбутніх вчителів-дефектологів до роботи з дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату (далі – ОРА) в умовах інклюзивного навчання.

На сьогодні в Україні вже існує практика розв'язання зазначеної проблеми. Це підтверджується ґрунтовними науковими здобутками щодо підготовки майбутніх фахівців педагогічного профілю у ЗВО, представленими у дослідженнях філософсько-освітнього (В. Андрущенко, І. Зязюн, В. Кремень), професійно-педагогічного (О. Безлюдний, М. Євтух, В. Коваль, М. Мартинюк, Н. Ничкало), психолого-педагогічного (І. Бех, С. Максименко), соціального (О. Глузман, А. Капська, В. Радул), інклюзивного (А. Колупаєва, С. Миронова, Ю. Найда, Л. Савчук, Т. Сак, Т. Софій, О. Таранченко) та корекційного (В. Бондар, В. Засенко, В. Синьов, А. Шевцов, М. Шеремет) компонентів. Важливими є теоретичні положення про соціалізацію осіб з порушеннями опорно-рухового апарату (І. Мамайчук, О. Мастюкова, А. Шевцов, Л. Шипіцина). Значну цінність мають наукові праці, у яких досліджено проблему формування таких професійних якостей педагога, як: інклюзивна компетентність (С. Альохіна, Ю. Бойчук, О. Мартинчук, І. Хафізулліна, В. Хитрюк та ін.), готовність до інклюзивної освіти (О. Кузьміна,

І. Оралканова, С. Черкасова, Ю. Шуміловська, Т. Ярая та ін.) і корекційної діяльності (В. Вишньовський, Л. Прядко, Д. Шульженко та ін.) [1, с. 3-4].

Проте, незважаючи на наявність у сучасній науці праць, присвячених проблемі підготовки майбутніх вчителів-дефектологів до роботи з дітьми з порушеннями ОРА в умовах інклюзивного навчання, на сьогодні вона залишається однією з обговорюваних.

Успішність та ефективність підготовки майбутніх вчителів-дефектологів визначається їхньою готовністю до роботи в нових професійних умовах. Існують різні погляди на визначення інклюзивної готовності. Так, О. Мартинчук професійну готовність педагога у сфері інклюзивного навчання розглядає як інтегральну якість особистості, що проявляється у загальній здатності і готовності до виконання на високому рівні професійної діяльності у сфері інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами, здатності нести професійну відповідальність за результати цієї діяльності, постійно підвищувати рівень своєї професійної діяльності [2, с. 65].

В останні роки значними темпами зростає кількість дітей з особливостями психофізичного розвитку, зокрема із порушеннями +656.

Порушення ОРА можуть носити як вроджений, так і набутий характер. Найбільш розповсюдженим різновидом порушення ОРА серед дітей є дитячий церебральний параліч. Часто зустрічаються такі патології: вроджений вивих стегна, кривошия, клишоногість та інші деформації стоп; аномалії розвитку хребта; недорозвиток і дефекти кінцівок; травматичні ушкодження спинного мозку і кінцівок; поліартрит; захворювання скелету; системні захворювання скелету. Всі ці порушення мають одну особливість – недорозвиток, порушення або втрата рухових функцій. Залежно від тяжкості ураження, такі діти можуть пересуватися самостійно, на милицях, за допомогою ходунків, у візках. Водночас, чимало з них можуть навчатися у звичайній школі за умови створення для них сприятливих умов навчання та розвитку, безбар'єрного середовища, забезпечення спеціальним устаткуванням тощо [4, с. 59-60].

Професійна підготовка майбутнього вчителя-дефектолога до роботи з дітьми з порушеннями ОРА повинна носити комплексний характер – від постановки цілей до проєктування всього освітнього процесу і визначення його ефективності та результативності. Це можливо лише за умови використання таких підходів:

- системного, що дає змогу розглядати систему підготовки майбутніх вчителів-дефектологів на принципах єдності теорії і практики;
- дидактичного, спрямованого на оволодіння майбутніми фахівцями загальними та спеціальними знаннями, вміннями, принципами, методами і формами організації інклюзивного навчання;
- мотиваційного, спрямованого на формування стійких мотивів та внутрішньої готовності до роботи в умовах інклюзивної освіти;
- деонтологічного, на основі якого відбувається засвоєння моральних вимог, норм, принципів і правил поведінки, що визначають особливості взаємодії суб'єктів інклюзивної освіти [4, с. 64];
- компетентісного, спрямованого на вдосконалення професійних знань, вмінь, досвіду, індивідуальної професійної траєкторії розвитку;
- методологічного: застосування таких педагогічних технологій, що дозволяє сформувати у майбутніх вчителів-дефектологів цілісну структуру професійної діяльності в умовах інклюзивного навчання за допомогою оптимального поєднання різних форм, методів навчання та відтворення соціального контексту майбутньої діяльності.

На прикладі Хортицької національної академії можна зазначити, що з метою підготовки майбутніх вчителів-дефектологів, до навчального плану спеціальності 016 Спеціальна освіта включено такі навчальні дисципліни, як: «Основи інклюзивної педагогіки», «Методичний супровід інклюзивної освіти», «Психологічний супровід інклюзивної освіти», «Супровід в інклюзивному середовищі родин дітей з ООП». Змістовний компонент цих дисциплін використовується з метою формування позитивної мотивації та готовності майбутніх фахівців до здійснення інклюзивного навчання.

Під час навчальної діяльності, на рівні з традиційними формами, використовуються інформативні, роз'яснювальні, інтерактивні тощо. Проводиться профілактична робота щодо упередженого ставлення до осіб з інвалідністю, у процесі якої студенти можуть дізнатися

безпосередньо про їхні особисті потреби, інтереси і здібності, зосередити увагу на конкретній дитині, а не на її порушеннях.

Під час практичної підготовки проводиться консультативна робота з фахівцями, які мають певний досвід роботи і можуть бути тьюторами, фасилітаторами, наставниками для майбутніх вчителів-дефектологів.

Студенти вчаться здійснювати необхідні адаптації та модифікації, організовувати безбар'єрне середовище для дітей із порушеннями ОРА, знайомляться з будівельними нормами, правилами і стандартами, згідно з якими заклад освіти має забезпечити доступність навчальних приміщень для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп населення, зокрема безперешкодний доступ до будівлі, навчальних класів, груп, іншої інфраструктури тощо.

Таким чином, підготовка майбутніх вчителів-дефектологів до роботи з дітьми з порушеннями ОРА в умовах інклюзивного навчання має бути системною, спрямованою на оволодіння студентами професійно-ціннісними орієнтаціями; професійно-особистісними якостями, уміннями та компетентністю.

Список використаних джерел

1. Демченко І. І. Теоретичні і методичні засади підготовки майбутнього вчителя початкових класів до професійної діяльності в умовах інклюзивної освіти: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти», 13.00.03 «Корекційна педагогіка». Умань, 2016. С. 3-4.

2. Мартинчук О. В. Підготовка майбутніх педагогів до професійної діяльності в умовах інклюзивної освіти. *Вісник психології і педагогіки: Збірник наук. праць / Педагогічний інститут Київського університету імені Бориса Грінченка, Інститут психології і соціальної педагогіки Київського університету імені Бориса Грінченка*. Вип. 8. Київ, 2012. URL: <http://www.psych.kiev.ua>.

3. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта: навчальний посібник. Київ ТОВ «Агентство «Україна», 2019. 300 с.

4. Рівні можливості та громадянська освіта: Навчально-методичний посібник. Компанія Cambridge Education, 2008. 107 с.

УДК 376.2

Марія Антонова,

студентка 2 курсу магістратури спеціальності
«Спеціальна освіта» факультету реабілітаційної
педагогіки та соціальної роботи,
Хортицька національна академія,
м. Запоріжжя, Україна

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Удосконалення організації та змісту спеціальної освіти, своєчасної комплексної допомоги дітям із різними порушеннями психофізичного розвитку, в тому числі й з порушенням опорно-рухового апарату, мають першочергове значення для ефективності їхньої підготовки до школи, своєчасного лікування, корекційного навчання у школі, інтеграції в суспільство.

Реформування та модернізація системи освіти в Україні, демократичні перетворення, процеси гуманізації, інтеграції, входження у європейську спільноту зумовили зміну ставлення суспільства до проблем навчання та виховання дітей з особливими освітніми потребами, привели до усвідомлення необхідності їх більш широкої інтеграції в соціум [4].

У зв'язку з цим постає важливе питання запровадження інклюзивного навчання, формування нової філософії державної політики щодо дітей з особливими освітніми потребами, вдосконалення та

розвиток нормативно-правової бази, де кожна дитина, незалежно від стану її здоров'я, наявності інтелектуального, фізичного або розумового порушення має право на одержання якісної освіти.

Сучасні науковці здійснили ряд розробок із питань корекційно-відновлювальної роботи з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату (А. Колупаєва, Л. Вознюк, О. Нагорна, І Дичівська та ін.) та дійшли висновку, що питання ефективної організації інклюзивного навчання дітей із церебральним паралічем потребує наукового дослідження.

Характерними порушеннями для дитячого церебрального паралічу є рухові розлади (паралічі, парези), неспроможність контролювати та координувати рухи, мимовільність рухів, порушення загальної та дрібної моторики, рівноваги, просторової орієнтації, мовлення, слуху та зору, залежно від того, які відділи мозку зазнали ураження.

Альтернативою для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату стає інклюзивне навчання. Такий вид навчання в освітніх установах уможливорює надання необхідної психолого-педагогічної та медико-соціальної допомоги великій кількості дітей, дозволяє максимально наблизити її до місця проживання дитини, забезпечити батьків консультативною підтримкою, а також підготувати суспільство до прийняття людини з обмеженими можливостями здоров'я [1].

Основними принципами інклюзивної освіти є:

- рівний доступ до навчання в загальноосвітніх закладах та отримання якісної освіти кожною дитиною;
- визнання здатності до навчання кожної дитини та необхідність створення суспільством відповідних умов для цього;
- забезпечення права дітей розвиватись та мати доступ до всіх ресурсів місцевої спільноти;
- залучення батьків до навчального процесу дітей як рівноправних партнерів та їх перших вихователів та учителів;
- навчальні програми, які ґрунтуються на особистісно-орієнтованому та індивідуальному підходах, що сприяють розвитку навичок навчання протягом усього життя;
- визнання факту, що інклюзивне навчання передбачає додаткові ресурси, необхідні для забезпечення особливих освітніх потреб дитини;
- командний підхід у вихованні та навчанні дітей, який передбачає залучення педагогів, батьків, спеціалістів [3].

Першочерговим і найважливішим етапом підготовки системи освіти до реалізації інклюзії є етап психологічних і ціннісних змін її спеціалістів і рівня їхньої професійної компетентності. Вже на перших етапах розвитку інклюзивної освіти гостро постають проблеми:

- неготовності вихователів звичайних закладів дошкільної освіти (професійної, психологічної і методичної) до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами;
- недостатності професійних компетенцій педагога до роботи в інклюзивному середовищі;
- наявності психологічних бар'єрів і професійних стереотипів педагогів.

Інклюзивна освіта потребує постійного вдосконалення системи організації навчання дітей з особливими освітніми потребами взагалі та з порушенням опорно-рухового апарату зокрема. Це вдосконалення полягає в подоланні штучних бар'єрів не лише у вигляді побудови пандусів, врахування усіх проблем із розташуванням, наявності ліфту для пересування, а й у створенні єдиного освітнього простору, забезпечення спеціальним устаткуванням (пристрої для письма; шини, які допомагають краще контролювати рухи рук; робоче місце, що дає змогу утримувати певне положення тіла тощо). Зазвичай, діти із церебральним паралічем можуть потребувати різних видів допомоги. Спеціальне навчання та послуги можуть охоплювати фізичну терапію, окупаційну терапію та логопедичну допомогу. Фізична терапія допомагає розвивати м'язи, навчитися краще ходити, сидіти та утримувати рівновагу. Окупаційна терапія допомагає розвивати моторні функції (одягатися, їсти, писати, виконувати повсякденні дії). Логопедичні послуги допомагають розвивати комунікаційні навички, коригувати порушену вимову (що пов'язано зі слабкими м'язами язика та гортані). На додаток до терапевтичних послуг та спеціального обладнання дітям із порушенням опорно-рухового апарату може знадобитися допоміжна техніка. Зокрема комунікаційні пристрої (від найпростіших до найскладніших), комунікаційні дошки, наприклад, з малюнками, символами, буквами або словами, комп'ютерні технології (від простих

електронних пристроїв до складних комп'ютерних програм, які працюють від простих адаптованих клавіш).

Впровадження інклюзивної форми навчання та виховання в закладах дошкільної освіти для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату – це крок назустріч дитині, це нові підходи до навчання [2].

Для успішного впровадження інклюзивного навчання надзвичайно важлива ефективна, тісна співпраця та взаєморозуміння і довірливі стосунки між педагогами і родинами. Батьки, в яких дитина має порушення опорно-рухового апарату, не дивлячись на складність порушення, завжди потребують медичного консультування, психологічної підтримки та методичної допомоги від педагогічного колективу закладу.

Отже, дошкільники з порушенням опорно-рухового апарату повинні мати комфортне психологічне середовище для повноцінного психофізичного розвитку, якісні освітні послуги в умовах інклюзивного навчання.

Список використаних джерел

1. Вознюк Л. М. Проблематика стосунків між фахівцями та батьками дітей зДЦП. *Науковий часопис*. 2014. № 28. С. 41-45.
2. Дичківська І. Інклюзивна освіта: шляхи впровадження. *Дошкільне виховання*. 2013. № 12. С. 3-6.
3. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи. Київ, 2009. 272 с.
4. Нагорна О. Діти з особливими освітніми потребами: дитячий церебральний параліч. *Початкова освіта*. 2012. № 45. С. 6-10.

УДК 376:159.922.761

Ганна Афузова,

кандидат психологічних наук, доцент
м. Київ, Україна

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПЕДАГОГІВ ІНКЛЮЗИВНИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ

Соціальна інклюзія є одним із пріоритетних напрямків розвитку сучасного європейського суспільства. Проблему інтеграції та соціалізації осіб із психофізичними вадами, а також питання інклюзії в освіті досліджували багато науковців: В. Бондар, Л. Гречко, Т. Джонсон, Дж. Ендрю, В. Засенко, А. Колупаєва, А. Конопльова, Д. Лупарт, М. Малафєєв, І. Мамайчук, Ю. Найда, В. Синьов, Н. Софій, Л. Шипіцина та інші. Але й досі існує безліч суперечливих поглядів щодо інклюзивної освіти, зокрема, актуальним є питання вивчення дезадаптуючого впливу інклюзивного освітнього середовища на всіх учасників навчального процесу та забезпечення максимально оптимальних умов освітнього середовища для усіх суб'єктів інклюзивного процесу.

Однією із проблем сьогодення в Україні є брак висококваліфікованих фахівців, здатних забезпечити ефективний процес взаємодії в інклюзивному освітньому просторі. Це проблема не лише підготовки і перепідготовки висококваліфікованих фахівців у галузі спеціальної та інклюзивної освіти, а й забезпечення педагогічних кадрів у системі інклюзивної освіти якісним психологічним супроводом. Необхідно пам'ятати, що в системі інклюзивної освіти поняття «супровід» слід розповсюджувати не лише на учня з особливими освітніми потребами (саме особливості психолого-педагогічного супроводу таких учнів на сьогодні найбільш висвітлюються у вітчизняних наукових першоджерелах), а й на інші суб'єкти інклюзивного освітнього простору – інших учнів закладу, батьків усіх дітей, членів педагогічного колективу, які реалізують цей освітній процес.

Незважаючи на те, що термін «психологічний супровід» у практичній психології використовується практично з початку функціонування психологічної служби в системі освіти (початок

XX ст.), і дотепер відсутній єдиний підхід щодо визначення його змісту, цілей і завдань. Розглядаючи зміст психологічного супроводу з позицій допомоги педагогам інклюзивних закладів освіти, нам імпонує визначення Е. Зеєра, який вбачав під психологічним супроводом «цілісний процес вивчення, формування, розвитку і корекції професійного становлення особистості» [1, С. 252]. Вчений зазначає, що філософським підґрунтям системи супроводу людини є концепція вільного вибору як умови розвитку. Вихідним положенням для формування теоретичних основ психологічного супроводу Е. Зеєр вважав особистісно орієнтований підхід, у логіці якого розвиток розуміється як вибір і засвоєння суб'єктом тих чи інших інновацій, шляхів професійного становлення. Таким чином, супровід може трактуватися як «допомога суб'єкту у формуванні орієнтаційного поля розвитку, відповідальність за дії у якому несе він сам» [1, С. 253].

Слід розуміти, що інклюзивне навчання, як і будь-яке нововведення в практику шкільного життя, вимагає детального аналізу ресурсів і стану суб'єктів психолого-педагогічного супроводу, обговорення цілей і завдань діяльності, детального планування реалізації цих цілей. Педагог є центральною фігурою, що реалізує інклюзивні процеси. Він створює психолого-педагогічні умови для інтеграції дитини з особливими освітніми потребами в освітній простір. Необхідно відзначити, що діапазон ставлення педагога до учня з особливими освітніми потребами вельми широкий: від емоційного відкидання та ігнорування («аби не заважав») до гіперпротекції, інфантилізації та інвалідизації («бідний, нічого сам не може»). Це, в свою чергу, відбивається на якості та продуктивності професійної діяльності. Як зазначає М. Семаго із своїми однодумцями, у педагогів, які починають реалізовувати інклюзивну практику, на першому етапі виникає супротив, який може мати такі відомі причини: втрата контролю, втрата компетентності, особиста невизначеність, несподіванка, збільшення обсягу роботи тощо. Таким чином, визначаються дві змістові лінії необхідної професійної підтримки педагогів, які починають включатися в інклюзивний процес в освітньому закладі:

- розвиток психолого-педагогічної компетентності (оволодіння новими і спеціальними знаннями, прийняття відповідальності за результати педагогічної діяльності, опора на ресурси, побудова картини професійного майбутнього тощо);
- робота в команді фахівців, які реалізують інклюзивну практику (обмін інформацією, навчання, підтримка у вирішенні проблемних педагогічних ситуацій, проведення спільних навчальних та позанавчальних заходів із дітьми, батьками) [2].

Система підтримки педагогів, які реалізують інклюзивну практику як компонент цілісного психолого-педагогічного супроводу, повинна орієнтуватися на наступні принципи:

1. Принцип потенціалу (орієнтація на можливості формування і розвитку педагогічної компетентності, розкриття потенціалу і наявності ресурсів для реалізації успішної педагогічної діяльності в інклюзивній практиці).

2. Принцип усвідомленості і відповідальності (педагог повинен бути впевнений у своїх силах, а це можливо тільки в тому випадку, якщо педагог відчуває повну відповідальність за результати своєї праці. І важливим моментом тут слід відзначити, аби цілі професійної діяльності формулював сам педагог).

3. Принцип майбутнього (орієнтація на потенціал педагога, а не на ефективність його попередньої діяльності) [2].

Тому, в першу чергу, психологічний супровід педагогів у системі інклюзивної освіти передбачає визначення індивідуального педагогічного стилю фахівця, а також з'ясування основних уявлень і змісту, які педагог «вкладає» у власне бачення інклюзії. Серед основних завдань психологічної підтримки педагогів інклюзивного закладу освіти можна виокремити такі:

1. Визначення і використання особистісних ресурсів.
2. Постановка цілей професійного розвитку і складання плану реалізації поставлених цілей.
3. Подолання стереотипів стосовно осіб з особливими освітніми потребами та інклюзії в цілому.
4. Навчання навичкам ефективної взаємодії з усіма суб'єктами інклюзивного освітнього простору.
5. Тайм-менеджмент власної педагогічної (а за потреби – і позафахової) діяльності.
6. Рефлексія педагогічного досвіду, профілактика «синдрому емоційного вигорання» [2].

Для реалізації зазначених вище завдань психологу інклюзивного закладу освіти доцільно використовувати такі найбільш ефективні форми роботи: 1) консультація, коучинг; 2) експертна оцінка; 3) супервізія педагогічних ситуацій; 4) тренінг комунікативних навичок; 5) фокус-група тощо.

Крім цього, психолог школи повинен інформувати педагогів про результати психологічної діагностики; складати спільний план роботи, визначати завдання і розмежовувати обов'язки; проводити спільні уроки і позаурочні заходи. Таким чином, в обов'язки психолога інклюзивного освітнього закладу входить живий контакт з учителями та обговорення питань ефективного співпраці з учнем та батьками; постійна взаємодія і надання консультативної допомоги вчителям, для зниження ризиків їхнього професійного вигорання, а також інформаційно-методична підтримка.

Список використаних джерел

1. Зеер Э. Ф. Психология профессий: учеб. пособ. для студ. вузов. 4-е изд., перераб., доп. Москва : Академический проект; Фонд «Мир», 2006. 336 с.
2. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: методическое пособие / Под общ. ред. С.В. Алехиной, М. М. Семаго. Москва : МГППУ, 2012. 156 с.

УДК 376.3

Руслана Бавшина,
викладачка кафедри спеціальної педагогіки
та спеціальної психології,
Хортицька національна академія,
м. Запоріжжя, Україна

СПЕЦИФІКА МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДЦП

На сучасному етапі розвитку освіти розвиток мовленнєвої діяльності у дітей з особливостями психофізичного розвитку, адаптація їх до умов загальноосвітньої школи набула пріоритетного значення. Статистика свідчить, що з кожним роком в Україні спостерігається суттєве збільшення кількості дітей раннього віку, які мають порушення психофізичного та мовленнєвого розвитку. Частіше за все чинником ризику виникнення у дитини рухової патології є перинатальні ураження ЦНС, що об'єднують різні патологічні стани, зумовлені впливом шкідливих факторів у внутрішньоутробному періоді, під час пологів та в ранні терміни після народження. У дітей із перинатальною церебральною патологією поступово з дозріванням мозку виявляються ознаки пошкодження або порушення розвитку різних ланок рухового аналізатора, а також психічного, домовленнєвого та мовленнєвого розвитку. Перинатальна патологія є однією з основних причин рухових розладів, що ускладнюють навчання дітей у загальноосвітніх школах, а в подальшому і їхню соціалізацію. Основну масу дітей із руховою патологією складають діти з церебральним паралічем (89 %). Дитячий церебральний параліч (далі – ДЦП) – це поліетіологічне захворювання, що найчастіше починається внутрішньоутробно та продовжує розвиватися у перші роки життя.

Особливості розвитку дітей із ДЦП розглядали у своїх працях Л. Бадалян, В. Босих, М. Ейдінова, В. Ісанова, В. Левченкова, В. Козявкін, О. Мастюкова, К. Семенов, О. Меженіна, О. Правдіна-Вінарська, О. Сологубов та ін. Дані досліджень розкривають складність структури дефекту при ДЦП та визначають головну рухову патологію, яка обумовлює виникнення вторинних ускладнень, а саме, порушення мовлення. Особливості мовленнєвих порушень при ДЦП розкрито у роботах О. Архіпової, М. Іпполітової, Л. Лопатіної, О. Мастюкової, І. Панченко, О. Приходько, І. Смірнкової та ін. Особливості психічного, домовленнєвого та раннього мовленнєвого розвитку дітей із ДЦП, складність порушення, яка спричиняє труднощі в розвитку дитини із ДЦП та впливає на хід соціалізації, висвітлили Н. Всеволозька, Л. Журба, Н. Манько, С. Конопляста, О. Мастюкова, Т. Серганова, М. Шеремет,

М. Іпполітова, О. Архіпова, Л. Данилова, В. Тарасун, G. Tardieu, І. Панченко, О. Приходько, Н. Симонова, Е. Правдіна-Винарська та ін).

Основним клінічним симптомом у дітей із церебральним паралічем є розлад рухової функції, до якого приєднуються порушення психіки, зору, слуху, мовлення. За даними клінічних досліджень, мовленнєві порушення при ДЦП складають від 70 до 85%, утруднюють спілкування дітей з оточуючими та негативно позначаються на їхньому розвитку.

Особливості вад мовлення, ступінь їхньої вираженості залежить від виду церебрального паралічу, локалізації та тяжкості ураження мозку, вторинного недорозвитку чи пізнього формування мовленнєвих зон кори головного мозку. Проте, при ДЦП можуть взагалі не спостерігатися ті чи інші вади мовлення.

Серед мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку із ДЦП виділяють: фонетико-фонематичний недорозвиток, що проявляється у різних формах дизартричних порушень; загальний недорозвиток мовлення, що передбачає системне порушення всіх складових мовленнєвої діяльності; особливості засвоєння лексичної складової, обумовлені специфікою захворювання; порушення граматичного ладу мовлення, що нерозривно пов'язане з лексичними та фонетико-фонетичними розладами; відставання у формуванні зв'язного мовлення та розуміння мовленнєвих висловлювань, які мають особливу специфіку при різних формах паралічу; порушення темпу, ритму та плавності мовлення, що проявляються у вигляді заїкання внаслідок судомного стану м'язів артикуляційного апарату; усі форми дисграфії та дислексії, що виникають через несформованість зорово-моторних, оптико-просторових та артикуляційно-акустичних навичок.

Характерні особливості дизартрій при ДЦП проявляються у впливі тонічних рефлексів на мовленнєву мускулатуру. Дитина із ДЦП зі значними труднощами та в обмеженому обсязі виконує рухи, слабо відчуває положення та рухи своїх кінцівок та органів мовленнєво-рухового апарату, що свідчить про відставання в розвитку кінестетичного сприймання. У дітей із ДЦП спотворено формується оральний праксис, розвиток значно утруднюється через наявність парезів та паралічів м'язів мовленнєво-рухового апарату, слабкість кінестетичних відчуттів, напруження м'язів язика та губ. Особливістю дизартрій при ДЦП є прояви оральної диспраксії, що утруднює виконання цілеспрямованих рухів, посилює порушення звуковимови у дошкільників, зумовлені специфічним наростанням м'язового тону в артикуляційній мускулатурі. Вираженість несформованості артикуляційної моторики зазвичай корелює з тяжкістю порушень функції рук. Порушення артикуляційної моторики призводить до вторинного відставання у формуванні фонематичного сприймання, що, в свою чергу, викликає труднощі у засвоєнні звукового аналізу та спотворення складової структури слів.

При спастичній подвійній геміплегії (ураження нижніх та верхніх кінцівок) можлива як анартрія, цілковита неможливість мовлення, так і спастична дизартрія, коли мовлення дитини переривається тривалими паузами внаслідок раптових судом та надмірного напруження м'язів у загальній та мовленнєвій мускулатурі.

Псевдобульбарна дизартрія характеризується збільшенням м'язового тону в артикуляційній мускулатурі, підвищеною саливацією, оральними синкінезіями, порушеннями жування, ковтання, дихання та голосоутворення, найчастіше зустрічається при геміпаретичній формі ДЦП.

Гіперкінетична форма супроводжується переважно підкірковою дизартрією, що проявляється у змінному характері м'язового тону в артикуляційній, дихальній та фонаційній мускулатурі (дистонія), у тонічних спазмах, що викликають своєрідні розлади голосоутворення та дихання, порушення просодичної складової мовлення. Всі вищезазначені прояви роблять мовлення дошкільників із ДЦП малозрозумілим або взагалі незрозумілим. У дітей із зазначеною формою церебрального паралічу спостерігається зниження слуху, причому переважно на високі тони.

При атонічно-атактичній формі ДЦП спостерігається мозочкова дизартрія, що характеризується порушенням загальної та артикуляційної моторики, неузгодженістю в роботі артикуляційної, фонаційної та дихальної мускулатур, обумовлених низьким м'язовим тонусом, відсутністю точності рухів, порушенням їх координації, синхронності та ритму. Мовлення при цьому втрачає плавність звучання та стає розірваним, скандованим.

У поодиноких випадках поєднання різних форм церебрального паралічу породжує виникнення змішаних форм дизартричних розладів. При ДЦП можливі також прояви стертої дизартрії, що має

органічну мікросимптоматику та проявляються у однобічних порушеннях артикуляційних м'язів, внаслідок чого спостерігаються відхилення язика вбік.

Загальний недорозвиток мовлення при ДЦП обумовлений ураженням центральної нервової системи, повільним темпом дозрівання кіркових відділів головного мозку, зокрема кіркових мовленнєвих зон, порушенням розвитку аналізаторної діяльності, несистематизованим обсягом знань та обмеженням уявлень про оточуючий світ, недостатньо розвиненою предметно-практичною діяльністю, обмеженими соціальними контактами, помилками виховання, негативним емоційним фоном тощо.

Незначний відсоток (3–5 %) складають дошкільники із ДЦП та моторною алалією (зі спастичною формою деплігії), мовлення дітей без цілеспрямованого логокорекційного впливу практично не розвивається та залишається на рівні звуконаслідувальних та лепетних слів.

Особливості засвоєння дошкільниками з церебральним паралічем лексичної складової мовлення характеризуються вживанням переважно іменників та дієслів, недостатнім розумінням їхнього значення, багаторазовим повторюванням одних і тих самих слів, змішуванням синонімічних понять, нестійкістю зв'язку між звуковою та змістовною характеристикою слова.

Відставання у формуванні зв'язного мовлення дітей з ДЦП обумовлені обмеженістю їхнього мовленнєвого спілкування, низькою пізнавальною та мовленнєвою активністю, недостатнім привертанням уваги до звукового, змістовного, лексико-граматичного оформлення мовлення та проявляються у загальній спрощеності висловлювань, порушенні структури речення, пропусках прийменників, вживанні неправильного порядку слів, недотриманні послідовності програми повідомлення. Зазначені порушення можуть мати як специфічно лінгвістичну природу, так і неспецифічний характер у зв'язку з загальними психічними особливостями дітей із церебральним паралічем.

Таким чином, при ДЦП порушеними виявляються всі сторони мовлення, що негативно впливає на психічний розвиток дитини в цілому. Мовленнєвий розвиток дітей із ДЦП характеризується кількісними та якісними особливостями, значною своєрідністю. Усунення мовленнєвих порушень у хворих на ДЦП є необхідним завданням їхньої реабілітації. Ефективність їх подолання залежить від системного комплексного підходу. Тільки поєднання психологічного, логокорекційного впливу з обов'язковим урахуванням форм ДЦП, механізмів мовленнєвих розладів, застосуванням артикуляційного масажу, логоритміки, загальної лікувальної фізкультури, фізіо- та медикаментозної терапії принесе відчутні позитивні результати у корекційно-розвитковій роботі.

Список використаних джерел

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом (доречевой период). Москва : Просвещение, 1989. 234 с.
2. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи. Київ : Здоров'я, 1988. 228 с.
3. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопедія : навч. посіб. 2-ге вид., доп. за заг. наук. ред. М. К. Шеремет. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2010. 672 с.
4. Манько Н. В. Діагностика та корекція мовленнєвого розвитку дітей раннього віку: науково-метод. посіб. Київ : КНТ, 2008. 256с.
6. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології : навч. посіб. Київ : Вища школа, 1994. 143 с.

УДК 376.3

Галина Горшкова, аспірант,
Запорізький національний університет,
м. Запоріжжя, Україна
Науковий керівник: Р. В. Клопов,
доктор педагогічних наук, професор,
Запорізький національний університет,
м. Запоріжжя, Україна

ОСОБЛИВОСТІ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Впровадження інклюзивної освіти, удосконалення організації та змісту спеціальної освіти, своєчасної комплексної допомоги (лікування та корекційної навчально-виховної та реабілітаційної роботи) дітям із різними порушеннями психофізичного розвитку, у тому числі з порушеннями опорно-рухового апарату, мають першочергове значення для ефективності підготовки до школи, навчання в школі, інтеграції в суспільство дітей із порушеннями опорно-рухового апарату [1].

У залежності від природи порушень опорно-рухового апарату таких дітей умовно можна поділити на кілька груп: *захворювання нервової системи* (дитячий церебральний параліч (ДЦП), поліомієліт); *вроджені порушення опорно-рухового апарату* (вроджений вивих стегна, кривошия, клишоногість, аномалія розвитку хребта (сколіоз), недорозвиток та порушення розвитку кінцівок, артрогрипоз (вроджені порушення розвитку зовнішності), порушення розвитку пальців рук); *набуті захворювання і порушення опорно-рухового апарату* (травматичні ураження спинного мозку, головного мозку і кінцівок, поліартрит, захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кінцівок, остеомієліт), системні захворювання скелету (хондродистрофія, рахіт). За ступенем тяжкості порушень рухових функцій і за ступенем сформованості рухових навичок діти поділяються на три групи: із важкими руховими порушеннями; із середнім ступенем рухових порушень; із легкими руховими порушеннями [5]. Діти із ДЦП складають переважну більшість серед дітей із порушеннями опорно-рухового апарату [5].

У вітчизняній і зарубіжній спеціальній педагогіці розроблено ряд питань щодо корекційно-відновлювальної роботи з дітьми, що мають ДЦП (Є. Єфіменко, М. Мога, Р. Бабенкова, Е. Данілавичюте, Л. Данилова, Л. Дробот, Т. Ілляшенко, М. Іпполітова, О. Мастюкова, М. Малофєєв, Л. Мороз, А. Обухівська, Л. Ханзерук та ін).

Провідними у дітей із ДЦП є рухові розлади – затримка формування, недорозвиток, порушення або втрата рухових функцій. Унаслідок складності проявів порушення, діти із ДЦП потребують лікувальної, соціальної, психолого-педагогічної допомоги. Дітям з іншими порушеннями опорно-рухового апарату, як правило, спеціальне навчання і виховання не потрібне, тому що вони не мають порушень пізнавальної діяльності.

Через наявність у дитини з ДЦП рухових порушень різного ступеня, вона з народження виявляється повністю залежною від дорослих. Це негативно впливає на емоційну і вольову сферу дитини, у неї відсутня ініціативність і розвивається пасивність у діях. У більшості дітей із ДЦП порушуються мовлення, зір, слух у результаті раннього ураження головного мозку. За даними вчених, порушення мовлення виявляються у переважній більшості дітей із ДЦП [3]. Ступінь порушення мовлення залежить від часу і локалізації ураження головного мозку. Велике значення мають і так звані вторинні порушення, які відбуваються в постнатальному розвитку дитини. Затримки розвитку мовлення або відставання в мовленнєвому розвитку обумовлені тим, що діти із ДЦП мають досить невеликий обсяг знань і уявлень про навколишній світ, недостатньо спілкуються і мають обмежену кількість соціальних контактів. Доповнює несприятливий вплив на дитину і тим самим посилює його мовленнєвий недорозвиток тривале перебування дитини в лікувальному закладі, у відриві від матері, і зміна навколишнього оточення. Якщо дитина перебуває в домашніх умовах, то дорослі намагаються полегшити його стан і не формують у дитини потреби в мовленнєвому спілкуванні, тим самим часто неусвідомлено заважаючи розвитку мовлення своєї дитини. У дітей із ДЦП мовленнєворуховий аналізатор порушений органічно. Це призводить до порушень не тільки звуковимови, а й голосу,

дихання, темпо-ритмічного малюнка мовлення. При ДЦП основними є фонетико-фонематичні порушення, і в першу чергу дизартрія [3]. Виділяють кілька форм дизартрії в залежності від форми ДЦП і кілька ступенів – від найтяжчої – анартрії, до легкої – стертої форми дизартрії. У легких випадках мовлення дитини змазане, уповільнене, бідне інтонаційно, у важких – рухи органів артикуляції настільки обмежені, що не дають можливості вимовити ні слова. Язик, губи, м'язи щік – ті ж м'язи, що і в усьому організмі, і порушення тонуся і рухливості, коли вони присутні в усьому організмі, будуть відзначатися і в органах артикуляції. Як правило, завжди відзначається залежність між ступенем порушення артикуляційної моторики і станом моторики рук.

Крім дизартрії, досить часто у дітей із ДЦП зустрічається алалія – недорозвиток мовлення в результаті ураження кори головного мозку. В цьому випадку порушено не тільки експресивне мовлення, але страждає також імпресивне мовлення, спостерігаються проблеми зв'язного мовлення, граматичної будови мовлення, складової структури слова, тобто проблеми формування мовлення як системи [1].

Багатьом відомо, що вчитель-логопед не пише діагноз, а пише висновок: «Загальний недорозвиток мовлення» (ЗНМ), «Фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення» (ФФНМ)», згідно психолого-педагогічної класифікації. Терміни дизартрія, алалія – не є висновками, а є діагнозами, які поставити має право лише лікар-невролог. Однак вчителі-логопеди, що працюють із дітьми із ДЦП, змушені користуватися саме клінічною класифікацією порушень мовлення, тому що згадана психолого-педагогічна класифікація не несе ніякої інформації про конкретну дитину із ДЦП. Зазначені порушення вчитель-логопед може виявити у дитини вже в самому ранньому віці, в так званому домовленнєвому періоді – по одноманітному слабкому крику, бідності гуління і белькотіння [3, 4]. Також у самому ранньому віці відзначають проблеми із смоктанням, ковтанням, пізніше – утруднене жування. У перші роки життя дитини часто спостерігається повільний темп мовленнєвого розвитку – як правило, в ранньому віці, навіть у важких випадках захворювання, розвиток загальної моторики випереджає розвиток мовлення. Діти із ДЦП вимовляють перші слова в середньому лише у 2-3 роки, але після трьох років, за умови регулярних логопедичних занять, часто відбувається помітний стрибок в мовленнєвому розвитку, мовлення починає випереджати моторику і стрімко формуватися. Якщо інтелект дитини збережений, тонуся і рухливість м'язів артикуляційного апарату змінені незначно, то при регулярних заняттях з вчителем-логопедом розвиток мовлення у шкільному віці йде в рамках вікової норми [4].

Майже всі діти із ДЦП відрізняються підвищеною стомлюваністю. При цілеспрямованих діях, що вимагають участі розумових процесів, діти стають млявими швидше, ніж їхні здорові однолітки, їм важко зосередитися на завданні. Вони можуть відмовитися виконувати завдання, якщо їм не вдається з ним впоратися, і повністю втратити інтерес до нього. У деяких дітей при втомі може виникнути рухове занепокоєння. При цьому дитина жестикулює, у нього посилюються гіперкінези, може бути слинотеча [2].

Діти із ДЦП дуже тонко відчують ставлення до них оточуючих і реагують на будь-яка зміна в їхній поведінці. Такі діти дуже вразливі, їх легко образити, викликати у них невдоволення або яку-небудь негативну реакцію [2].

Таким чином, можна стверджувати, що порушення в руховій сфері впливають на психічний розвиток дитини в цілому та на розвиток мовлення наразі. Важливо мати на увазі те, що чим раніше і повніше відбудеться діагностика захворювання і почнеться корекційна навчально-виховна та реабілітаційна роботи з подолання порушень, тим сприятливіше буде динаміка. Крім лікарів, педагогів і психологів, велика роль відводиться і батькам дитини із ДЦП. За їхньою допомогою дитина опановує навички самообслуговування, які необхідні їй для успішної адаптації в житті. Робота повинна носити систематичний характер і поєднувати в собі лікувальний, реабілітаційний, педагогічний, корекційний і психологічний вплив. Прогноз із розвитку мовлення дітям із порушеннями опорно-рухового апарату, особливо із ДЦП, робити вкрай складно. Але віра в дитину, віра в успіх завжди дають позитивні результати.

Список використаних джерел

1. Глушенко К. О., Гладких Н. В. Актуальні проблеми навчання та виховання дітей з комплексними порушеннями розвитку в Україні. URL : <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/7682/1/Glushenko%20K.O.%2C%20Gladkih%20N.V..pdf> (дата звернення : 09.09.2019).

2. Добряков И. В., Крыжко Е. В. Психическое развитие детей с церебральными параличами: особенности, отклонения, расстройства, психокоррекция и психотерапия. URL: <https://uchebnikfree.com/knigi-sotsialnaya-psihologiya/dobryakov-kryjko-psihicheskoe-razvitie-detey-42556.html> (дата звернення : 11.09.2019).

3. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: младенческий, ранний и дошкольный возраст. Москва : Просвещение, 1991. 159 с.

4. Мастюкова Е. М., Московина А. Г. Воспитание в семье ребенка с детским церебральным параличом. URL : <https://uchebnikfree.com/knigi-sotsialnaya-psihologiya/mastyukova-moskovkina-vospitanie-seme-rebenka-42555.html> (дата звернення : 12.09.2019).

5. Програма розвитку дітей дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату. URL : <https://mon.gov.ua/ua/osvita/zagalna-serednya-osvita/navchannya-ditej-u-specialnih-zakladah-osviti/osvita-ditej-z-osoblivimi-potrebami/navchalni-programi/korekcijni-programi/programi-rozvitku-dlya-ditej-z-osoblivimi-osvitnimi-potrebami-doshkilnogo-viku> (дата звернення : 11.09.2019).

УДК 376

Іван Єрмаков,
кандидат історичних наук,
м. Київ, Україна

ЖИТТЄТВОРЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПЕДАГОГІКИ

*Все йде, все минає,
І краю немає!*

Цими словами вічний поет виявляє перед нами той постійний рух людності до поступу, рух, що ні на хвилину не зупиняється, що йому немає ані кінця, ані краю. Людність раз у раз шукає кращого, йде назустріч новому, обробляє його, то відкидає, то вбирає в себе, утворює нові форми життя, створює нові моральні, соціально-політичні ідеали й, не зупиняючись, іде вперед, іде добувати собі долю, опановувати природу, будувати нове продуктивне життя.

Софія Русова.

Сьогодні, як ніколи, актуальні слова видатного педагога Фрідріха Фребеля про те, що існує час, коли освіта знаходиться у центрі соціального інтересу. Ми живемо саме в такий час – час непростих змін, глибоких історично значущих перетворень, коли на перший план вийшла проблема людини як суб'єкта історичного процесу, здатної до соціальної творчості, розв'язання складних завдань із величезною кількістю невизначеності й одночасно здатної до збереження всіх найкращих людських якостей, людського потенціалу.

А це визначає особливу роль філософії освіти: вона покликана озброїти людину необхідними ціннісно-смысловими і світоглядними знаннями для глибшого розуміння й осмислення дійсності, включення її у перетворювальну діяльність для розв'язання стратегічного завдання – **бути творцем і проектувальником свого життя**. Смысл філософії освіти завжди полягав у тому, щоб не лише прояснити ті світоглядні структури, які визначають образ світу і спосіб життя людей у ту чи іншу історичну епоху, але й рефлексувати над цими глибинними структурами, запропонувати можливі варіанти нових життєвих смислів і нових цінностей.

Ось чому місія нової української школи полягає в тому, щоб допомогти кожній дитині, зокрема з особливими освітніми потребами, усвідомити смисл свого життя, визначити «свій образ буття», зустрітися зі своєю сутністю (М. Хайдеггер), оволодіти універсальними константами життєвого світу, постійно шукаючи відповіді на «останні питання буття» (В.Біблер), що визначають орієнтири в її розвитку, систему смисложиттєвих координат, у яких вона може існувати. **Які домінанти людини, такий і її інтегральний образ світу, таке щастя і нещастя, таке й обличчя її для інших людей. Тому значущим є формування філософії образу дитини з особливими потребами, у**

якій, як у дзеркалі, відбиваються всі болі й тривоги суспільства, рівень його демократичності і відкритості, масштаб утвердження загальнолюдських цінностей та ідеалів.

Дороговказом для ХХІ ст. є життєва стратегія, зафіксована у Конвенції про права дитини і спрямована на те, як допомогти дитині з особливими потребами вести повноцінне життя в умовах, що забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства.

На зламі століть закономірний пошук відповідей на запитання: *Як плекати образ людини – господаря власної долі? Якою має бути людина у житті і чим вона озброєна для життя? Як допомогти дитині з особливими потребами компетентно обрати свій життєвий шлях та ефективно інтегруватися в суспільство? Як подолати соціальний параліч, недовіру й відчуженість? Як освіта сприятиме особистісному розвитку, розкриттю потенційних можливостей дитини з особливими потребами?*

Ці та інші життєвоважливі питання є предметом філософської, педагогічної, методологічної рефлексії, спрямованої на пошук інноваційних моделей розвитку життєвої і соціальної компетентності, інтеграції дітей з особливими потребами в українське суспільство.

Видатний філософ ХХ ст. Х. Ортеґа-і-Гассет зазначав: «Мені дано «моє життя», і моє життя – це передусім те, що я знаходжусь у світі; і не в якому-небудь невизначеному, а в цьому світі, у цьому нинішньому, не просто в цьому театрі, а саме в цей момент, роблячи те, що я в ньому роблю, у цьому театральному фрагменті мого життєвого світу, я філософствую. Отже, корінне питання філософії полягає в тому, щоб визначити цей образ буття, цю реальність, якою ми називаємо «наше життя». Отже, життя – це те, чого ніхто не може зробити за мене, життя існує без права передачі, це не абстрактне поняття, це моє найіндивідуальніше буття [1].

Сьогодні як ніколи гостро постає завдання осмислення й пізнання нових педагогічних реалій, створення нової філософії освіти, відкритої до таємниць життя людини, її прагнень, життєвого й духовного світу.

На цій основі має формуватися нова педагогіка – **педагогіка життєтворчості**, у центрі якої – дитина з її радощами і болями, злетами і драмами, інтересами, потребами, з її напруженим екзистенційним духовним світом.

«Коли змінюється філософія людини (її природи, її цілей, її мети, її реалізації), – зазначав А. Маслоу, – тоді змінюється все, а не лише філософія політики, економіки, етики й аксіології, філософія міжособистісних стосунків і самої історії. Змінюється й філософія освіти, психотерапії й особистісного розвитку, теоретичні уявлення про те, як допомогти людині стати тією, якою вона може і якій їй слід стати. Зараз ми перебуваємо у процесі такої зміни концепції здібностей, потенціалу і цілей людини. Народжується нове бачення можливостей і долі людства. Цей процес здатний викликати багато наслідків, і не тільки для наших концепцій освіти, але й для нашої науки...

Я думаю, що зараз у нас є можливість розпочати формування нового погляду на людську природу як на «цілісну, єдину, складну психічну систему» [2].

У глибоких, пророчих словах одного з видатних представників гуманістичної психології ХХ ст. А. Маслоу міститься квінтесенція, суть нової філософії освіти, педагогіки, покликаної розкрити шляхи самоактуалізації й самореалізації особистості, задоволення її вітальних і духовних потреб, впливати на стрижневе, внутрішнє в людині, тобто на те, чим вона живе, до чого прагне, які дороги обирає, на її переконання, цінності, на основі яких вона намагається будувати свій життєвий проект, визначати свої життєві орієнтири і кредо. Людина, яка зростає, повинна сама себе створити, осмислити власне життя, оволодіти мистецтвом життєтворчості.

На межі століть педагогіка покликана проаналізувати свої здобутки, уроки, освоїти нові цінності. Ми є свідками того, як у процесі проведення масштабного експерименту із комплексної реабілітації дитини із проблемами розвитку народжуються прообрази інтегрованої школи ХХІ століття, що базуються на нових концептуальних засадах, передусім ідея життєтворчості особистості. Саме ідеї життєтворчості, плекання дитини як суб'єкта життя стануть, на наш погляд, альфою та омегою нової інтегрованої школи, яка допомагатиме учням опанувати чотири стрижневі стовпи –

навчитися пізнавати життя; навчитися життєвої і соціальної компетентності; навчитися жити разом; навчитися мистецтва життя.

Життєтворчість – особлива, вища форма виявлення творчої природи людини. Вона сприяє самостійному вибору особистістю стратегії життя, розробці життєвих планів і програм, вибору та використанню засобів, необхідних для реалізації індивідуального життєвого проекту.

Мистецтво жити є вищою розвинутою здатністю до життя. Оновлення змісту, технологій, функцій педагогіки є найпродуктивнішим, оскільки розкриває нове бачення проблем, містить прогностичну філософію інтегрованої школи століття.

Найціннішим надбанням педагогіки життєтворчості є те, що її цілі, зміст близькі не лише педагогам-реформаторам, а й дітям, які стають співтворцями нових моделей школи ХХІ ст., глибше осмислюють своє життя, навчаються для того, щоб оволодіти мистецтвом життєтворчості, мистецтвом бути. «Учитися бути» – означає пізнати самих себе, усвідомити свої сили й можливості, покінчити з фаталізмом і покірністю, означає вчитися жити, пізнавати, мислити вільно і критично, учитися любити світ і робити його гуманнішим, учитися творчості.

Освоєння дитиною з особливими потребами мистецтва жити допомагає їй опанувати **технології самореабілітації, самомотивації**.

Ця самомотивація значною мірою залежить, по-перше, від змісту смислу життя (тобто від більш або менш чіткого адекватного розуміння необхідності жити); по-друге, від певної якості, способу життя (від необхідності цю якість змінити чи відстояти в екстремальних умовах); по-третє, від жадоби, волі до життя (тобто від спрямованості до певної якості, до життя, що відповідає визначеному смислу життя); нарешті, від наявності – відсутності смаку до життя (від можливості та здатності насолоджуватися своїм існуванням як таким).

Воля до життя є похідною від духовного здоров'я особистості, і водночас вона є одним із найважливіших «регуляторів», що забезпечують максимально можливий рівень і душевного, і фізичного здоров'я. Воля до життя – це мобілізація сил на втілення смислу життя в певному способі життя, зокрема мобілізації на досягнення життєстверджуючого смислу смерті: не просто існувати, а саме повноцінно жити, устигнути відбутися повноцінною особистістю; навчитися цінувати життя, берегти людей, особливо близьких, поки вони живі; бути відповідальним за себе і своїх близьких перед власною моральною совістю. Формування волі до життя безпосередньо пов'язане з перетворенням особистості зі стихійного на свідомого суб'єкта власного життя [3].

У контексті педагогіки життєтворчості школа має стати інститутом збереження й зміцнення фізичного, психічного, морального, духовного здоров'я дитини, допомоги їй у ситуації життєвої кризи, збереження особистості в драматичних обставинах життя, захисту від різних стресогенних чинників. Освіта має відігравати важливу роль у попередженні учня про прірви, небезпеки життя. У цьому плані вона набуває випереджувального й попереджувального характеру. Захисна людинозберігаюча функція педагогіки, освіти була завжди домінуючою, але її значущість зростає у трансформаційні, перехідні періоди розвитку суспільства, особливо на етапах історичних системних криз, від яких найбільше страждають діти. Школа повинна допомогти вижити дитині з особливими потребами в нестабільному суспільстві, виробити захисні механізми, навчити самостійно вирішувати життєві проблеми.

Вона покликана стати альтернативою «поганого життя», зла, несучи людині, яка зростає, загальнолюдські цінності як матеріал для особистого вибору, оскільки «жити – значить бути відповідальним» і «людина – це драма» (Х. Ортега-і-Гассет).

У складних умовах трансформації суспільства, у час невизначеності й непевності, знецінення життя людини зростає значення *реабілітаційної функції освіти і школи*. Реабілітаційна педагогіка, яка ґрунтується на засадах життєтворчості, покликана допомогти визначити шляхи вирішення соціальної, медичної, психолого-педагогічної проблематики розвитку дитини, життя якої обтяжене хворобою або іншими несприятливими соціально-психологічними факторами.

Поняття «реабілітаційна педагогіка» охоплює відновлення частково втрачених або послаблених властивостей і функцій організму, особистості дитини, окремих її сторін з метою максимально повного розвитку індивідуальних можливостей і активно перетворювальної адаптації до навколишнього світу. Необхідність організації навколо дитини з особливими потребами

реабілітаційного простору потребує створення оптимістичної, позитивно емоційно насиченої атмосфери. Саме духовне, міжособистісне спілкування, що сприяє розкріпаченню, запускає в дію реабілітаційні механізми, забезпечує значною мірою відновлення різних функцій особистості.

Важливий напрямок реабілітаційної педагогіки-*допомогти дитині з особливими потребами опанувати мистецтвом самореабілітації*-механізмом і здатністю до самопомоги в найбільш продуктивному подоланні кризових ситуацій, виході зі скрутного становища, поверненні на тимчасово втрачену траєкторію життєвого шляху. Така психологічна допомога сприяє розкриттю життєвого потенціалу, стимулює самостійні пошуки нових можливостей самоздійснення, наближення до себе, до власної сутності. Тож реабілітаційна педагогіка сприяє становленню дитини як суб'єкта життя, що володіє мистецтвом пізнання самого себе, життєвою компетентністю, життєздатністю. **Життєздатність** – це спроможність суб'єкта відтворювати себе, свою культуру, свої взаємини всупереч нескінченним потокам небезпек, долаючи їх і відповідаючи на них відповідно до реального виклику історії людської долі.

Прикладним завданням реабілітаційної педагогіки є теоретичне та організаційно-практичне забезпечення освітньо-реабілітаційного процесу як у системі спеціальної освіти, так і у процесі інтеграції дітей з особливими потребами в загальноосвітні школи.

В основі реабілітаційної педагогіки міститься уявлення про хворобу як руйнівний процес в організмі, що характеризується не лише поганим фізичним самопочуттям хворої дитини, а й змінами її особистості, зрушеннями в емоційній сфері. Відновлення здоров'я передбачає подолання наслідків переживань, небажаних установок, невпевненості у власних силах, тривоги про погіршення стану і рецидиви хвороби. Що ж актуалізує, зумовлює необхідність розробки теоретичних основ реабілітаційної педагогіки на засадах життєтворчості особистості, реалізації її конструктивних ідей у педагогічній практиці?

По-перше, це поглиблення кризового стану всіх сфер життя українського суспільства. Драматизм полягає в тому, що криза має системний характер і великою мірою позначається на психіці молодого покоління. Типовою ситуацією особистісного сприйняття умов життя, соціального середовища є стан непевності значної частини населення, зокрема й молоді, щодо перспектив свого життя, свого місця в стихії суспільних змін. Криза, пов'язана з переходом до ринкових відносин, втягує в екстремальні умови існування дедалі ширші верстви населення.

Від нестабільності суспільства потерпають насамперед діти. Вона є передумовою кризи в розвитку особистості: змінюється структура мотивацій, ціннісні орієнтири. Кризова ситуація в суспільстві, соціальна напруга, занепад духовних і моральних цінностей спричинили глибокі зрушення у світосприйманні, орієнтації молоді у сфері культури, професійного самовизначення. Особливо руйнівними є розгубленість, втрата ідеалів, неоптимістичне сприйняття життя, відчуження від суспільства. Серйозний дефіцит позитивного впливу на молоде покоління призводить до того, що серед молоді й дітей усе більше зростає тривога, соціальний параліч, страх.

Тому першочерговим завданням реабілітаційної педагогіки є глибоке вивчення деструкції соціального середовища і феномена дезорганізації, дезадаптації особистості молоді людини. Важливого значення набувають питання соціальної, світоглядної, духовної реабілітації особистості в сучасному мінливому світі, а також ті психологічні та педагогічні чинники, що стимулюють чи гальмують цей процес.

По-друге, втрата інтересу державних і громадських інститутів до проблем дитинства. Відсутність довіри до дітей, виведення їх за межі соціально значущих справ відіграє серйозну психологічну роль у характеристиці відносин дорослого світу і дитинства. Ця обставина призводить до деформації підлітково-юнацької самосвідомості: молода людина внутрішньо ще не готова зайняти значущу соціальну позицію й усвідомити власне «Я» в системі багатопланових суспільних відносин. А це спричиняє інфантилізм, егоїзм, духовну спустошеність. Таким чином виникає загроза занепаду всієї системи успадкування культурно-історичного досвіду.

По-третє, погіршення соціальної ситуації, збільшення кількості дітей, що живуть у винятково важких соціальних умовах. Серйозної уваги потребують діти-сироти, діти, які залишилися без піклування батьків, діти з особливими освітніми потребами, діти «групи ризику».

По-четверте, разюче погіршення здоров'я підростаючого покоління. Особливо згубні наслідки чорнобильської катастрофи. Криза екологічного стану в Україні призвела до загострення загальнонаціональної проблеми – забезпечення умов для фізичного виживання підростаючого покоління.

Поглиблення негативних тенденцій у дитячому середовищі потребує від науковців, педагогів, громадськості глибокого дослідження проблем комплексної реабілітації, відновлення фізичного, психічного, морального здоров'я дітей, інтеграції їх у суспільство. Саме ці обставини актуалізують завдання виробити нові підходи до педагогічної підтримки дітей з особливими освітніми потребами, пошуку перспективних технологій їх інтеграції в суспільство («Соціальної інклюзії»), як того вимагають Конвенція ООН «Про права осіб з інвалідністю», Закон України «Про освіту», нормативно-правові документи про організацію інклюзивної освіти в Україні, оптимізацію психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг дітям з особливими освітніми потребами. Як зазначається у статті 19 Закону України «Про освіту», «органи державної влади та органи місцевого самоврядування створюють умови для забезпечення прав і можливостей осіб з особливими освітніми потребами для здобуття ними освіти на всіх рівнях освіти з урахуванням їхніх індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів».

На порозі XXI ст. зростає потреба у проведенні випереджувальних, прогностичних експериментів із різних аспектів комплексної реабілітації на засадах педагогіки життєтворчості.

Мета такої пошукової роботи – розробка концептуальних, змістових і технологічних аспектів розвитку життєвої та соціальної компетентності дітей з особливими потребами, інтеграції їх у демократичне суспільство з ринковою економікою, соціокультурний простір.

Важливо, на наш погляд, зосередити зусилля на:

- науковому обґрунтуванні прогностичних моделей інноваційних закладів спеціальної освіти;
- виробленні ефективних моделей інтеграції дітей з особливими потребами в українське суспільство;
- проектуванні та поетапній апробації компетентісно зорієнтованого освітньо-реабілітаційного процесу, спрямованого на становлення особистості як суб'єкта життя;
- трансформації спеціальної школи в різні типи інноваційних закладів загальної освіти;
- актуалізації змісту навчально-реабілітаційного процесу, створенні умов для розвитку життєвої компетентності вихованців;
- експериментальній перевірці корекційно-розвивальних, соціальних технологій, цільових програм реабілітації дітей з особливими потребами, розвитку їхньої життєвої компетентності;
- перебудові навчально-реабілітаційної діяльності на діагностичній основі, апробації інструментарію для оцінки рівня досягнень із різних параметрів життєвої компетентності;
- розробленні системи диференційованого медико-психологічного вивчення специфіки порушень у розвитку різних груп із метою виявлення особливих загальноосвітніх потреб кожної дитини і створення індивідуальної комплексної програми реабілітації;
- апробації програм партнерства з різними групами громадськості з метою створення освітньо-реабілітаційного співтовариства;
- освоєнні нових підходів до підвищення педагогічної, психологічної, рефлексивної інноваційної культури, компетенцій педагогічних працівників навчально-реабілітаційних центрів, батьків.

Отже, *ефективна інтеграція в суспільство, розвиток життєвої компетентності дітей з особливими потребами можливі за умови створення інноваційного освітньо-реабілітаційного, корекційно-розвивального простору, який системно поєднує в собі медичні, психологічні, педагогічні та соціальні аспекти, сприяє саморегуляції поведінки, самореабілітації, розвитку і саморозвитку дитини як суб'єкта культури і життя.* Інтегрована школа життєтворчості, а саме такою ми бачимо її у XXI ст., – це школа швидкого і гнучкого реагування на стрімкі, динамічні, а часом і драматичні зміни в перехідному суспільстві. Тому її головне завдання полягає в забезпеченні психічного, фізичного, морального, духовного здоров'я дитини. Ця школа зміцнює адаптаційний, життєздатний потенціал дитини, максимально знижує перевантаження, створює оптимальні умови, які допомагають уникати неврозів, психічних травм, забезпечує діагностику й корекцію, систематичну медико-психологічну допомогу та підтримку. Педагоги, психологи, медики допомагають кожній дитині опанувати механізми

психологічного захисту душевної та фізичної рівноваги, стійкості в критичних ситуаціях, технологію самодопомоги, самотворення, спрямовану на подолання кризових ситуацій, стимулювання самостійних пошуків, нових можливостей самоактуалізації, саморозвитку, самоздійснення, самоопанування, наближення до себе до власної сутності.

Педагогіка життєтворчості сприяє поглибленню інтеграційних можливостей загальноосвітньої школи, у якій разом з усіма учнями отримують освіту й діти з особливими потребами, що сприяє їхньому особистісному розвитку та якнайповнішому, згідно з можливостями кожного, включенню в соціальне життя. Підхід, що ґрунтується на залученні дитини зі спеціальними потребами до загального процесу навчання, потребує гнучкості, яка б відповідала індивідуальним її особливостям незалежно від того, пов'язані вони з недієздатністю чи з іншим фактором.

В українському суспільстві важливо утверджувати думку про те, що діти з особливими потребами мають право сповна скористатися можливостями суспільства і повинні бути разом зі своїми ровесниками. Необхідно глибоко усвідомити філософію інклюзивної освіти, як того вимагає Закон України «Про освіту», розширюючи гуманістичні обрії нової української школи. Інклюзивне навчання – це система освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників. За цих умов зростає значення ресурсно-інклюзивних центрів, навчально-реабілітаційних центрів в забезпеченні якісної комплексної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами.

Важливе завдання спеціальної освіти – сформувати основні життєві стратегії, максимально адекватні новій соціальній ситуації. Освітньо-реабілітаційний процес має бути спрямований на становлення стратегій побудови розвивального способу життя, на виховання вільної й відповідальної особистості. Розвинена відповідальність пов'язана з усвідомленням людиною своєї незалежності, самостійності, а також із впевненістю, здатністю до самоконтролю, саморегуляції поведінки, самодопомоги. Одна з важливих якостей відповідальної особистості зверненість вимог до самої себе. Відповідальну особистість характеризує готовність до подолання труднощів, здатність адекватно оцінювати свої можливості й труднощі в розв'язанні конкретної життєвої ситуації.

Посилення гнучкості соціальної поведінки, зміна життєвих стратегій разом зі зміною «правил гри», за якими функціонує нестабільна соціальна система, – одна з найефективніших відповідей людини на невизначеність. У нестабільному суспільстві зростає залежність поведінки, установок, стратегій особи від її соціального та індивідуального життєвого досвіду. Це зумовлює необхідність вироблення стрункої системи розвитку життєвої і соціальної компетентності в дітей з особливими потребами. Життєва компетентність – це знання, вміння, життєвий досвід особистості, необхідні для розв'язання життєвих завдань і продуктивного здійснення життя як індивідуального проекту. Життєва компетентність передбачає свідоме ставлення до виконання різних життєвих і соціальних ролей.

Саме мистецтва здійснення життєвих ролей і не вчить вихованців сучасна школа. На думку П. Горностая, рольова компетентність – це здатність особистості опанувати свої психологічні ролі, стати повноправним суб'єктом цих ролей, вводити рольову поведінку у процес власної життєдіяльності та життєтворчості, що дає змогу розв'язувати різні життєві проблеми.

Соціально компетентна людина здатна:

- приймати рішення відносно себе і прагнути до розуміння власних почуттів і вимог; блокувати неприємні почуття і власну невпевненість;
- знати, як досягати мети найефективнішим чином;
- правильно розуміти бажання, очікування й вимоги інших людей, враховувати їхні права;
- розуміти, як з урахуванням конкретних обставин і часу поводитися, беручи до уваги інтереси інших людей, власні вимоги;
- усвідомлювати, що соціальна компетентність не має нічого спільного з агресивністю і передбачає повагу прав і обов'язків інших.

Школа XXI століття покликана забезпечити ефективне розв'язання таких завдань освіти дітей з особливими потребами:

- формування позитивного ставлення до себе, інших, навколишнього світу (самоповаги і впевненості у собі; позитивного ставлення до свого розвитку, здоров'я; ініціативності, уміння ставити

мету, уміння визначати пріоритети в роботі й особистому житті; планувати час; позитивного ставлення до змін; визнання феномену людської неповторності, творчості);

- розвиток умінь і навичок, необхідних для ефективної комунікації;
- розвиток конструктивного мислення (розв'язання проблем і прийняття рішень, ефективного використання найрізноманітніших технологій);
- формування вмінь і навичок співробітництва і роботи у групі (розуміти мету і культуру групи й успішно в ній працювати; планувати й приймати рішення спільно з іншими членами групи, поважати думку інших тощо);
- розвиток ключових життєвих компетенцій у дітей з особливими освітніми потребами у процесі соціальної та життєвої практики, поглиблення життєзнавчого і практичного спрямування змісту спеціальної освіти, забезпечення компетентісно спрямованої спеціальної освіти.

Критерієм визначення ефективної реабілітації дітей з особливими потребами слугуватиме достатня компетентність щодо свідомої побудови життя, зокрема:

- спроможність застосовувати компенсаторні можливості організму, активізувати наявні фізіологічні резерви для вирішення проблем власного саморозвитку, життєвої компетенції;
- набуття навичок саморегулювання почуттів і депресивних станів;
- наявність певних адаптаційних навичок, розвиненість комунікативної та емоційно-вольової сфери в життєвому просторі особистості;
- здатність до оптимістичного сприйняття життя та орієнтація на успіх;
- розвиненість механізмів регуляцій рольової поведінки;
- здатність до професійного самовизначення відповідно до своїх особистісних можливостей;
- усвідомлення системи пріоритетів життєвих цінностей;
- міра відповідального ставлення особистості до життя;
- уміння будувати життя за своїм власним життєвим проектом;
- компетентність у побудові свого життєвого шляху, відповідальність за власну долю і вчинки;
- культура життя людини (міра гуманізації, цивілізованості; відповідність стилю життя загальнолюдським цінностям).

Важливо зазначити, що сучасна школа робить лише перші кроки на шляху до формування в дітей життєвої, соціальної компетентності.

Особливо актуальною є ця проблема для закладів спеціальної освіти, зокрема навчально-реабілітаційних центрів, які мають допомогти дітям з особливими освітніми потребами в оволодінні ключовими життєвими компетенціями, соціальною мобільністю на ринку праці. Сучасний ринок праці вимагає від випускника не лише глибоких теоретичних знань, а і здатності самостійно застосовувати їх у нестандартних, постійно змінюваних життєвих ситуаціях, переходу від суспільства знань до суспільства життєво компетентних громадян.

На часі створення нових моделей та форм організації освіти дітей з особливими освітніми потребами; розроблення ефективних моделей їх інтеграції в суспільство; забезпечення функціонування ефективної системи інклюзивного навчання; розроблення методики раннього виявлення та проведення діагностики дітей з особливими освітніми потребами.

Прогресивні зміни в суспільних відносинах зумовлюють необхідність забезпечення процесу неперервної освіти як запоруки конкурентоспроможності, професійної і соціальної мобільності, самовдосконалення громадян. Особливо це стосується освіти осіб інвалідністю, яка є важливою складовою стратегії стійкого розвитку суспільства. Сьогодні зростає потреба у трансформації спеціальних шкіл в інноваційні заклади освіти, а також у проведенні прогностичних експериментів із різних аспектів становлення інноваційних соціально – педагогічних систем спеціальних закладів, визначення нових граней соціальної, педагогічної, психологічної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами. Інноваційний розвиток спеціальних навчальних закладів для дітей з особливими освітніми потребами потребує переосмислення парадигми освітньо-реабілітаційного процесу, оновлення змісту, форм і методів розвитку особистості як суб'єкта життєтворчості, створення сприятливих умов для її фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я.

Надзвичайно важливою передумовою соціального ставлення дітей з особливими освітніми потребами є здобуття освіти відповідного рівня, що відкриває шлях до життєвого та професійного зростання, реалізації власних здібностей та потреб.

Окрім того, освіта – це ще й шлях компенсації та корекції наслідків порушень психофізичного розвитку, попередження вторинних відхилень, формування компенсаторних механізмів, що зумовлюють розвиток особи з інвалідністю з урахуванням максимального рівня її функціональних можливостей.

В цьому контексті освіта для дітей і молоді з інвалідністю є важливою формою їх соціального захисту, реальним шансом створити передумови для подальшого самостійного і незалежного життя.

Одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері освіти є створення умов особам з інвалідністю для реалізації їх прав на рівний доступ до якісної освіти, розвиток особистих інтелектуальних і професійних можливостей.

Для дітей і молоді з інвалідністю професійну освіту без перебільшення можна вважати найважливішим засобом досягнення самостійності та особистої незалежності, інтеграції у сучасне суспільство.

Таким чином, метою педагогічної реабілітації є розвиток здатності особистості до успішного здійснення власного життя, незважаючи на наявність будь-яких об'єктивних чи суб'єктивних обмежень.

Головним завданням реабілітаційно спрямованої освіти у контексті життєтворчої освітньої парадигми постає вироблення механізмів формування життєвої компетентності щодо усіх сфер життєдіяльності людини (побут, праця, дозвілля, освіта) на основі актуалізації суб'єктного статусу дитини, тобто вироблення в неї здатності до самореабілітації, самопомогі, до конструктивного розв'язання проблемних кризових ситуацій, розробки власної життєвої програми щодо подолання зовнішніх і внутрішніх обмежень життєдіяльності та успішного включення у продуктивне життя суспільства.

Парадигма життєтворчості відкриває перед дитиною, розвиток якої обтяжений всілякими негараздами, перспективу залучення до активного багатогранного життя, запобігає зосередженню на своїх проблемах і недугах, допомагає адекватно усвідомити рівень своїх сил і можливостей, подолати почуття фаталістичної приреченості, виводить на шлях гармонійного життєздійснення.

Ключові положення реабілітаційної педагогіки:

- ефективна реалізація компетентнісного підходу в організації освітньої діяльності навчальних закладів усіх типів забезпечується через реабілітаційний компонент навчально-виховного процесу, який являє собою комплекс медико-оздоровчих, компенсаторно-допоміжних, корекційно-розвиткових, психотренінгових, соціально-превентивних, дидактично-варіативних, колективно-креативних заходів інклюзивно-інтегративного спрямування;

- відновлення психофізичних функцій організму дитини поряд з накопиченням нею ресурсного потенціалу соціально-інтегративних можливостей слід розглядати як складову їх свідомого саморозвитку і оптимально доцільно здійснювати в умовах інклюзивного, збагаченого реабілітаційним компонентом освітнього простору життєтворчості, насиченого життєзнавчим змістом.

Процес саморозвитку – основа життєвого становлення дитини. Адже людина стає самодостатньою особистістю не внаслідок застосування маніпулятивних психокорекційних прийомів і заходів безпосереднього педагогічного впливу, а лише через набуття життєвих компетенцій, прирощення сутнісних сил, накопичення ресурсів особистісного зростання за сукупністю проявів власних зусиль, спрямованих на досягнення усвідомлено значущих для себе цілей, в ході творчого самовиявлення у різноманітних видах діяльності.

Життєтворча освітня парадигма переорієнтовує увагу педагога з навчально-виховного процесу як такого на процес особистісного саморозвитку учнів, становлення гармонійної особистості, здатної до саморегуляції у взаємодії з навколишнім світом, самореалізації у взаємодії з суспільством, самоідентифікації у взаємодії з полікультурним простором, самопрограмизації у взаємодії з майбутнім.

Отже, реабілітаційний концентр життєтворчості передбачає відновлення іманентної здатності підростаючої людини до саморозвитку у разі, коли ця здатність заблокована в силу дії тих чи інших факторів обмеження можливостей життєдіяльності.

Із позицій психології і педагогіки життєтворчості зростає потреба у переосмисленні основних категорій теорії навчання і виховання, подолання рудиментів абсолютизації лише адаптаційних

(пристосувальних) механізмів становлення особистості. У ХХІ ст. адаптаційні механізми не лише втрачають своє основоположне значення, але й стають гальмом розвитку особистості у динамічному, мінливому світі. Онтологічний, смисложиттєвий підхід змішує мету виховання із гносеологічної, адаптаційної сфери у сферу формування життєвих стратегій учнів, тобто проектування й реалізації ними концепцій життя, що базується на ціннісно-смысловому, діяльнісному, життєтворчому розумінні.

Важливе завдання спеціальної освіти – сформулювати нові життєві стратегії, максимально адекватні новій ситуації, яка склалася в українському суспільстві. Освітньо-реабілітаційний процес має бути спрямований на становлення стратегій побудови розвивального способу життя, виховання вільної й відповідальної особистості. Розвинена відповідальність пов'язана з усвідомленням своєї самостійності, а також із впевненістю, здатністю до самоконтролю, саморегуляції поведінки, самопомогі. Однією із важливих якостей відповідальної особистості є зверненість вимог до самої себе. Відповідальну особистість характеризує готовність до подолання труднощів, здатність адекватно оцінювати свої можливості й недоліки у розв'язанні конкретної життєвої ситуації. Її певна свобода від обставин, абстракція від умов супроводжується створенням духовних опор. Тому й задовольняється особистість усвідомленням своєї духовної сили, своєї моральної стійкості, обов'язку (К. А. Абульханова-Славська).

Сучасна спеціальна освіта – це освіта швидкого і гнучкого реагування на стрімкі, динамічні, а часом і драматичні зміни у перехідному суспільстві. Тому головне завдання реабілітаційної педагогіки полягає у науковому забезпеченні психічного, фізичного, морального, духовного здоров'я дітей з особливими освітніми потребами. Реабілітаційна педагогіка зміцнює життєздатний потенціал дитини, створює оптимальні умови для розвитку життєвої компетентності особистості. Спеціальна школа забезпечує органічну єдність фізичного, інтелектуального, морального і духовного розвитку і саморозвитку дитини, пам'ятаючи, що «голий інтелектуал може з однаковим успіхом служити і Богу, й ідолу зла» (М. М. Рубінштейн). Педагоги, психологи, медики допомагають кожній дитині оволодіти механізмами психологічного захисту, душевної та фізичної рівноваги, стійкості у критичних ситуаціях, технологією самопомогі, самореабілітації, яка спрямована на продуктивне подолання кризових ситуацій, повернення на тимчасово втрачену траєкторію життєвого шляху, стимулювання самостійних пошуків нових можливостей само актуалізації, саморозвитку, самоздійснення, самоопанування, наближення до себе, до власної сутності.

Реалізація ідей життєтворчості значною мірою залежить від впровадження перспективних соціальних, педагогічних, психологічних технологій життєтворчості, підтримки і захисту дитини, становлення особистості як суб'єкта життя, власної долі, здатної прийняти історичний виклик ХХІ століття. На початку ХХІ століття особливо актуально звучать слова Л. С. Виготського про те, що «виховання розгортається як найширша у світі проблема – проблема життя як творчості. Життя розкривається як система творчості, постійної напруги і подолання, постійного комбінування і створення нових форм поведінки. Таким чином, кожна думка, кожен рух і переживання є прагненням до створення нової дійсності, проривом вперед до чогось нового...

Те, що зараз здійснюється у вузьких галузях мистецтва, пізніше прониже все життя, і життя стане творчою працею. Для виховання відкриються необмежені можливості творчості життя в його нескінченній багатоманітності... Тоді педагогіка, як творчість життя, посяде гідне місце».

Технології життєтворчості спрямовані на допомогу дітям у реалізації життєвих потреб: створення умов для максимально вільної реалізації життєвого потенціалу особистості; допомогу дитині у створенні й реалізації життєвого проекту, у духовному становленні, творчому самовтіленні, розвитку здатності до життєвого самовизначення. Особливо продуктивними є ідеї вченого-новатора О. С. Газмана про захист і педагогічну підтримку дитини у проблемних ситуаціях. Педагогічна підтримка в освіті, що її О. С. Газман розглядає як особливу сферу діяльності, спрямована на самостановлення дитини як індивідуальності і є процесом спільного учителя з учнем визначення власних інтересів школяра і шляхів подолання проблем, які заважають йому зберегти свою людську гідність і самостійно досягати бажаних результатів у різних сферах. Педагогічна підтримка є способом організації взаємодії педагога й учня – у виявленні, аналізі реальних і потенційних проблем дитини, спільному проектуванні можливого виходу із неї. Такий підхід вимагає від педагогічних колективів освоєння технологій

життєвого проектування, перебудови на засадах навчання і виховання діагностики, корекції, проектно-цільового управління.

Забезпечуючи права дитини, реабілітаційну й психотерапевтичну функції, школа освоює механізми захисту дитини, тобто готовність і здатність прийти на допомогу дитині у критичних ситуаціях. Це – моральна охорона її від можливого соціального або психологічного стресу і створення умов для самостійного протистояння різним негативним впливам. Педагогічний захист передбачає забезпечення механізмів фізичної, психологічної, соціальної безпеки й формування відповідного власного способу захисту себе. Такий підхід допомагатиме педагогіці вийти на нові інноваційні шляхи, гідно приймаючи виклик XXI століття, ниткою Аріадни є реалізація девізу «Школа для дитини, а не діти для школи».

Сьогодні про життєздатність освіти свідчить її гуманістична місія плекання образу Людини-творця, відкритість до нових ідей, інноваційних пошуків у новому столітті, третьому тисячолітті.

Список використаних джерел

1. Ортега-и-Гассет Х. Что такое философия. М. : Наука, 1991.
2. Маслоу А. Психология бытия. М. : «Редол-Бук», «Ваклер», 1997.
3. Суворов А. В. Экспериментальная философия. М. Изд-во УРАО, 1998.

УДК 373.5.04(477)

Анна Заплатинська,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри ортопедагогіки,
ортопсихології та реабілітології
ФСЮ НПУ імені М. П. Драгоманова,
м. Київ, Україна

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ В СИСТЕМУ НОВОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ШКОЛИ

Нова українська школа (НУШ) – покликана формувати в учнів такі вміння, як: критичне мислення, самооцінювання, висловлювання власної думки та її обґрунтування, відповідальність і застосування набутих у школі знань у повсякденному житті. Цьому сприяє дизайн і планування освітнього середовища закладу, що передбачає розвиток в учня мотивації до навчання шляхом самостійного здійснення вибору, розвиток та вдосконалення навичок у практичній діяльності, формування позитивного ставлення до інших [4].

Новацією у практиці НУШ є структурування змісту освіти, що передбачає міжпредметні зв'язки з використанням інтегративного підходу, із застосуванням таких форм роботи, як: групова, ігрова, проектна та дослідницька діяльність. Які впроваджуються за допомогою таких методів педагогічної роботи, як: «ранкове коло», інтерактивні заняття у парах та групах на умовах співпраці, «щоденні п'ять», рефлексія та інше.

Команда фахівців НУШ особливу увагу приділяє збереженню та зміцненню фізичного здоров'я учнів, їх моральному та громадянському вихованню. З цією метою впроваджується охоронно-педагогічний режим (розпорядок дня), що передбачає ретельне планування шкільних заходів, які структурують діяльність учня і визначають його поведінку. Результатами такої діяльності є вивчення стану здоров'я дитини та врахування її індивідуальних можливостей з метою здійснення особистісно-орієнтованого навчання та виховання [4].

Пріоритетним в НУШ виступає застосування принципу «соціальної інклюзії» в освіті, для реалізації якого було розроблено і впроваджено стандарти та критерії громадсько-активної школи (ГАШ). Зокрема, за стандартом «Соціальна інклюзія», що визначена як невід'ємна частина шкільної політики, передбачено такі критерії:

- школа має чітко описану політику, про яку повідомляє учням, представникам громади та іншим організаціям і наголошує на доступності до навчання та соціальній справедливості;
- школа забезпечує належні тренінги та надає підтримку працівникам, батькам, волонтерам і членам громади на засадах різноманіття й рівності [7, с. 41].

Таким чином, освітня політика НУШ, формується згідно з міжнародними стандартами.

Зокрема, у Концепції НУШ передбачено реалізацію складових засад інклюзії на принципі дитиноцентризму: доступне середовище та **особистісно-орієнтоване навчання, в якому може реалізуватися кожна дитина** незалежно від її можливостей, співпраця з позашкільними закладами освіти з метою виявлення індивідуальних здібностей кожної дитини для цілеспрямованого розвитку і профорієнтації [4].

У формуванні виховного середовища, згідно Концепції, братиме участь колектив школи, який працюватиме на засадах «педагогіки партнерства», яка включає спілкування всіх учасників навчального процесу і командну взаємодію та зміну парадигми навчального процесу з урахуванням:

- ідеї зміни стосунків з учнями (увага вчителя до учнів, залучення дітей до навчання за допомогою успіху, перспективи розвитку;
- ідеї важкої мети, «віра дитини у можливість подолання труднощів» – учитель ставить якомога складнішу мету і різними засобами формує в учнів упевненість, що мета буде досягнута, та вивчена за допомогою запропонованого інструментарію;
- ідеї опори на наочність (символи, схеми, таблиці, слова тощо) – учитель надає учням опорні сигнали для забезпечення кращого розуміння, структурування, запам'ятовування матеріалу, а також для побудови відповіді;
- ідеї навчання без примусу – передбачає виключення всіх засобів примусу з арсеналу педагогічних засобів, зокрема оцінки/балу;
- ідеї вільного вибору – учитель надає дитині свободу вибору у процесі навчання (учень може обирати завдання, брати участь у складанні завдань, щоб почувати себе партнером педагога в навчанні);
- ідеї випередження – учитель включає у заняття більш складний матеріал, об'єднує його в блоки, закладає перспективу вивчення теми наступного уроку;
- ідеї великих блоків (об'єднання 6 – 10 уроків або тем в один блок) сприяють легшому встановленню логічних зв'язків, виокремленню головної думки, постановці та вирішенню проблеми;
- ідеї відповідної форми – урок за своєю формою має відповідати предмету, що вивчається;
- ідеї самоаналізу – учитель насправді реалізує ідею колективного аналізу та оцінювання діяльності кожного учня (учні знають, що їхня праця, буде оцінена тому працюють старанніше);
- ідеї інтелектуального фону класу – передбачає створення загальних життєвих цілей та цінностей у класі;
- ідеї колективного творчого виховання – дітей вчать колективній суспільній творчості з першого класу до випускного.
- ідеї співпраці з батьками – формування довірливого ставлення дітей до дорослих у школі, родині, а також формувати у батьків уміння любити власних дітей і бачити їх успішність.
- ідея особистісного підходу – «педагогіка співробітництва» пропонує прийоми, за допомогою яких формується відчуття особистісної вартості та поваги до себе.
- ідеї співробітництва вчителів – передбачає взаємодію вчителів із метою впровадження нових/авторських ідей в освіту (технології, прийоми, завдання) [1, 5, 6].

Таким чином, організація інклюзивної форми навчання для дітей з особливими освітніми потребами та її специфіка в НУШ буде полягати у забезпеченні спеціальних умов та врахуванні індивідуальних засобів корекції, а саме:

- адаптування змісту та структури навчального матеріалу, практичних дій з урахуванням пізнавальних і фізичних здібностей учня;
- використання різноманітних видів наочності (наприклад: натуральні предмети, адаптовані / тактильні посібники, схеми, таблиці);
- уповільнення процесу пояснення навчального матеріалу (наприклад, надається довша пауза для учня між запитанням і відповіддю, відводиться більше часу для виконання практичного завдань);

- багаторазове повторення (наприклад, перед вивченням і поясненням нового матеріалу, у процесі пригадування вивченого, введення в систему знань окремих фактів і понять засвоєних учнем в різний період навчання);
- оптимізація темпу роботи та динаміки втомлюваності (наприклад, організація переключення уваги учня на різні види діяльності з метою запобігання втомлюваності; використання у процесі викладу матеріалу цікавих фактів; емоційність викладу матеріалу; створення ситуацій успіху тощо);
- залучення учня до самостійної пізнавальної діяльності (наприклад, зменшення допомоги зі сторони вчителя, перехід від детальних інструкцій до цілісних дій);
- індивідуально-диференційований підхід до учня (наприклад, корекційно-розвивальна робота проводиться з учнем із врахуванням особистісних потенційних можливостей, а не з його порушеннями);
- гра і праця як засоби корекції (наприклад, спеціальний підбір завдань, дозування і регламентація запропонованих зусиль, уточнення та розширення уявлень про навколишнє середовище, розвиток функцій, аналізаторів та рухових навичок);
- дотримання охоронного педагогічного режиму (наприклад, поточні і санітарно-попереджувальні спостереження за станом здоров'я учнів, консультації лікарів, розробка та впровадження у навчально-виховний процес індивідуальних систем корекції);
- стимулююча функція педагогічного оцінювання (наприклад, особлива увага приділяється докладним зусиллям та внутрішній мотивації) [2, 3].

Список використаних джерел

1. Амонашвили Ш. А. Размышления о гуманной педагогике М. : Издательский Дом Шалвы Амонашвили, 1996. 496 с.
2. Заплатинська А. Б. Модифікація та адаптація навчально-методичного забезпечення у процесі інклюзивного навчання/ Збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету (Педагогічні науки). Бердянськ : БДПУ. 2012. № 1. С. 111-116
3. Ленів З. П. Особливості реалізації інклюзії та відповідних фахівців: проблеми, досвід, перспективи / Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова: зб. наук. пр. / за ред. В. М. Синьова. К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2015. № 29. Сер. 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. С. 119–125.
4. Нова українська школа концептуальні засади реформування середньої школи / української школи документ пройшов громадські обговорення і ухвалений рішенням колегії мон 27/10/2016. URL : <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/reforms/ukrainska-shkola-compressed.pdf> (дата звернення: 29.09.2019).
5. Педагогика сотрудничества / С. Лысенкова, В. Шаталов, И. Волков и др. // Учительская газета. 18.10.1986.
6. Селевко Г. К. Современные образовательные технологии: Учебное пособие. Москва : Народное образование, 1998. 256 с.
7. Стандарти громадсько-активної школи: соціальна інклюзія: навчально-методичний посібник / Найда Ю. М., Ткаченко Л. М. Під заг. ред. Даниленко Л. І. К. : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2014. 68 с.

УДК 376.2

Інна Кіктенко, вчитель фізичної культури,
Юлія Іскоростенська, вчитель фізичної культури,
Юлія Онищенко, вчитель лікувальної фізкультури,
м. Запоріжжя, Україна

**ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА АКТИВНІСТЬ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ
КЛЮЧОВИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ МОТОРНОЇ СФЕРИ
В СИСТЕМІ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ**

Перспективи всебічної інтеграції України в європейський простір значною мірою залежать від ефективності освітньої політики, зокрема, її спрямування на реалізацію стратегічного завдання – розбудову інклюзивного суспільства. Актуальність інклюзивної освіти полягає в тому, що в Україні станом на 01.01.2018 р. проживало близько 7,6 млн. дітей, з яких упродовж 2018/2019 навчального року 37,7 тис. навчалися в закладах спеціальної середньої освіти, 15,8 тис. – у санаторних школах і лише 11,8 тис. дітей були охоплені інклюзивним навчанням у звичайних загальноосвітніх школах [1].

Успішне розв'язання передбачених Концепцією Нової української школи завдань щодо різнобічного розвитку, самоактуалізації і формування ключових компетентностей учнів вимагає поряд із іншими пріоритетами забезпечення нової якості фізкультурно-спортивної активності здобувачів освіти [2].

Широкі можливості у формуванні ключових компетентностей учнів із порушеннями моторної сфери в системі інклюзивного навчання відкриває фізкультурно-спортивна практика, яка характеризується низкою унікальних особливостей, основними з яких є:

- різноманіття розвивальних стимулів, які забезпечують багаторівневу мотивацію дитини до активної участі у фізкультурно-спортивних заходах;
- варіативність залучення особистості до різних соціальних груп і мікрогруп (спортивні команди, секції, клуби, всеукраїнські і міжнародні спортивні заходи, які дозволяють дитині поспілкуватися із представниками інших країн і народів, сприяють діалогу культур у фізкультурно-спортивній площині);
- практично безмежні можливості для творчої самореалізації особистості за рахунок комбінування різноманітних видів спорту, режимів тренування і спортивних змагань, а також унікальних ситуацій командної і міжкомандної взаємодії на спортивних заходах різних рівнів.

Це далеко не повний перелік, але і його цілком достатньо, щоб зрозуміти підвищену увагу дослідників до переваг фізкультури і спорту щодо забезпечення творчої самореалізації особистості у сучасному суспільстві.

Прикладом системного підходу до підвищення фізкультурно-спортивної активності учнів із порушеннями моторної сфери як чинника формування в них ключових компетентностей є інноваційний досвід загальноосвітньої санаторної школи-інтернату І-ІІІ ступенів у структурі Хортицької національної навчально-реабілітаційної академії. Вчителі фізичної культури і лікувальної фізкультури школи-інтернату широко використовують можливості фізкультурно-спортивних засобів для забезпечення самореалізації учнів у системі компетентісно спрямованого інклюзивного навчання. Зокрема, в рамках експериментальної діяльності ініційовано і реалізовано проекти «Спортивні дівчата», «Свято, яке придумали діти», «Звіробатика», «Спортивна родина-здорова Україна!», «Cool Games», «Через рух – до здоров'я!», спрямовані на формування ключових компетентностей школярів у фізкультурно-спортивній сфері.

Зокрема, реалізований у 2018/2019 н.р. проект «Спортивна родина – здорова Україна!» був спрямований на формування соціальних і громадянських компетентностей, в тому числі – компетентності здорового способу життя. Ідея проекту виникла під час бесіди вчителів фізичної культури, учнів початкових класів та їхніх батьків щодо нових можливостей залучення молодших школярів до фізкультурно-спортивної активності. Було вирішено використати популярний і ефективний метод просвітницької роботи – «рівний – рівному», що базується на концепції суб'єкт-суб'єктних відносин

учасників освітнього процесу. Такий особистий приклад є дуже важливим для дітей молодшого шкільного віку, які прагнуть наслідувати батьків і надзвичайно сприйнятливі до їхнього прикладу і впливу.

Використовуючи цей підхід, батьки об'єдналися в команди разом із дітьми та обрали свого капітана. Вчитель фізкультури запропонував кожній команді підготувати танцювальний флешмоб і список інвентаря, з яким треба придумати естафети до уроку-змагання. Для цього необхідно було запропонувати до програми змагання певні естафети, в яких учні раніше брали участь, або нові, самостійно складені естафети. Особливості інклюзивного заходу полягали в тому, що учні з особливими освітніми потребами були залучені до спільної діяльності у колективі, виконували посильну творчу роботу, змагались за гідність своєї команди і почували себе значущими командними гравцями.

Шість команд із задоволенням взяли участь у запропонованих змаганнях, проявивши креативність і співпрацю. Участь у проекті сприяла розвитку в учнів із порушеннями моторної сфери креативного мислення, здатності і готовності до співробітництва з дорослими й однолітками, вміння координувати свої дії при спільному вирішенні рухових завдань, адекватно реагувати на думки, позиції, ставлення інших членів команди.

Ще одним проектом, який суттєво сприяв розвитку ключових компетентностей учнів із порушеннями моторної сфери, є реалізований на базі санаторної школи-інтернату Хортицької національної академії проект під назвою «Свято, яке придумали діти». Мета проекту – розвиток соціальних і громадянських компетентностей, комунікативних, лідерських і організаторських якостей учнів. У рамках проекту школярі об'єднуються в команди, обирається «Лідер» – капітан команди. Педагог впродовж тижня (за 3-4 навчальних дні до заходу) пропонує кожній команді список інвентаря, з яким треба придумати естафети до уроку-змагання. Передбачається, що діти запропонують до уроку певні естафети, які вони пригадали впродовж вивчення програмного матеріалу в попередній термін навчання або самостійно вигадали. Під час проведення уроку один представник кожної команди демонструє підготовлені нею естафети, після чого їх виконують всі інші команди.

У день проведення уроку місія вчителя постає лише в організаційних і координаційних функціях. А все інше – ініціатива та самостійність дітей, які об'єднані у спортивні команди. У святі беруть участь учні 10-11 класів. Їхня роль полягає у проведенні на святі розминки під музичний супровід, естафет, конкурсів і танцювального виступу.

Участь у проекті сприяла розвитку в учнів таких складових соціально-комунікативної компетентності, як: здатність і готовність співпрацювати з дорослими і однолітками, дотримуватися правил гри, адекватно реагувати на думки, позиції, ставлення інших членів команди, користуватися невербальними, специфічними для даної гри символами і знаками тощо.

Розглянутий досвід вчителів фізкультури щодо розвитку фізкультурно-спортивної активності учнів із порушеннями моторної сфери забезпечує їхню успішну самореалізацію не тільки в освітньому процесі, але і в сучасному суспільстві, як це довели випускники санаторної школи-інтернату Хортицької національної академії: Вікторія Савцова – майстер спорту України міжнародного класу, чемпіонка з плавання XIV Паралімпійських ігор у Лондоні і бронзова призерка на XV Паралімпіаді в Ріо-де-Жанейро; Вікторія Марчук – майстер спорту України, шестиразова чемпіонка світу з паратхеквондо; Олександра Ляусова – кандидат у майстри спорту України, срібна та бронзова призерка Кубка України з плавання, Чемпіонка України із зимових видів спорту (лижі, біатлон) в лижних перегонах на дистанціях 5, 6, 10 кілометрів; Таїсія Мамай – переможниця престижних вітчизняних чемпіонатів. Саме ці життєві результати поряд зі сформованим у випускників прагненням до активного життя, в якому фізкультура і спорт посідають важливе місце, є найголовнішим критерієм ефективності розвитку ключових компетентностей учнів із порушеннями моторної сфери в системі інклюзивної фізкультурно-спортивної практики.

Список використаних джерел

1. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта: навчальний посібник. Київ : ТОВ «Агентство «Україна», 2019. 300 с.
2. Нова українська школа: poradnik dla vchitelja / Під заг. ред. Бібік Н. М. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. 206 с.

Євгеній Клопота,
заслужений працівник освіти України, доктор
психологічних наук, професор, Запорізький
національний університет,
м. Запоріжжя, Україна;
Клопота Ольга,
кандидат педагогічних наук, доцент, Хортицька
національна академія, м. Запоріжжя, Україна

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ Я-ОБРАЗУ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Становлення людини з особливими потребами як повноправного учасника **суспільних стосунків**, створення умов для реалізації власних потенційних можливостей в соціумі є важливими завданнями для теорії і практики сучасної психології.

Інтеграція в суспільство людей з особливими потребами – це процес і результат включення такої особистості в різні сфери соціальної взаємодії й життєдіяльності, опанування оптимальними можливостями реалізації власного особистісного потенціалу нарівні та разом з іншими членами суспільства. Основними сферами соціокультурної та психологічної взаємодії у процесі інтеграції виступають: родина й найближче її оточення, однолітки та їхні батьки, навчальні заклади (школи та ВНЗ), професійні колективи, соціальні інституції. Результативність інтеграції детермінується характером взаємозумовленості впливу низки чинників, а саме: біологічних (рівень здоров'я і час набуття порушень), психологічних (рівень розвитку самосвідомості особистості, її емоційно-вольової, мотиваційно-потребової, комунікативної сфер), соціальних (концептуальні моделі і стереотипи сприйняття порушень здоров'я, що домінують у суспільстві).

Більшість дослідників визначають Я-образ як підсумковий результат самосвідомості особистості та її продукт. Слід зазначити, що уявлення про себе, як продукт самосвідомості, одночасно є і її істотною умовою, оскільки пізнаючи себе, особистість використовує цілу систему внутрішніх засобів: уявлень, образів, понять, – серед яких важливу роль займає уявлення про себе, свої особистісні риси, здібності та мотиви.

Я-образ є важливим чинником детермінації поведінки людини, таким внутрішньоособистісним утворенням, що визначає напрямок її діяльності, поведінки в ситуаціях вибору контакту з людьми.

Відповідно до сучасних уявлень, самосвідомості особистості має такі продукти: фізичне Я, реальне Я, ідеальне Я, соціальне Я, викривлене Я.

Формування адекватного Я-образу вважається однією з найважливіших задач у процесі розвитку гармонійної особистості.

Важливою умовою психологічної адаптованості людини є гнучкість, коригованість Я-образу. Розвинута здатність збирати інформацію, асимілювати її і вносити уточнення в Я-образ є відмінною рисою психологічно зрілої особистості.

У наслідок суттєвого порушення здоров'я в Я-образі людини відбувається суттєві зміни. Так, на початковому етапі особистість стає фрустрованою, що пов'язано з переживанням стану позбавлення, тобто депривації. При цьому відбувається деформація ситуативного Я-образу за допомогою: а) самосприйняття; б) відображення реакції інших; в) приписування іншим тих чи інших думок про себе і реакція на ці приписувані думки. Крім того, можуть виникати депресивні чи невротичні стани, апатія, втрата життєвих орієнтирів і цілей. Можливі суїцидальні думки, страх, тривога і невизначеність. Особистість потрапляє в зовсім інші, незвичні умови, тому не здатна адекватно адаптуватися до нових обставин. На цьому етапі часто відбувається розрив із соціальним оточенням, яке, у свою чергу, здебільшого, демонструє нерозуміння, розгубленість, жалість і страх, тому що в суспільстві існують стандарти образу здорової людини, невідповідність яким і призводить до виникнення подібних почуттів. Крім того, в цей період відбувається включення захисних механізмів, таких як конфлуенція, еготизм, заперечення ситуації, девалідація, регресія та інші.

На наступному етапі, через деякий час, особистість підпорядковується новому положенню і її Я-образ зазнає зміни. Найбільш істотні, на наш погляд, зміни відбуваються в образах фізичного Я і реального Я.

Втрата функціональності здоров'я – це фізичне випадання однієї з найважливіших функцій із цілісної системи організму, що призводить до обмеження пересувань у просторі, невпевненості в рухах, залежності від інших. Для того щоб одержати самостійність і можливість пересуватися у просторі, такому індивіду необхідно взяти до рук тростину, милиці або сісти у візок тощо. Таким чином, до образу тіла людини з особливими потребами додається новий елемент. Однак, хоча такі допоможні засоби значно полегшують пересування, вони ж створюють передумови і для внутрішнього конфлікту: виникає психологічне неприйняття свого фізичного образу. Людина з особливими потребами перестає відповідати прийнятому в суспільстві стандарту здорової особистості. Виникає конфлікт між образом здорової людини і власним образом людини із тростиною, милицями або на візку. Як наслідок, виникає захисна реакція у вигляді проєкцій типу: «Усі люди дивляться на мене, засуджують, не розуміють тощо».

Реальне Я набуває, у свою чергу, кілька викривлень: переоцінюються власні можливості і створюється, таким чином, викривлене Я, або вони недооцінюються, що викликає уповільнення особистісного розвитку чи його регрес. Крім цього, розвивається емоційна нестійкість людей з особливими потребами.

Описані викривлення в образах фізичного Я і реального Я спричиняють соціально-психологічну дезадаптацію, що призводить до болісних внутрішньоособистісних конфліктів, втрати звичних контактів із соціальним середовищем, порушення здатності виконувати відповідні соціальні ролі.

Формування адекватного Я-образу людей з особливими потребами здійснюється у відповідності з наступними етапами:

1. Усвідомлення свого порушення здоров'я.
2. Прийняття свого функціонального обмеження.
3. Оцінка своїх можливостей і внутрішніх ресурсів.
4. Переосмислення своєї життєвої позиції.
5. Включення нового Я-образу у систему повсякденної життєдіяльності особистості.

Однак, проблема адекватного формування Я-образу представників даної соціальної групи полягає в тому, що у таких людей ускладнюється процес творчого пристосування до навколишнього середовища, формується помилкове уявлення про навколишнє середовище й своє місце в ньому. Адекватність же Я-образу у цілому, вимірюється тим, наскільки успішно особистість реалізує власні потреби й можливості в соціумі, знаходить там своє місце й на емоційному рівні відчуває гармонію й почуття задоволення.

Для успішної інтеграції в суспільство людей з особливими потребами необхідно формування адекватного Я-образу, позитивних установок до себе, довілля, праці і свого функціонального обмеження.

Список використаних джерел

1. Гуменюк О. Є. Психологія Я-концепції : монографія. Тернопіль: Економічна думка, 2002. 186 с.
2. Клопота Є. А. Психологічні основи формування самосвідомості молоді з глибокими порушеннями зору : Монографія. Запоріжжя, 2018. 176 с.
3. Самосознание и защитные механизмы личности. под ред. Д. Я. Райгородского. Самара : Издательский Дом Бахрах, 2000. 656 с.
4. Klopota Y. & Klopota O. Peculiarities Of Interpersonal Cooperation Of Youth With Different Vision Level. *New Educational Review*, 48 (2), 2017. 227-238: <http://www.educationalrev.us.edu.pl/e48/a18.pdf>

УДК 376.02

Ксенія Комаренко,

асистент вчителя молодших класів школи-інтернату,
Хортицька національна академія, м. Запоріжжя, Україна

Науковий керівник, Ольга Клопота,

кандидат педагогічних наук, доцент, Хортицька
національна академія, м. Запоріжжя, Україна

РОЗВИТОК КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ В ІНКЛЮЗИВНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Сучасний світ вимагає від особистості володіння не лише сукупністю загальноосвітніх знань, вмінь, навичок, але й готовності й здатності до конструктивної взаємодії, активної участі у житті суспільства.

Нова українська школа має не лише надавати учням певний обсяг знань, але й виховати людину, здатну творчо мислити, приймати рішення, брати на себе відповідальність, адаптуватися до швидкої зміни соціальних ролей.

Саме молодший шкільний вік є сприятливим для оволодіння комунікативними навичками. Разом із цим, спілкування молодших школярів характеризується великою кількістю рухів і жестів, вони ще не можуть лаконічно, точно будувати свою розповідь, часто переходять з однієї теми на іншу. Діти молодшого шкільного віку, які мають особливі освітні потреби, не завжди можуть адекватно висловити думки й почуття, що стає перешкодою для встановлення повноцінного контакту як із дорослими, так і з однолітками. Це, в свою чергу, негативно впливає на процес їхньої соціалізації.

Пріоритетність компетентнісного підходу в освіті відображається й у змісті соціально-педагогічної діяльності. Такі науковці, як: В. В. Нечипоренко, І. Г. Ермаков, Л. В. Сохань, Є. М. Павлютенков, – підкреслюють значущість соціально-комунікативного аспекту компетентнісного становлення школярів, розвитку їхньої здатності до досягнення поставлених життєвих цілей в процесі активної соціальної взаємодії [1, 2].

Для цілісного розуміння поняття «**комунікативна** компетентність» варто не лише сформулювати його визначення, а й проаналізувати його структуру.

Комунікативна компетентність передбачає оволодіння способами взаємодії з людьми, навичками роботи у групі. Учень має не лише вміти презентувати себе, ставити запитання, вести дискусію, а й бути здатним взаємодіяти з оточуючими людьми, адекватно інтерпретуючи отриману інформацію, а також правильно її передавати [3].

Отже, серед основних складових комунікативної компетентності називають: знання правил спілкування; толерантність щодо шляхів вирішення завдань, проблем; вміння висловити власну думку, оцінку, чітко переконувати і зрозуміло роз'яснювати свою позицію, розуміти іншого, вміння співчувати, адекватно оцінювати себе та інших, приймати думку іншого, розв'язувати конфлікти, спілкуватися у стандартних ситуаціях навчальної, трудової, культурної, побутової сфер [6].

Оскільки молодший шкільний вік є визначальним у подальшому розвитку особистості та формуванні базових компетентностей, спираючись на закони розвитку дитини 6-10 років, треба створити умови для повноцінного цілісного розвитку кожної дитини та її самоактуалізації:

- задоволення базових потреб в активності, інформації, створенні умов для розвитку індивідуальності;
- надання дітям можливості самоствердження у найважливіших для них видах діяльності з максимальним розвитком їхніх здібностей та можливостей;
- створення емоційно-ціннісного поля взаємодії «учитель-учень», «учень-учитель», «учень-учень», «учні-учитель» [4, 6].

Для формування комунікативної компетентності учнів початкових класів, а особливо дітей з особливими освітніми потребами, необхідно створити умови, за яких у молодших школярів з'явилися б потреба і бажання спілкуватися, виявляти почуття. Тобто, варто створювати сприятливий соціально-психологічний клімат на уроках, плекати доброзичливі взаємини, зацікавленість у роботі також

сприятиме вмотивованості спілкування. Навчаючи учнів спілкуватися, необхідно використовувати усі можливі види їхньої діяльності [5, 7].

Отже, розвиток комунікативної компетентності має особливу значущість у житті людини і стає актуальним завданням сучасної школи.

Разом з цим, молодші школярі з особливими освітніми потребами не завжди можуть адекватно висловлювати власні думки й почуття, налагоджувати й підтримувати взаємодію як із дорослими, так і з однолітками. Це, в свою чергу, негативно впливає на процес їхнього соціального розвитку.

Звідси, набуває особливої ваги необхідність прищеплення молодшим школярам не лише культури спілкування, але й набуття ними готовності і здатності до повноцінної соціальної взаємодії на основі уважного і толерантного ставлення до співрозмовника.

Список використаних джерел:

1. Організація соціальної та життєвої практики учнів 11-річної школи : наук.-метод. видання; за ред. І. Г. Єрмакова, В. В. Нечипоренко, Н. М. Гордієнко. Запоріжжя : Вид-во Хортицького національного навчально-реабілітаційного багатопрофільного центру, 2013. 252 с.

2. Інклюзивна освіта від А до Я: poradnik для педагогів і батьків / Укладачі Н. В. Заєркова, А. О. Трейтак. Київ, 2016. 68 с.

3. Климова К. Я. Комунікативні ознаки мовлення. Основи культури і техніки мовлення. Київ : Ліра, 2004. 187 с.

4. Мудрик А. К. Соціальний інтелект та соціальна компетентність *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. №3. С. 4-6.

5. Коваленко В. В. Формування соціальної компетентності молодших школярів в умовах сучасного інформаційного простору. Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2015. № 6 (37). С. 37-40.

6. Трофимова Г. С. Дидактические основы формирования коммуникативной компетентности обучаемых : автореф. дис. на соискание науч. степени д-р пед. наук. : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» Санкт-Петербург, 2000. 33 с.

7. Чайковский М. Є. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з молоддю з особливими потребами в умовах інклюзивного освітнього простору : автореф. дис... докт. пед. наук : 13.00.05. Старобільськ, 2016. 45 с.

УДК 373.5.091.212-021.483:316:159.9(045)

Віра Лапа,

кандидат психологічних наук,
Хортицька національна академія,
м. Запоріжжя, Україна

**ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ШКОЛЯРІВ
ЯК ЗАСІБ РЕАЛІЗАЦІЇ ТРЕНІНГОВОЇ ПСИХОТЕХНОЛОГІЇ
ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ**

Актуальність формування комунікативної толерантності школярів обумовлена тим, що впровадження інклюзивного навчання в загальноосвітніх навчальних закладах України безперечно потребує забезпечення його психологічного супроводу. Зокрема, пошуку шляхів і розробки заходів формування комунікативної толерантності як у здорових школярів, так і у здобувачів освіти з особливостями психофізичного розвитку, що є умовою їхньої конструктивної взаємодії та гармонізації стосунків в єдиному освітньому просторі навчального закладу.

Оптимальною, на наш погляд, формою реалізації процесу формування вищезазначеної якості в учнів є факультативний курс за спеціально розробленою програмою занять. В якості прикладу розглянемо програму факультативного курсу для учнів 9-11 класів «Жити та навчатися поруч», що є

продуктом дисертаційного дослідження В. Лапи за темою «Формування комунікативної толерантності старшокласників у процесі внутрішкільної інтеграції в умовах інклюзивного навчання» [4].

Зазначимо, що впровадження програми безумовно є елементом комплексного психологічного супроводу, який вважається однією з найбільш ефективних форм психологічної допомоги на сучасному етапі розвитку практичної психології. За Ю. Слюсаревим і М. Мушкевич, поняття «супровід» означає недиригентну форму надання психологічної допомоги, спрямованої не просто на підсилення або удосконалення, а на розвиток і саморозвиток самосвідомості особистості, допомоги, яка запускає механізми саморозвитку й активізує власні ресурси людини [5; 6].

Основною загальною метою супроводу є створення умов для повноцінного розвитку дитини, її психічного і соматичного здоров'я, становлення соціально-успішної особистості; захист прав дитини на одержання освіти та розвиток у відповідності зі своїми потенційними можливостями, сприяння інноваційній освітній діяльності педагогів, пов'язаній із впровадженням особистісно-орієнтовних технологій навчання, гуманізація шкільних відносин тощо [3].

Основними задачами програми формування комунікативної толерантності старшокласників у нашому дослідженні стали:

1. Актуалізація потреби у спілкуванні (афіліації), розвиток комунікативних здібностей, комунікативних знань, комунікативних умінь і навичок, здатності до емпатії, рефлексії, саморегуляції та конструктивної взаємодії в конфліктних ситуаціях.

2. Усвідомлення поняття «комунікативна толерантність» та психологічних характеристик, що визначають зміст поведінкового, когнітивного, емоційного та регуляторного її компонентів.

3. Збагачення уявлень про взаємозв'язок потреби в спілкуванні (афіліації), комунікативних здібностей, комунікативних умінь і навичок, здатності до емпатії, рефлексії, саморегуляції та конструктивної взаємодії в конфліктних ситуаціях, володіння комунікативними знаннями із комунікативною толерантністю.

4. Переосмислення своїх індивідуальних особливостей, які впливають на рівень власної комунікативної толерантності.

5. Розширення репертуару стилів та моделей поведінки, які дозволяють ефективно та толерантно взаємодіяти з іншими в умовах інклюзивного навчання.

Тренінгова форма роботи дозволила акцентувати увагу школярів на визнанні прав інших на життя і гідність; доброзичливому осмисленні присутності у своєму соціальному середовищі представників різних уразливих груп населення, інших культур; визнанні позитивних аспектів різноманітності; умінні цінувати конкретні прояви своєрідності та різноманітності людей. Процес формування толерантності, заснований на системному підході, визначив рух від випадково-ситуативного прояву толерантності через визнання можливих толерантних взаємин до доброзичливих стосунків у малій групі, до становлення толерантності, яка виходить за межі тренінгової групи, готовність особистості до самовдосконалення [2]. Перевагою тренінгової форми роботи стала можливість структуризації когнітивного досвіду учасників і глибокої включеності їхньої емоційної сфери, що сприяє розвитку комунікативної толерантності як особистісної риси.

В організаційну основу тренінгової форми роботи нами покладено класичні складові: вступ (привітання), основна частина (інформаційні повідомлення, практичні вправи) та рефлексія, а також традиційні принципи групової роботи: правила «тут і тепер», «Я-висловлювання», безоцінкове ставлення, принцип ініціативності (активності) та конфіденційності [1].

Особливістю побудови програми є те, що інформаційні блоки не є громіздкими, а гармонійно включені в основну частину заняття та поєднані з практичними вправами. Такий підхід до побудови кожного конкретного заняття є доцільним з точки зору не тільки відповідності програми сприянню розвитку комунікативної компетентності, але й щодо вікових особливостей учнів.

Поєднання лекційного матеріалу з практичними вправами дозволяє запобігти інформаційному перевантаженню учнів, полегшує процес засвоєння ними нової інформації та покращує її засвоєння через отримання власного досвіду, підкріпленого особистими переживаннями. Значна частина практичних вправ спрямована на виявлення певних патернів поведінки школярів з метою їх усвідомлення ними та накопичення особистісно значущого для учасників матеріалу з метою обговорення. Також основна частина заняття представлена вправами, спрямованими на закріплення

позитивної моделі поведінки учнів в контексті інклюзивної освіти, яка передбачає толерантне ставлення школярів один до одного, володіння ними конструктивних способів вирішення конфліктних ситуацій тощо.

Реалізації розвивальної програми включає в себе організаційні етапи в наступній послідовності:

1. Початковий етап передбачає формування високого рівня мотивації до участі у програмі.
2. Основний етап спрямований на формування обізнаності, поінформованості та оволодіння прийомами вдосконалення комунікативних здібностей, рефлексивних і емпатичних навичок, здатностей до саморегуляції та толерантної поведінки.

3. Завершальний етап призначений для засвоєння та фіксації нової особистісної позиції, що є результатом набутих завдяки участі у програмі знань, умінь, навичок та якостей.

Розвивальна програма у своїй структурі має п'ять змістовних блоків: мотиваційний, перцептивний, інтерактивний, блок комунікативної толерантності, рефлексивний блок. Кожен блок складається із серії завдань із застосуванням різноманітних вправ і технік, що передбачає активну групову роботу та особливу форму подачі знань. Під час реалізації розвивальної програми були враховані такі принципи, як обізнаність учасників програми у її структурі та передбачувані результати участі в ній; безпека учасників групи, довірливе ставлення до ведучого та активна позиція стосовно участі у програмі.

У побудові структури та визначенні завдань мотиваційного блоку розвивальної програми ми спиралися на бачення до підходів його організації, відображених у роботі Т. Хомуленко, А. Поденка та К. Фоменко «Тренінгові психотехнології в програмах психологічного супроводу» [7].

Ефективність програми формування комунікативної компетентності старшокласників в умовах інклюзивного навчання перевірялась у ході формувального експерименту, який тривав протягом одного навчального року. Результати контрольного дослідження засвідчили позитивну динаміку комунікативної толерантності старшокласників експериментальної групи, що знайшло своє відображення у зростанні рівня комунікативної толерантності за всіма її поведінковими проявами, окрім вміння прощати іншим помилки, незручність, ненавмисно заподіяні неприємності.

Список використаних джерел

1. Авидон И., Гончукова О. Тренинги взаимодействия в конфликте. Материалы для подготовки и проведения. Санкт-Петербург : Речь, 2008. 192 с. (Психологический тренинг).
2. Вишневецька Л. Деякі аспекти методології толерантності. Рідна школа. 2003. № 4. С. 43–45.
3. Гуцало Е. У. Теоретичні засади та методологія психолого-педагогічного супроводу в системі соціально-педагогічної роботи *Наукові записки*. Серія: Педагогічні науки. Вип. 122 Кіровоград : РВВ КДПУ ім. В. Винниченка, 2013. 133-140 с.
4. Лапа В. М. Жити та навчатися поруч : факультативний курс для учнів 9–11 класів. Науково-методична розробка. Запоріжжя : Вид-во Хортицької нац. академії, 2017. 134 с.
5. Мушкевич М. І. Поняття супроводу у сучасній психологічній науці. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ. Проблеми загальної та педагогічної психології, т. XIII, ч. 1 / М. І. Мушкевич URL : http://archive.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/pzpp/2011_13_1/287-294.pdf
6. Слюсарев Ю. В. Психологическое сопровождение как фактор активизации саморазвития личности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. / Ю. В. Слюсарев. СПб., 1992. 24 с.
7. Хомуленко Т. Б., Поденко А. В., Фоменко К. І. Тренінгові психотехнології в програмах психологічного супроводу. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. Вип. 54. Харків : ХНПУ, 2016. 273 с.

Ольга Лоцман,
студентка магістратури КЗВО «ХННРА» ЗОР
спеціальності Спеціальна освіта,
м. Запоріжжя, Україна

ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ

Однією з актуальних проблем сьогодення – є зростання кількості дітей, що мають порушення опорно-рухового апарату (ОРА).

«Згідно з переліком Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), до захворювань опорно-рухового апарату відносяться більше 150 нозологій, що вражають скелетно-м'язову систему: м'язи, кістки, суглоби та сполучні тканини, такі як сухожилля та зв'язки. Вони варіюються в широкому діапазоні, від гострих і короткочасних явищ – переломів, розтягнень і вивихів – до довічних порушень, що супроводжуються хронічним болем і інвалідністю» [11].

Порушення функцій опорно-рухового апарату можуть бути вродженими або набутими. Можна виділити такі види патології опорно-рухового апарату:

1. Захворювання нервової системи: дитячий церебральний параліч (ДЦП), поліомієліт.
2. Вроджені патології ОРА: вивих стегна; кривошия; клишоногість та інші деформації стоп; аномалії розвитку хребта (сколіоз); недорозвинення та дефекти розвитку кінцівок; аномалії розвитку пальців кисті; артрогрипоз (вроджена хвороба апарату руху, що характеризується множинними контрактурами суглобів внаслідок недорозвинення м'язів кінцівок).
3. Набуті захворювання та порушення ОРА: травми головного, спинного мозку та кінцівок; поліартрит, захворювання скелету (пухлини кісток, туберкульоз, остеомієліт); системні захворювання скелету – ахондродістрофія (відставання в зростанні кісток кінцівок при нормальному зростанні тулуба, шиї і голови); рахіт; міопатія (захворювання, яке пов'язане з порушенням обміну речовин у м'язовій тканині) – м'язова слабкість, атрофія м'язів.

У дітей із порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА) – провідним є руховий дефект (недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій). Основну групу серед них становлять діти з церебральним паралічем (ЦП) (89%) [2].

ДЦП – це порушення, що поєднує групу різних за клінічними проявами синдромів, які виникають у результаті недорозвитку мозку і його ушкодження на різних етапах онтогенезу та характеризуються нездатністю зберігати нормальну позу і виконувати довільні рухи [7].

У багатьох дітей із ЦП також розвиваються супутні патологічні стани: судоми, проблеми зі слухом, зором, мовленням, інтелектуальна недостатність та ін. Дитячий церебральний параліч є однією з найбільш частих причин інвалідності в дитячому віці. Поширення в Україні та Європі становить 2-3 на 1000 новонароджених, а серед глибоко недоношених досягає 40-100 на 1000 новонароджених [5; 8].

На сьогодні в Україні понад 30 тисяч осіб хворих на ДЦП. Понад 70% хворих ДЦП – особи з тяжкою інвалідністю. Співвідношення чоловічої і жіночої статі становить 1,9 до 1 [1; 6].

Створення європейського реєстру дітей з ЦП у 1998 році (SCPE –The Surveillance of Cerebral Palsy in Europe) підтверджує актуальність даної проблеми та необхідність розвитку різноманітних досліджень у цій галузі з метою покращення реабілітації дітей із церебральним паралічем [9;10].

До 80 % випадків ДЦП виникає в результаті ураження нервової системи дитини – внутрішньоутробно (у пренатальному періоді) і близько 20 % під час пологів (інтранатальний період) або після народження (у ранньому постнатальному періоді або на першому році життя). Завдяки дії різних негативних чинників відбувається ураження головного мозку дитини, зокрема ділянок, що відповідають за рух.

За часом виникнення ДЦП поділяють на вроджений, під час пологів та післяпологовий. Причинами вродженого церебрального паралічу можуть бути інфекції, інтоксикації, травми, перенесені вагітною, соматичні та ендокринологічні захворювання матері, резус конфлікт матері та дитини. Під час пологів та після поліг паралічі пов'язані з аномаліями родової діяльності, травматичними ураженнями

головного мозку плоду та народженої дитини, порушенням мозкового кровообігу в результаті асфіксії, інфекційні захворювання – бактеріальний менінгіт, вірусний енцефаліт тощо.

Світова статистика свідчить про те, що вроджені причини виникнення ДЦП становлять 25 % і пов'язані з генетичними порушеннями розвитку (мутації, хромосомна аберація), тератогенними чинниками (алкогольний синдром у зародка), інфекційними захворюваннями (краснуха, кір) та негативним впливом організму матері. Пологові причини становлять 50 % і пов'язані з недоношеністю, травмами, лікарською помилкою. Післяродові причини становлять 5 % й обумовлені інфекціями, травмами, лікарською помилкою. Проте причина 20 % випадків виникнення ДЦП залишається невідомою [3].

Описано більш ніж 400 біологічних і середових чинників, які впливають на нормальний розвиток плоду, але повністю їх роль у формуванні ДЦП ще не вивчена.

Поеднання внутрішньоутробної патології та родової травми є сьогодні однією з найбільш поширених причин виникнення ДЦП. Родова травма зазвичай поєднується з асфіксією (патологічний стан організму, який характеризується недостатністю кисню у крові, накопиченням вуглекислоти, порушенням дихання, серцевої діяльності новонародженого). Діти, які перенесли стан асфіксії і особливо клінічну смерть (відсутність дихання і серцевої діяльності), мають високий ступінь ризику для виникнення цього захворювання. ДЦП, як правило, не є спадковим захворюванням. При цьому в першу чергу вражаються рухові зони головного мозку, а також відбувається затримка та порушення його дозрівання в цілому. Тому в дітей, які мають ЦП, виявляються різноманітні порушення: рухові, інтелектуальні, мовленнєві, розлад інших вищих коркових функцій [2].

У дітей раннього віку високий потенціал головного мозку до регенерації, а тому корекційну роботу з дітьми, що мають порушення ОРА необхідно починати якомога раніше. Тільки синергія зусиль багатoproфільної команди фахівців різних галузей медицини, психології, корекційної педагогіки і реабілітології здатна досягти максимальних результатів. Безперечно, це важка, комплексна і високоспеціалізована робота, проте ні на хвилину не можна забувати, що головна мета – поліпшення самопочуття, адаптація до вимог нашого часу, суттєве підвищення якості життя дітей з порушеннями ОРА.

Таким чином, порушення опорно-рухового апарату у дітей можуть бути вроджені або набуті. Провідним є руховий дефект. Основну групу становлять діти з церебральним паралічем. ДЦП за часом виникнення поділяють на вроджений, під час пологів та після пологовий. Поеднання внутрішньоутробної патології та родової травми є сьогодні однією з найбільш поширених причин виникнення ДЦП. Своєчасне попередження, виявлення (діагностика) та низка заходів, що здійснює багатoproфільна команда фахівців різних галузей здатна поліпшити самопочуття, допомогти адаптуватися, підвищити якість життя дітей із порушеннями опорно-рухового апарату.

Список використаних джерел

1. Козьявкін В. І. Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации – метод Козьявкина. Пособие педагога. / Львов, 2012. 240с.
2. Колишкін О. В. Корекційна освіта. Вступ до спеціальності : навчальний посібник. Суми, 2013. 392 с.
3. Лянной Ю. О. Основы физической реабилитации: курс лекцій. Суми, 2004. 472 с.
4. Мартинчук О. В., Маруненко І. М., Луцько К. В. та ін. Спеціальна педагогіка : навч. посіб. для студ. вищ. нач. закл. Київ, 2017. 364 с.
5. Молчанова Л. Н. Статистика ДЦП – Что такое детский церебральный паралич. «Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения». 2009. № 1. С. 15.
6. Основы медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи : навч.-метод. посіб. Київ, 2005. 416 с.
7. Семенова К. А. Детский церебральный паралич (патогенез, клиника, лечение). *Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие детского церебрального паралича*: Сб. науч. тр. Москва, 1991. С. 6-21.
8. Статистичний бюлетень: заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. Держкомстат України. Київ, 2018. 121 с.

9. Oding E. The epidemiology of cerebralpalsy: incidence, impairments and risk factors. *Disabil. Rehabil.* 2006. Vol. 28, №4. P.183-191.

10. Selective dorsal rhizotomy for spasticity in cerebral palsy. NICE (GB) – National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline, 2010, URL : <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>.

УДК 376

Тетяна Липинська,
завідувач ЗДО №12, м. Енергодар, Україна
Світлана Петренко,
вихователь-методист ЗДО № 12,
м. Енергодар, Україна

ШЛЯХИ НАЛАГОДЖЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ МІЖ ЗАКЛАДОМ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ І РОДИНОЮ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ

Процеси, які відбуваються на сьогодні в українській освіті, є складними й неоднозначними і вимагають вирішення нових завдань, які постають перед освітою. Пріоритетним напрямом модернізації сучасної дошкільної освіти виступає інклюзивне навчання, яке передбачає спільне навчання дітей із типовим та нетиповим розвитком, встановлення між дітьми різних груп, категорій більш тісних взаємостосунків під час їхнього спільного перебування в групі дошкільного закладу освіти.

Відомо, що народження дитини із проблемами в розвитку докорінно змінює життя сім'ї, справляючи відповідний вплив на її членів, а найбільше на матір дитини. Стрес, у якому перебуває родина, залежить від ступеня розладу в розвитку дитини, наявності зовнішніх ознак і, звичайно, від особистісних якостей батьків. Усі батьки цієї категорії потребують психологічної та педагогічної допомоги, озброєння знаннями з педагогіки, спеціальної педагогіки та психології. Серед основних проблем, з якими стикається родина дитини з особливими освітніми потребами, батьки називають: соціальну ізоляцію сім'ї, брак інформаційної допомоги та психологічної підтримки. Кількість і глибина психолого-педагогічних проблем, що їх переживають батьки дитини з особливими потребами, досить часто є такою вагомою, що вимагає невідкладної допомоги. Мати, батько, бабусі, дідусі зазвичай переживають пригніченість і безпорадність, напруженість і незахищеність, агресію і тривогу, що дуже ускладнює нормальну взаємодію в сім'ї, негативно впливаючи на повсякденне життя дитини. Розкриття інтелектуального та особистісного потенціалу дитини цілком залежить від тих умов (соціальної ситуації розвитку), які створюють близькі люди. Встановлено, коли дорослий радіє разом із дитиною її успіхам та співпереживає невдачам, то дитина зберігає хороше емоційне самопочуття, готовність діяти і долати перешкоди. Відчужене ставлення дорослого до дитини, навпаки, значно знижує її соціальну активність та творчий потенціал. Ситуація ускладнюється тим, що в родині нерідко виникають фінансові труднощі, батьки конфліктують або навіть і розлучаються. Ще важче, коли причиною розлучення стає саме народження дитини з особливими освітніми потребами. Таке психологічне навантаження і без того ускладнює внутрішні та зовнішні проблеми самої дитини. Людина, яка тривалий час переживає кризову ситуацію, втрачає віру в себе, у власні сили, у своє майбутнє, перестає нести в собі заряд оптимізму. Вона стає роздратованою, нещасною, злою. Від неї не слід чекати плідних виховних ідей, продуктивних спільних дій, творчих рішень.

Батьківська позиція стосовно дитини з особливими освітніми потребами демонструє або повне незнання особливостей своєї дитини, або протиріччя у виборі виховних впливів. Саме тому сім'я повинна мати можливість звернутися за консультацією до фахівця – психолога, дефектолога, логопеда чи педагога не лише з приводу дитини, а й стосовно власних проблем, які все ж безпосередньо пов'язані з народженням особливої дитини.

Дошкільний заклад (ясла-садок) компенсуючого типу «Посмішка Пізнайки» № 12 м. Енергодар працює з дітьми з особливими освітніми потребами як у спеціальних, так і в інклюзивних групах. Окрім

корекційно-відновлювальної роботи з дітьми, педагоги закладу здійснюють психолого-педагогічну просвітницьку роботу з батьками та психолого-педагогічний супровід сімей. Проблеми, з якими ми стикаємося в нашій практиці, підштовхнули до вивчення, узагальнення та впровадження методичної теми: «Надання психолого-педагогічної допомоги сім'ям вихованців з особливими освітніми потребами».

Важливим аспектом цієї теми є взаємодія з батьками дітей з особливими освітніми потребами. Проблема інтеграції родини, яка має таку дитину, в активне життя суспільства є актуальною у соціальному середовищі. Важлива вона і для педагогічного колективу закладу. У ході вивчення стану зазначеної проблеми слід звернути особливу увагу на наступні аспекти:

- народження дитини з особливими потребами кардинально змінює життєві перспективи родини;
- хронічна пригніченість, беззахисність, агресія, тривога усіх членів родини не є позитивним фактором у подальшому функціонуванні сім'ї;
- напружена обстановка і проблеми із станом здоров'я дитини іноді призводить до розлучення батьків;
- обмеженість кола спілкування призводить до ізоляції як батьків, так і дитини.

Виходячи з цього, головною метою взаємодії дошкільного закладу освіти і родини, яка має особливу дитину, є організація системи роботи, спрямованої на пошуки конструктивного рішення життєвої кризи сімей.

Відповідно до мети визначені основні завдання:

- інформування про вікові та індивідуальні особливості дитини, викликані порушеннями у розвитку;
 - допомога у виборі правильної тактики виховання дитини;
 - навчання батьків спеціальним педагогічним прийомам, необхідним для розвитку пізнавальної, емоційної та соціальної сфери дитини;
 - корекція стосунків між мамою та дитиною, гармонізація внутрішньо сімейних стосунків.
- У ході реалізації поставлених завдань використовувались такі форми роботи з батьками:
- психолого-педагогічна просвіта;
 - соціально-педагогічний патронат;
 - залучення батьків до спільних занять із дітьми;
 - психолого-педагогічний супровід;
 - участь батьків та дітей у спільних святах та розвагах, активна взаємодія в ланці діти – батьки – педагоги;

Психолого-педагогічна просвіта – консультування батьків спеціалістами ЗДО (психологом, дефектологом, логопедом, вихователем, медичними працівниками); бібліотеко-консультування за тематикою, яка запропонована батьками, «Хвилинка спілкування» (обмін досвідом батьків, інформацією із проблем виховання та реабілітації); педагогічні бесіди, які проводять вузькі спеціалісти в рамках індивідуальної роботи; круглий стіл, під час якого об'єднуються спеціалісти і батьки, знаходячи оптимальні підходи у взаємодії з дітьми.

Соціально-педагогічний патронат є важливою формою роботи з дітьми з особливими освітніми потребами. В рамках патронату спеціалісти (соціальний педагог, інспектор з охорони прав дитинства, практичний психолог, асистент вихователя) відвідують сім'ї вихованців, консультують батьків із питань виховання дітей, проводять заняття вдома, враховуючи індивідуальні особливості, можливості дитини, її фізичний стан.

Залучення батьків до спільних занять із дітьми здійснюється, коли іноді батьки дитини з особливими освітніми потребами не прикладають зусиль щодо її реабілітації, вважаючи це даремним. Завдання педагогів полягає в зміні поглядів батьків на перспективи дитини, сприймання її такою, яка вона є, бачення маленьких результатів спільної діяльності. Для досягнення позитивних результатів дуже важливим є демонстрація педагогами методів і прийомів роботи з дітьми, якими батьки можуть користуватися вдома.

Психолого-педагогічний супровід – це пролонгований, динамічний процес, цілісна діяльність, в яку включені такі компоненти:

- корекція емоційного стану батьків;
- корекція взаємин дитини з батьками;
- оптимізація спілкування дитина-батьки-суспільство;
- полегшення адаптації;
- актуалізація прихованих внутрішніх ресурсів.

Участь батьків та дітей у святах та розвагах, активна взаємодія в ланці діти – батьки – педагоги. Залучення батьків до спільних свят, розваг допомагає соціалізувати дітей, дарує радість від участі у партнерській діяльності, позитивні емоції.

Результатами взаємодії ЗДО із сім'ями дітей з особливими освітніми потребами є : безоціночне прийняття дитини; уважне спостереження за дитиною та об'єктивна оцінка її стану; активна участь батьків у процесі виховання та розвитку дитини, її соціальної адаптації; збагачення батьків основами педагогічних та психологічних знань; перехід дітей до групи повного дня перебування з легкою адаптацією.

Дитинство – найважливіший період людського життя, не підготовка до майбутнього життя, а справжнє, яскраве, самобутнє, неповторне життя. І від того, як пройшло дитинство, хто вів дитину в дитячі роки, що ввійшло в її розум і серце з навколишнього світу – від цього вирішальною мірою залежить, якою людиною вона стане. Досвід роботи дошкільного закладу (ясла-садок) компенсуючого типу «Посмішка Пізнайки» № 12 м. Енергодар з дітьми з особливими освітніми потребами та їхніми батьками доводить позитивну роль ранньої корекції та соціалізації особливо в тих випадках, коли активним учасником цієї роботи стає сім'я.

УДК 376.02

Віталій Маврін,

кандидат педагогічних наук, завідувач науково-методичного відділу Хортицької національної академії,

Свєн Хлібець,

вихователь загальноосвітньої санаторної школи-інтернату I-III ст. Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

СТАНОВЛЕННЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ ЯК СУБ'ЄКТА ЖИТТЄТВОРЧОСТІ В УМОВАХ ОСВІТНЬО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОСТОРУ

Однією з актуальних проблем сучасної реабілітології є подальша реалізація її науково-практичного потенціалу щодо забезпечення гідного і повноцінного життя людей з обмеженими можливостями здоров'я, їхньої успішної інтеграції в суспільство як життєво компетентних громадян. Незважаючи на значний прогрес у вирішенні цієї проблеми, досягнутий на міжнародному рівні за останні десятиліття, фахівці констатують недостатньо повну реалізацію прав дітей з особливими освітніми потребами на якісну освіту і всебічний розвиток. Всесвітня доповідь ЮНЕСКО з моніторингу освіти для всіх свідчить про те, що наявність інвалідності підвищує ймовірність маргіналізації з точки зору доступу до освіти і є в цьому відношенні ще більшою перешкодою, ніж соціально-економічний статус сім'ї, проживання в сільській місцевості або гендерна приналежність. Діти з інвалідністю, які відвідують школу, з більшим ступенем імовірності стають аутсайдерами в класі і кидають навчання. Зведений аналіз даних по 51 країні дозволив з'ясувати, що розрив у показниках закінченої початкової освіти між дітьми з інвалідністю та звичайними дітьми становить 10%. Додаткові дослідження, проведені в 30 країнах, показали, що діти зазначеної категорії мають менше шансів піти до школи і менший сукупний період навчання в ній [5, с. 111-112].

Ці тривожні дані вимагають мобілізації зусиль фахівців для пошуку нових концептуально-методологічних і технологічно-методичних рішень, спрямованих на підвищення ефективності системи спеціальної освіти з урахуванням соціальних вимог до рівня життєвої компетентності випускників

закладів освіти. Одним із таких своєчасних рішень може бути організація в кожному спеціальному та інклюзивному закладі освіти психолого-педагогічного супроводу становлення дітей з особливими освітніми потребами як суб'єктів життєтворчості. Удосконалення освіти дітей цієї категорії на ідеях педагогіки життєтворчості є особливо важливим, оскільки більшості з них необхідна спеціальна психолого-педагогічна допомога в розробці та впровадженні оптимістичного життєвого проекту з урахуванням наявних особистісних ресурсів і можливостей самовдосконалення у найближчій і віддаленій перспективі. Робота фахівців корекційно-реабілітаційного профілю за цим напрямом є важливим аспектом їхньої гуманістичної місії, спрямованої на максимально ефективну підготовку школярів до реалій дорослого життя з усіма його труднощами. Цей пріоритет визначено у тематичній національній доповіді «Освіта осіб з інвалідністю в Україні» (2010 р.), підготовленої і виданої Міністерством освіти і науки України. В національній доповіді наголошується, що в сучасній системі освіти «наукового й практичного значення набуває розроблення проблем розвитку інноваційних педагогічних систем безперервної освіти осіб з інвалідністю у контексті педагогіки життєтворчості, яка б допомагала зростаючій особистості оволодіти життєвою і соціальною компетентністю» [6, с. 69].

Слід відмітити той факт, що необхідність суб'єктної життєтворчої позиції для соціальної інтеграції та успішного життя визнається людьми з особливостями психофізичного розвитку. Р. Хансен, відомий канадський громадський діяч та спортсмен, який першим в історії здійснив навколосвітню подорож на інвалідному візку, підкреслював: «Життя – це великий подарунок, до якого ми повинні ставитися дбайливо. Нам підвладний контроль над власним життям, тільки треба шукати кращих шляхів. Якщо навіть з нами трапляється щось непередбачуване, можна знайти в собі сили, щоб вийти з глухого кута. І хоча я втратив здатність пересуватися на ногах, я не втратив здатності ставити перед собою цілі» [7, с. 268].

Сучасні психолого-педагогічні дослідження переконливо показують, що суб'єктна позиція особистості є провідним фактором досягнення нею нової якості свого життя, що проявляється в різних аспектах: ціннісно-смисловому (переконаність у смислі власного життя), когнітивному (здатність стати суб'єктом пізнання) і соціальному (становлення особистості як суб'єкта соціальних відносин). Як зазначає К. Карпінський, суб'єкт життя – це особистість, яка активно будує, модифікує, удосконалює життєві відносини і тим самим детермінує індивідуальний життєвий шлях [2, с. 157]. У тому випадку, коли життєвим шляхом повністю управляють зовнішні фактори, життя дегуманізується і автоматизується, а особистість виступає в ролі заручника долі. В іншому випадку, коли особистості вдається «приборкати» зовнішні детермінанти і взяти ініціативу в свої руки, життя-автоматизм переходить у життєтворчість [2, с. 246].

Виняткова важливість становлення дітей з особливими освітніми потребами як суб'єктів життєтворчості визначає необхідність вивчення і поширення інноваційного досвіду психолого-педагогічного супроводу цього процесу. Такий досвід акумульовано фахівцями загальноосвітньої санаторної школи-інтернату I-III ст. Хортицької національної навчально-реабілітаційної академії. З 1993 року концептуальною основою навчально-виховного процесу в закладі є педагогіка життєтворчості, головна ідея якої – становлення учня як суб'єкта свого життя, здатного і готового до його проектування та успішного здійснення. У центрі педагогіки життєтворчості – питання розробки і реалізації особистістю свого життєвого проекту, досягнення життєвого успіху, компетентного реагування на різні життєві виклики.

Для реалізації цих пріоритетів в санаторній школі-інтернаті організована система психолого-педагогічного супроводу становлення дітей з особливими освітніми потребами як суб'єктів життєтворчості. Компонентами цієї системи є:

1. Психологічне забезпечення розвитку у школярів особистісних якостей і потенціалів, необхідних для успішної життєтворчості: життєвої антиципації (здатності до прогностичної побудови моделей власного майбутнього), оптимістичного сприйняття життєвої перспективи (необхідного для того, щоб повірити в свою здатність змінювати життя на краще), інтернальності (готовність взяти на себе відповідальність за своє життя), мотивації досягнення успіху (є важливим фактором емоційно-вольової готовності до досягнення свого життєвого акме) і стресостійкості (визначає здатність особистості до подолання кризових ситуацій і конструктивного реагування на обмеження, обумовлені

станом здоров'я). Ці якості розвиваються в процесі індивідуальної психологічної фасилітації та групової тренінгової роботи зі школярами.

2. Акмеологічний підхід до організації навчально-виховного процесу, в якому для кожної дитини створюються ситуації успіху. При роботі з дітьми, які мають особливі освітні потреби, можна погодитися з категоричним імперативом, сформульованим А. Белкіним: «Головний сенс діяльності Вчителя полягає в тому, щоб створити кожному вихованцю ситуацію успіху» [1, с. 30]. Успіх у пріоритетній сфері діяльності (навчальній, дослідницькій, творчій, спортивній, суспільній тощо) є вирішальним чинником подолання учнем комплексу неповноцінності і переходу від пасивно-об'єктної до активно-суб'єктної життєвої позиції.

3. Виховна технологія проектного життєздійснення, що забезпечує розвиток у школярів здатності ставити життєві цілі і планомірно їх досягати.

4. Учніське самоврядування, що базується на інтерсуб'єктних відносинах між учасниками освітнього процесу.

5. Педагогічний супровід розробки і реалізації кожним школярем свого життєвого проекту – засобу життєтворчості, за допомогою якого відбувається постановка життєвих цілей, їх ціннісне і ресурсне обґрунтування і реалізація. Велике психологічне значення має процедура публічного захисту кожним старшокласником свого життєвого проекту, який після цього стає не тільки індивідуальним баченням майбутнього, але і соціально схваленим самозобов'язанням особистості бути суб'єктом свого життя.

Оскільки діти та молодь з особливими потребами в процесі життєвого становлення зустрічаються з додатковими труднощами, подолання яких потребує готовності до самомотивації і самомобілізації, особливого значення набуває поширення в українському суспільстві прикладів успішної життєпобудови людьми цієї категорії. Причому важливими є зразки не тільки всесвітньо відомих осіб (президента США Ф. Рузвельта, фізика С. Хокінга, льотчика О. Мересьєва, альпіністів Е. Вайхенмайєра, М. Інгліса, спортсменів Р. Хансена, О. Пісторіуса, Д. Лонг, письменників М. Сервантеса, Н. Вуйчича та ін.), а й тих українців, які в сучасних соціокультурних умовах досягають життєвого успіху, щодня доводячи, що певні обмеження здоров'я – не перешкода на шляху соціальної самореалізації та успішної життєтворчості особистості. Центральну роль у поширенні такої інформації про людей з особливими потребами відіграють мас-медіа, від яких в найбільшій мірі залежить формування суспільного ставлення до перспектив життєтворчості людей з особливими потребами. Прикладом участі мас-медіа у виконанні цієї гуманістичної місії є Всеукраїнська газета «Майстер-клас», що видається Хортицькою національною навчально-реабілітаційною академією. Назва газети репрезентує її призначення як інформаційної платформи для проведення у всеукраїнському масштабі своєрідного заочного майстер-класу – презентації людьми з особливими потребами свого досвіду успішної життєтворчості, соціального становлення і подолання життєвих труднощів. За останні роки на шпальтах газети надруковано статті (інтерв'ю, біографічні й автобіографічні історії, аналітичні матеріали тощо) про багатьох українців з особливими потребами: Вікторію Степанюк – художницю, майстра спорту України з гирьового спорту (стаття в № 8 за 2013 р.); Марію Помазан – чемпіонку Паралімпійських ігор у Лондоні (2012 р.) зі штовхання ядра (№ 9, 2013 р.); Олександра Гонгальського – чемпіона Європи з шашок серед осіб з інвалідністю (№ 9, 2013 р.); Петра Велінця – віце-президента Міжнародної федерації бойового гопака, козака-характерника (№ 10, 2013 р.); Євгена Попова – тренера з дзюдо, голову громадської організації спортсменів з інвалідністю «Спортивний клуб дзюдо» (№ 11, 2013 р.); Дмитра Беляєва – альпініста, приватного підприємця (№ 11, 2013 р.); Юлію Козлюк – громадського діячку, модель, переможницю Національного конкурсу «Міс Україна на візку – 2010» (№ 3, 2014 р.); Вікторію Савельєву – художницю, поетесу, переможницю поетичного конкурсу Національної спілки журналістів (№ 5, 2014 р.); Вікторію Савцову – чемпіонку Паралімпійських ігор у Лондоні (2012 р.), золоту призерку Чемпіонату Європи з плавання (2014 р.) (№ 8, 2014 р.); Михайла Кусія – художника (№ 9, 2014 р.); Дарину Безкосту – художницю, лауреата премії «Гордість країни» (№ 9, 2014 р.); Богдана Кравчука – студента історичного факультету Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, першу в Україні молоду людину із синдромом Дауна, яка вступила до закладу вищої освіти і успішно навчається (№ 10, 2014 р.); Ірину Петровську і Віктора Карпова – активних учасників товариства волонтерів «Твори добро, Україно!», неодноразових призерів чемпіонатів України з фехтування серед

осіб з інвалідністю (№ 7, 2015 р.); Дарину Сукач – лауреата Олександрівської премії в сфері благодійництва в номінації «Друге дихання» (№ 12, 2016 р.). Незважаючи на різні сфери і результати життєвої активності, всіх цих людей об'єднує одна спільна риса: прагнення до повноцінної життєтворчості і готовність заради цього долати певні обмеження здоров'я.

Слід зазначити, що поширення прикладів успішної життєтворчості людей з особливими потребами може успішно здійснюватися кожним освітнім закладом, навіть якщо він не має інформаційних ресурсів всеукраїнського або регіонального значення. Спеціальні заклади корекційно-реабілітаційного профілю можуть висвітлювати на своїх інтернет-сайтах або інших інформаційних платформах історії випускників, які наполегливо працюють над втіленням свого життєвого проекту. Кожна загальноосвітня школа може розробити тематику пошуково-дослідної діяльності учнів, що передбачає дослідження успішних життєвих траєкторій людей з особливими потребами. В цьому контексті парадигмальне значення має досвід європейських і північноамериканських країн, які змогли побудувати безбар'єрне інклюзивне суспільство тільки тоді, коли всі соціальні інститути об'єдналися заради виконання високої гуманістичної місії – забезпечення прав і реальних можливостей для самореалізації і життєтворчості усіх громадян, незалежно від стану їхнього здоров'я.

Список використаних джерел

1. Белкин А. С. Ситуация успеха. Как ее создать : кн. для учителя. Москва : Просвещение, 1991. 176 с.
2. Карпинский К. В. Человек как субъект жизни : монографія. Гродно : ГрГУ, 2002. 279 с.
3. Маврін В. В. Концептуалізація педагогіки життєтворчості особистості в українському освітологічному дискурсі. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2017. №. 53. С. 174-184.
4. Маришина Л. В. Теоретичні та практичні засади розвитку компетенцій життєстійкості та життєздатності учнів з обмеженими можливостями здоров'я в умовах навчально-реабілітаційного центру. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 25. С. 118-128.
5. Образование для всех: достижения и вызовы (2000-2015) : Всемирный доклад ЮНЕСКО по мониторингу образования для всех / [Аарон Бенавот, Манош Антонинис, Мадлен Барри и др.]. Париж : Издательство ЮНЕСКО, 2015. 498 с.
6. Освіта осіб з інвалідністю в Україні : тематична національна доповідь / В. М. Синьов та ін. Чернівці : Букрек, 2010. 417 с.
7. Хансен Р., Тейлор Дж. Человек в движении / [Пер. с англ. К. К. Тарасов]. Москва : Прогресс, 1991. 272 с.

УДК 376

Інна Міщенко,
вчитель-логопед,
Хортицька національна академія,
м. Запоріжжя, Україна

РОЗВИТОК ДРІБНОЇ МОТОРИКИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

На сьогоднішній день суспільство вкрай стурбоване зростанням кількості дітей із вадами психофізичного розвитку. За оцінками експертів ООН та ВООЗ кількість людей з обмеженими життєвими і соціальними функціями складає 10 % населення земної кулі. На жаль, світові проблеми не обійшли і нашої країни. За останні роки в Україні кількість дітей із порушеннями психофізичного розвитку зросла на 22 %, щорічно на 5-6 тисяч збільшується число цих дітей.

У даний час, кількість дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату значно зросла. За деякими даними 6 дітей на 1000 дитячого населення страждають дитячим церебральним паралічем (ДЦП).

На сьогоднішній час гостріше постає проблема навчання дітей з особливими потребами в умовах загальноосвітніх шкіл, спостерігається тенденція інтеграції дітей у загальноосвітні навчальні заклади. Це діти з порушенням опорно-рухового апарату.

Порушення опорно-рухового апарату виникають внаслідок певного захворювання, що призводить до розладу рухових функцій, внаслідок травми хребта. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату відчують труднощі під час пересування, користуються різноманітними допоміжними засобами.

Однією з особливостей, що характеризують дитячий церебральний параліч є порушення моторики рук. При деяких формах захворювання протягом багатьох років зберігаються тонічні рефлексі періоду новонародженості, які перешкоджають розвитку рухової сфери.

Дитина із ДЦП часто не може координувати і вправно діяти пальцями руки, але якщо ми допоможемо під час гри використати вже набуті навички, то розширимо її можливості та наблизимо до спроможності навчитися.

Розвиток дрібної моторики є дуже важливим для дитини. В головному мозку центри, які відповідають за мовлення та рухи пальців рук, знаходяться один біля одного, це дає можливість впливу на розвиток активного мовлення через тренування дрібної моторики пальців рук. Різноманітні маніпуляції з предметами сприяють активізації цього процесу, що особливо цінні для дітей із ДЦП [3].

Налагоджена і вміла робота пальців допомагає розвиватись мовленню та інтелекту, позитивно впливає на весь організм, готує руку дитини до письма. На долонях розміщено багато рефлексорних точок, від яких ідуть імпульси до центральної нервової системи. Масажуючи окремі точки, можна діяти на внутрішні органи, які з цими точками пов'язані [2].

В. Бехтерев у своїх працях довів, що прості рухи рук допомагають зняти розумову втому, покращити вимову багатьох звуків розвивають мовлення дитини. На сьогоднішній день загальновідомий факт: рівень розвитку вищих форм пізнавальної діяльності перебуває у прямій залежності від стану рухового аналізатора в цілому, а особливо від ступеня сформованості тонких рухів пальців рук. У зв'язку з цим заходи з розвитку дрібної моторики рук повинні обов'язково включатися в корекційно розвивальне навчання дітей, що мають різні відхилення у психофізичному розвитку [1].

«У природи немає дитини безталанної, ні на що не здатної. Кожному можна дати щастя творіння, кожного треба вивести в люди» (В. Сухомлинський) [5].

Інклюзивна освіта передбачає створення рівних умов для навчання і соціалізації кожної дитини. Але організація такої роботи вимагає від педагога ґрунтовних теоретичних знань і володіння дієвими практичними прийомами [5].

Є такі розділи для розвитку дрібної моторики пальців рук на уроках: «Пальчикова гімнастика», «Графічні вправи», «Ігри і дії з предметами».

1. У розділі «Пальчикова гімнастика» діти знайомляться з комплексами вправ, які дають пальцям повноцінний відпочинок, розвивають їхню спритність, рухливість, а веселі віршики допомагають учням зняти моральну напругу. На пальцях та на долонях є активні точки, масаж яких позитивно позначається на самопочутті, покращує роботу мозку. Дані вправи сприяють підтримці нормального тону.

2. У розділі «Графічні вправи» гра допоможе покращити координацію руху пальців і кистей рук, розвинути м'язову і тактильну пам'ять.

3. У розділі «Ігри і дії із предметами» діти формують тонкі рухи рук, вдосконалюють рухові навички, розвивають моторну координацію і оптико-просторові уявлення, використовують предмети різні за розміром, матеріалом, фактурою, структурою.

На першому році навчання використовуємо такі вправи:

1. Пальчикові ігри, які супроводжуються віршиками; стискання – розтискання пальців, кулачків; масаж кистей рук.

2. «Графічні вправи». Ознайомлення з різними видами штрихування, малювання по клітинках (за зразком), графічні ігри (доріжки, домалюй, обведи по контуру), робота із трафаретами.

3. «Ігри та дії із предметами». Ігри із олівцем, намистом, горіхами, рахунковими паличками; застібання і розстібання ґудзиків, кнопок, гачків; зав'язування і розв'язування стрічок, шнурків, вузликів; перебирання круп; робота з мозаїкою і будівельними матеріалами.

На другому році навчання використовують такі вправи:

1. Пальчикові ігри, які супроводжуються віршиками; зтискання – розтискання пальців, кулачків; вправи для долонь; вправи для подушечок пальців; розтягування пальців; масаж кистей рук.

2. «Графічні вправи». Виконання різних видів штрихування (проста, комбінована); малювання по клітинках (за зразком і під диктовку); графічні ігри (домалюй, обведи по контуру, побудуй фігуру, симетричну даній); робота із трафаретами; графічні диктанти.

3. «Ігри та дії із предметами». Нанизування бус, ґудзиків; плетіння косичок з ниток, вінків із квітів; різні види шнурівки; сортування круп; робота з мозаїкою та будівельними матеріалами; ігри з масажними м'ячами і предметами різної фактури; ігри на розвиток тактильної пам'яті «Кіт у мішку».

На третьому році навчання використовують такі вправи:

1. «Пальчикова гімнастика». Зтискання – розтискання пальців, кулачків; вправи для долонь; вправи для подушечок пальців; розтягування пальців; масаж кистей рук; тіньовий театр.

2. «Графічні вправи». Графічні диктанти; побудова малюнків за координатами точок; виконання різних видів штрихування (проста, комбінована); малювання по клітинках (за зразком і під диктовку); графічні ігри (домалюй, обведи по контуру, побудуй фігуру, симетричну даній); робота з трафаретами.

3. «Ігри та дії із предметами». Нанизування бус та ґудзиків; плетіння косичок гачком; різні види шнурівки; сортування круп; робота з мозаїкою і будівельними матеріалами; ігри з масажними м'ячами і предметами різної фактури; ігри на розвиток тактильної пам'яті «Кіт у мішку».

На четвертий рік життя використовують такі вправи:

1. «Пальчикова гімнастика». Зтискання – розтискання пальців, кулачків; розминка зігнутих пальців; вправи для долонь; вправи для подушечок пальців; розтягування пальців; масаж кистей рук; тіньовий театр; використання елементів кінезіологічної гімнастики.

2. «Графічні вправи». Графічні диктанти; побудова малюнків за координатами точок; виконання різних видів штрихування (проста, комбінована); малювання по клітинках (за зразком і під диктовку); графічні ігри (домалюй, обведи по контуру, побудуй фігуру, симетричну даній, лабіринти); робота з трафаретами.

3. «Ігри та дії із предметами». Пришивання ґудзиків; в'язання гачком; різні види шнурівки; сортування круп; робота з мозаїкою і будівельними матеріалами; ігри з масажними м'ячами і предметами різної фактури; ігри на розвиток тактильної пам'яті «Кіт у мішку».

Список використаних джерел

1. Бехтерев В. М. Основы учения о функциях мозга. Санкт-Петербург, 1903. 253 с.
2. Лурия А. Р. Мозг и психические процессы. Москва, 1963. 316 с.
3. Лурия А. Р. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Москва : Академия, 2003. 384 с.
4. Савчук Л. О. Діти з особливими потребами та організація їх навчання. Київ, 2011. 192 с.
5. Сухомлинский В. А. Сердце отдаю детям. Киев : «Радянська школа», 1985. 557 с.

Ірина Омелянович,

кандидат педагогічних наук, доцент,

НПУ імені М. П. Драгоманова,

м. Київ, Україна

Юлія Попів,

студентка факультету спеціальної та інклюзивної освіти,

м. Київ, Україна

ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ МАТЕМАТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

На сучасному етапі розвитку українського суспільства ми спостерігаємо кардинальні зміни, які торкнулися освіти у ХХІ столітті. Перехід від школи знань до школи компетентностей є основною ідеєю законодавчого документу – концепції Нової української школи. В даному контексті ключовими завданнями для освіти стає не лише накопичення інформації, а й вміння застосовувати отриману інформацію в соціальному середовищі.

Однією з найактуальніших проблем сьогодення є включення дітей з особливими освітніми потребами в навчальний процес в умовах інклюзивної освіти. Освітнє середовище, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини незалежно від особливостей її психофізичного розвитку, потребує створення особливих умов навчання і виховання, які б сприяли корекції порушень і загальному розвитку особистості.

Розвиток шкільної освіти в умовах реформування нерозривно пов'язаний не тільки із процесом гуманізації, а й з оновленням змісту навчальних предметів, зокрема, при навчанні математики дітей з особливими освітніми потребами, оскільки у більшості з них виникають значні труднощі при засвоєнні математичних знань, умінь та навичок.

Державний стандарт початкової загальної освіти визначає одну із декількох видів компетентностей – *предметну математичну компетентність*, як «особистісне утворення, що характеризує здатність учня (учениці) створювати математичні моделі процесів навколишнього світу, застосовувати досвід математичної діяльності під час розв'язування навчально-пізнавальних і практично зорієнтованих задач» [2].

Практичне спрямування освіти та формування математичної компетентності (знань, умінь, навичок) передбачено у концепції Нової української школи, законі «Про освіту», Новому Державному стандарті початкової загальної освіти.

З літературних джерел відомо, що математична компетентність – це здатність застосовувати додавання, віднімання, множення, ділення в усних і письмових обчисленнях та у повсякденних ситуаціях. Результатом засвоєння математичних знань є компетентність, яка передбачає:

- уміння користуватися математичною термінологією, знаковою і графічною інформацією;
- орієнтування у просторі, визначення властивостей предметів та відношень між ними;
- розвиток сенсорних умінь, логічного мислення;
- сформованість уявлення про натуральні числа і число 0;
- розв'язування сюжетних задач, що розкривають зміст арифметичних дій і зв'язки між ними.

За С. Раковим під поняттям «математична компетентність» розуміють спроможність особистості «бачити та застосовувати математику в реальному житті, розуміти зміст і метод математичного моделювання, вміння будувати математичну модель, досліджувати її методами математики» [4].

Теоретичні аспекти інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами стали предметом вивчення таких відомих вчених, як: Н. Ашиток, О. Гноєвська, А. Колупаєва, О. Мартинчук, С. Миронова, Ю. Пінчук, В. Синьов, В. Тарасун, М. Шеремет та ін.

«Включення індивіда у суспільство залежить від успішності формування достатньої компетенції і умінь погоджувати свою поведінку з очікуванням оточуючих людей. Але цей досвід дитина з особливими освітніми потребами, як відомо, може набути лише у процесі спільного навчання і виховання зі здоровими однолітками у загальноосвітніх навчальних закладах» [3, с. 153].

Н. Ашиток зазначає, що «компетентнісний підхід, завдяки своїй різноплановості, системності та комплексності, дозволяє значно підвищити результативність навчально-виховного процесу, наповнюючи його гуманістичним змістом, адже саме за таких умов діти з особливостями психофізичного розвитку мають можливість не лише засвоювати певні знання, оволодівати уміннями та навичками, а й найважливіше, вчитися застосовувати їх у повсякденній практичній діяльності» [1, с.13].

Формування математичної компетентності в учнів з особливими освітніми потребами на початку шкільного навчання – це вміння рахувати кількість предметів або елементів певної множини; порівнювати множини за кількістю елементів, називати числа натурального ряду в прямому і зворотному рахунку, виконувати арифметичні дії, розв'язувати задачі тощо. Для засвоєння цього матеріалу для кожного учня має бути складена індивідуальна програма, де буде визначено, які компетентності слід формувати, як їх оцінювати, враховуючи досягнення учнів.

Основна увага має звертатися на предметно-практичну діяльність учнів, оскільки вона забезпечує основу для формування математичних понять і створення передумов для застосування математичних знань під час розв'язання практичних задач, оскільки на уроках математики формується науковий світогляд, відбувається розвиток пізнавальних здібностей, а головне – здійснюється підготовка до трудової діяльності.

Таким чином, компетентнісний підхід передбачає практичну спрямованість математики, підсилює її предметно-професійний аспект і є дуже важливим для навчання для дітей з особливими освітніми потребами.

Список використаних джерел

1. Ашиток Н. І. Компетентнісний підхід до навчального процесу у сфері інклюзивної освіти *Науковий Часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Випуск 31: Збірник наукових праць / М-во освіти і науки України, НПУ імені М. П. Драгоманова. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. С. 10-14.
2. Державний стандарт початкової загальної освіти (новий) / Серпень – 2017. URL : <http://Ed-era.ua>.
3. Мартинчук О. В. Розвиток освітньої інтеграції дітей з психофізичними порушеннями *Науковий Часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Випуск 23: збірник наукових праць / М-во освіти і науки України, НПУ імені М. П. Драгоманова. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. С. 150-155.
4. Раков С. А. Математична освіта: компетентнісний підхід з використанням ІКТ. Харків : Факт, 2005. 360 с.
5. Синьов В. М., Матвєєва М. П., Хохліна О. П. Психологія розумово відсталої дитини : Підручник. Київ : Знання, 2008. 359 с.

УДК 376

Тетяна Липинська,
завідувач ЗДО №12, м. Енергодар, Україна
Світлана Петренко,
вихователь-методист ЗДО № 12, м. Енергодар, Україна

ШЛЯХИ НАЛАГОДЖЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ МІЖ ЗАКЛАДОМ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ І РОДИНОЮ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ

Процеси, які відбуваються на сьогодні в українській освіті, є складними й неоднозначними і вимагають вирішення нових завдань, які постають перед освітою. Пріоритетним напрямом модернізації сучасної дошкільної освіти виступає інклюзивне навчання, яке передбачає спільне навчання дітей з типовим та нетиповим розвитком, встановлення між дітьми різних груп, категорій більш тісних взаємостосунків під час їх спільного перебування в групі дошкільного закладу освіти.

Відомо, що народження дитини з проблемами в розвитку докорінно змінює життя сім'ї, справляє відповідний вплив на її членів, а найбільше на матір дитини. Стрес, у якому перебуває родина, залежить від ступеня розладу в розвитку дитини, наявності зовнішніх ознак і, звичайно, від особистісних якостей батьків. Усі батьки цієї категорії потребують психологічної та педагогічної допомоги, озброєння знаннями з педагогіки, спеціальної педагогіки та психології. Серед основних проблем, з якими стикається родина дитини з особливими освітніми потребами, батьки називають: соціальну ізоляцію сім'ї, брак інформаційної допомоги та психологічної підтримки. Кількість і глибина психолого-педагогічних проблем, що їх переживають батьки дитини з особливими потребами, досить часто є такою вагомою, що вимагає невідкладної допомоги. Мати, батько, бабусі, дідусі зазвичай переживають пригніченість і безпорадність, напруженість і незахищеність, агресію і тривогу, що дуже ускладнює нормальну взаємодію в сім'ї, негативно впливаючи на повсякденне життя дитини. Розкриття інтелектуального та особистісного потенціалу дитини цілком залежить від тих умов (соціальної ситуації розвитку), які створюють близькі люди. Встановлено, коли дорослий радіє разом з дитиною її успіхам та співпереживає невдачам, то дитина зберігає хороше емоційне самопочуття, готовність діяти і долати перешкоди. Відчужене ставлення дорослого до дитини, навпаки, значно знижує її соціальну активність та творчий потенціал. Ситуація ускладнюється тим, що в родині нерідко виникають фінансові труднощі, батьки конфліктують або, навіть, і розлучаються. Ще важче, коли причиною розлучення стає саме народження дитини з особливими освітніми потребами. Таке психологічне навантаження і без того ускладнює внутрішні та зовнішні проблеми самої дитини. Людина, яка тривалий час переживає кризову ситуацію, втрачає віру в себе, у власні сили, у своє майбутнє, перестає нести в собі заряд оптимізму. Вона стає роздратованою, нещасною, злою. Від неї не слід чекати плідних виховних ідей, продуктивних спільних дій, творчих рішень.

Батьківська позиція стосовно дитини з особливими освітніми потребами демонструє або повне незнання особливостей своєї дитини, або протиріччя у виборі виховних впливів. Саме тому, сім'я повинна мати можливість звернутися за консультацією до фахівця – психолога, дефектолога, логопеда чи педагога не лише з приводу дитини, а й стосовно власних проблем, які все ж безпосередньо пов'язані з народженням особливої дитини.

Дошкільний заклад (ясла-садок) компенсуючого типу «Посмішка Пізнайки» № 12 м. Енергодар працює з дітьми з особливими освітніми потребами як у спеціальних, так і в інклюзивних групах. Окрім корекційно-відновлювальної роботи з дітьми педагоги закладу здійснюють психолого-педагогічну просвітницьку роботу з батьками та психолого-педагогічний супровід сімей. Проблеми, з якими ми стикаємося в нашій практиці, підштовхнули до вивчення, узагальнення та впровадження методичної теми: «Надання психолого-педагогічної допомоги сім'ям вихованців з особливими освітніми потребами».

Важливим аспектом цієї теми є взаємодія з батьками дітей з особливими освітніми потребами. Проблема інтеграції родини, яка має таку дитину в активне життя суспільства є актуальною у соціальному середовищі. Важлива вона і для педагогічного колективу закладу. У ході вивчення стану зазначеної проблеми слід звернути особливу увагу на наступні аспекти:

- народження дитини з особливими потребами кардинально змінює життєві перспективи родини;
- хронічна пригніченість, беззахисність, агресія, тривога усіх членів родини не є позитивним фактором у подальшому функціонуванні сім'ї;
- напружена обстановка і проблеми із станом здоров'я дитини іноді призводить до розлучення батьків;
- обмеженість кола спілкування призводить до ізоляції як батьків, так і дитини.

Виходячи з цього, головною метою взаємодії дошкільного закладу освіти і родини, яка має особливу дитину є організація системи роботи, спрямованої на пошуки конструктивного рішення життєвої кризи сімей.

Відповідно до мети визначені основні завдання:

- інформування про вікові та індивідуальні особливості дитини, викликані порушеннями у розвитку;
- допомога у виборі правильної тактики виховання дитини;

- навчання батьків спеціальним педагогічним прийомам, необхідним для розвитку пізнавальної, емоційної та соціальної сфери дитини;
 - корекція стосунків між мамою та дитиною, гармонізація внутрішньо сімейних стосунків.
- У ході реалізації поставлених завдань використовувались такі форми роботи з батьками:
- психолого-педагогічна просвіта;
 - соціально-педагогічний патронат;
 - залучення батьків до спільних занять з дітьми;
 - психолого-педагогічний супровід;
 - участь батьків та дітей у спільних святах та розвагах, активна взаємодія в ланці діти – батьки – педагоги;

Психолого-педагогічна просвіта – консультування батьків спеціалістами ЗДО (психологом, дефектологом, логопедом, вихователем, медичними працівниками); бібліотеко-консультування за тематикою, яка запропонована батьками, «Хвилинка спілкування» (обмін досвідом батьків, інформацією з проблем виховання та реабілітації); педагогічні бесіди, які проводять вузькі спеціалісти в рамках індивідуальної роботи; круглий стіл, під час якого об'єднуються спеціалісти і батьки, знаходячи оптимальні підходи у взаємодії з дітьми.

Соціально-педагогічний патронат є важливою формою роботи з дітьми з особливими освітніми потребами. В рамках патронату спеціалісти (соціальний педагог, інспектор з охорони прав дитинства, практичний психолог, асистент вихователя) відвідують сім'ї вихованців, консультують батьків з питань виховання дітей, проводять заняття вдома, враховуючи індивідуальні особливості, можливості дитини, її фізичний стан.

Залучення батьків до спільних занять з дітьми здійснюється, коли іноді батьки дитини з особливими освітніми потребами не прикладають зусиль щодо її реабілітації, вважаючи це даремним. Завдання педагогів полягає в зміні поглядів батьків на перспективи дитини, сприймання її такою, яка вона є, бачення маленьких результатів спільної діяльності. Для досягнення позитивних результатів дуже важливим є демонстрація педагогами методів і прийомів роботи з дітьми, якими батьки можуть користуватися вдома.

Психолого-педагогічний супровід – це пролонгований, динамічний процес, цілісна діяльність, в яку включені такі компоненти:

- корекція емоційного стану батьків;
- корекція взаємин дитини з батьками;
- оптимізація спілкування дитина-батьки-суспільство;
- полегшення адаптації;
- актуалізація прихованих внутрішніх ресурсів.

Участь батьків та дітей у святах та розвагах, активна взаємодія в ланці діти – батьки – педагоги. Залучення батьків до спільних свят, розваг допомагає соціалізувати дітей, дарує радість від участі у партнерській діяльності, позитивні емоції.

Результатами взаємодії ЗДО з сім'ями дітей з особливими освітніми потребами є: безоціночне прийняття дитини; уважне спостереження за дитиною та об'єктивна оцінка її стану; активна участь батьків в процесі виховання та розвитку дитини, її соціальної адаптації; збагачення батьків основами педагогічних та психологічних знань; перехід дітей до групи повного дня перебування з легкою адаптацією.

Дитинство – найважливіший період людського життя, не підготовка до майбутнього життя, а справжнє, яскраве, самобутнє, неповторне життя. І від того, як пройшло дитинство, хто вів дитину в дитячі роки, що ввійшло в її розум і серце з навколишнього світу – від цього вирішальною мірою залежить, якою людиною вона стане. Досвід роботи дошкільного закладу (ясла-садок) компенсуючого типу «Посмішка Пізнайки» № 12 м. Енергодар з дітьми з особливими освітніми потребами та їх батьками доводить позитивну роль ранньої корекції та соціалізації, особливо в тих випадках, коли активним учасником цієї роботи стає сім'я.

ЛІНГВІСТИЧНИЙ АСПЕКТ СУЧАСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ

В епоху науково-технічного прогресу проблеми термінології цікавлять не тільки фахівців тієї чи іншої галузі, але й лінгвістів. Упродовж останніх десятиріч лінгвісти інтенсивно досліджують цей шар лексики. І це не випадково, адже на зміни в суспільному житті чутливо реагує мова, до якої надходять слова, функцією яких є позначення понять різних галузей науки.

Актуальні проблеми функціонування термінологіки в українських фахових текстах активно досліджують: Г. Онуфрієнко, Л. Чулінда, О. Юрчук (юридична), Л. Костенко (садівництва), Л. Козак (технічна), М. Павловський, Р. Стецюк (медична) та ін. Мета цього дослідження – стратифікувати та схарактеризувати терміни фізичної реабілітації.

Розв'язання низки актуальних проблем реабілітації, яка є «суспільно необхідним функціональним й соціально-трудовим відновленням хворих та інвалідів, що здійснюється комплексним проведенням медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних, державних, суспільних та інших заходів, за допомогою яких можна повернути потерпілих до звичайного життя й праці, відповідно до їхнього статусу» [1, с. 60], неможливе без використання лінгвістичних знань. Кожен реабілітолог повинен досконало володіти термінологічним апаратом галузі, дослідження якої дозволяє прослідкувати розвиток її засобів та методів, історію протезування, розробку тренажерів та різноманітних механотерапевтичних апаратів та ін.

Мова сфери фізичної реабілітації формується різними за структурою, архітектонікою і складом номінативними одиницями, тому усю її термінологічну лексику можна класифікувати за логіко-лінгвальними ознаками, відповідно до яких «виокремлюються сім груп одиниць, між якими виникають рухомі границі, чим уможливується взаємоперехід термінологічних одиниць з однієї групи в іншу і доводиться відтак динамічність, гнучкість та еволюційність системних зв'язків у складній терміносистемі юридичної галузі знань» [4, с. 249-250]. Так, у межах дослідженого фактичного матеріалу виявлено:

1) базові (вузькоспеціальні) терміни, тобто ті, що позначають базові поняття фізичної реабілітації і становлять його ядро (*ідеомоторна вправа, механотерапія, щадно-тренувальний режим*); крім того, що такі терміни позначають суто фахові поняття, їх специфікою є те, що вони рідко виходять за межі системи;

2) залучені терміни, тобто взяті з інших суміжних галузей та активно використовувані в текстах досліджуваної галузі: з медицини (*біопсія, центральна нервова система*); з психології (*агнозія, деменція*); з педагогіки (*виховання*); з лінгвістики (*артикуляція, дисграфія*). Такі терміни фахівці-реабілітологи мають розуміти у тому значенні, яке закріплено за ними у відповідній галузі.

3) загальнонаукові: наприклад термін *контроль* у політичній, соціологічній, юридичній, фінансовій, бібліотечній, педагогічній термінологіях та *міжнаукові*: наприклад, терміни *егоцентризм* у філософії і етиці. Вони мають однакову семантику в усіх або кількох галузях.

4) слова *широкої семантики*, тобто ті, що у кожній із терміносистем, до якої входять, зберігають найзагальніше (нетермінологічне) значення (наприклад, *дія, кімната*). Вони є компонентами складніших за структурою складених термінів (*реабілітаційна дія*).

У межах базових термінів можна виділити різні лексико-семантичні категорії, наприклад: назви методів лікувального впливу (*аероіотерапія, гідромасаж, рефлексотерапія*), назви осіб, які проводять реабілітацію (*кінезіотерапевт, масажист, реабілітолог, фізіотерапевт*), найменування вимірювальних приладів (*естезіометр, хронаксиметр*), допоміжні апарати у реабілітації (*ортез, протез*) та ін. Їх одиниці вступають у різні парадигматичні відношення: синонімічні (*агріпнія – безсоння, багатопалість – полідактилія*), антонімічні (*долікарняний період реабілітації – післялікарняний період реабілітації*) тощо.

Структурно вони презентовані різними за походженням однослівними (*інвалідність, косномовність, працетерапія, теренкур*) і багатослівними (*апарат блокового типу, точковий масаж, фізичні порушення*) термінами, серед яких переважають запозичення з грецької та латинської мов.

Напрацьований у ході виконуваного дослідження матеріал відкриває певні перспективи до більш детального вивчення термінології фізичної реабілітації на лексико-семантичному рівні та в аспекті термінологічної деривації, що сприятиме піднесенню культури наукового тексту загалом.

Список використаних джерел

1. Коваль Р. С. Топоніми в термінології фізичної й медичної реабілітації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Сер. Філологія*. 2015. № 15, том 2. С. 60–62.
2. Мезлікіна О. Гузій О. Тлумачний словник термінів і словосполучень фізичної реабілітації. Львів, 2002. 48 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник. Вид. 3-тє, переробл. та допов. Київ : Олімп. л-ра, 2009. 448 с.
4. Онуфрієнко Г. С. Фахова термінологія як національна лінгвомодель системи фахових понять у науковому інформаційному просторі (на матеріалі джерел української правничої термінології). *Вісник Запорізького юридичного інституту МВС України*. 1999. Вип.2. С. 235–252.

УДК 373.1.02

Данило Сазонов,

студент комунального закладу вищої освіти

«Хортицька національна навчально-реабілітаційна

академія» Запорізької обласної ради,

м. Запоріжжя, Україна

Науковий керівник – **О. А. Клопота,**

кандидат педагогічних наук, доцент комунального закладу

вищої освіти «Хортицька національна навчально-

реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради,

м. Запоріжжя, Україна

АНАЛІЗ СУТНОСТІ ТА ЗМІСТУ ПОНЯТТЯ «ЖИТТЄВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ»

На сьогодні головною метою української освіти є створення умов для всебічного розвитку і самореалізації кожної особистості, здатної до самоактуалізації, творчого сприйняття світу, вирішення життєвих завдань з використанням набутих знань умінь, навичок. Сучасна молода особа має бути готовою і здатною до конструктивної самореалізації у різних сферах життєдіяльності суспільства на основі свідомого вирішення складних життєвих завдань. Саме це стає основною умовою успішної життєдіяльності молоді, так і перетворення і гармонійного розвитку суспільства в цілому.

Л. Сохань, Л. Несен, І. Єрмаков поняття «життєва компетентність», визначають як «знання, вміння, життєвий досвід особистості, її життєтворчі здатності, необхідні для розв'язання життєвих завдань і продуктивного здійснення життя як індивідуального життєвого проекту, які передбачають свідоме і відповідальне ставлення до виконання особистістю її життєвих і соціальних ролей «необхідну психологічну умову повноти самореалізації особистості і досягнення нею вершин свого самоздійснення» [1, с 11].

І. Єрмаков і Д. Пузіков визначають життєву компетентність як «системну властивість особистості: цілісну, ієрархічну динамічну систему здатностей (або окремих компетенцій), яка дозволяє їй свідомо і творчо визначати і здійснювати власне життя, розвивати свою індивідуальність, досягти успішної, оптимальної життєдіяльності в умовах середовища (технологічного, економічного, політичного, соціального, культурного), яке перманентно змінюється» [2].

В. Циба, аналізуючи соціально-психологічні аспекти життєвої компетентності, зацентрував увагу на важливості самовизначення, осмислення сенсу життя і власних життєвих цілей та, на їхній основі, здійснення особистістю власного життєвого шляху [1, с 222].

Н. Пустовіт вважає життєву компетентність індикатором готовності молодшої особи до життя, її подальшого особистісного розвитку, здатності до активної участі у житті суспільства [3].

У процесі аналізу особистісного розвитку осіб юнацького віку Е. Еріксон звертає увагу на його «кризовий», конфліктний характер, що є наслідком протиріч між визріваючими внутрішніми властивостями і навколишнім середовищем. Означена криза ідентичності складається із серії соціальних і індивідуально-особистісних виборів, самоідентифікації, самовизначення. Найбільш загальною тенденцією юнацького віку він вважає зростання самостійності й самосвідомості, відкриття свого «Я» [4].

Разом з цим, І. Єрмаков зазначає, що аби знайти своє місце в житті, ефективно засвоїти життєві й соціальні ролі, особистість має володіти певними якостями, вміннями: бути гнучким, мобільним, конкурентоспроможним, бути здатним до інтеграції у суспільство, самопрезентації та самореалізації у ньому; критично мислити й використовувати знання для розв'язання життєвих проблем; приймати нестандартні рішення та нести відповідальність за них; мати комунікативну компетентність, уміти працювати в команді, запобігати конфліктним ситуаціям та успішно виходити з них; уміти здобувати, аналізувати інформацію, отриману з різних джерел, застосовувати її для саморозвитку і самовдосконалення [4].

Отже, аналіз наукової літератури свідчить, що саме в юнацькому віці, головною особливістю якого є осмислення власного місця і ролі у житті, визначення системи цінностей та життєвих планів і пріоритетів, – набуває особливої ваги процес формування життєвої компетентності, що являє собою складну здатність до своєчасного визначення і вирішення складних життєвих завдань, що забезпечує її продуктивне життєве самовизначення і самореалізацію у різних сферах життя суспільства.

Список використаних джерел:

1. Життєва компетентність особистості: науково-методичний посібник. За ред. Л. В. Сохань, І. Г. Єрмакова, Г. М. Несен Київ: Богдана, 2003. 520 с.
2. Єрмаков І. Г., Пузіков Д. О. Проектне бачення компетентісно спрямованої 12-річної школи. Запоріжжя: Центріон, 2005. 19 с.
3. Пустовіт П. А. Життєва компетентність. Енциклопедія освіти Акад. пед. наук. України; гол. ред. В. Г. Кремень. Київ: Юрінком Інтер, 2008. 285 с.
4. Кон І. С. Психология ранней юности: Кн. для учителя / И. С. Кон. Москва: Просвещение, 1989. 255 с.

УДК 376

Яна Саніна,
магістрантка 1 курсу спеціальності «Соціальна робота»,
Хортицька національна академія,
м. Запоріжжя, Україна
Науковий керівник, **Ольга Клопота,**
кандидат педагогічних наук, Хортицька національна
академія, м. Запоріжжя, Україна

ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ООП У СУЧАСНОМУ ІНФОРМАЦІЙНОМУ ПРОСТОРІ

В умовах сучасного інформаційного простору відбуваються суттєві зміни в освітній політиці України. Перед освітою постають нові завдання – впровадження інноваційних навчальних предметів та технологій навчання й виховання, модернізація змісту освіти в цілому. Зараз суспільство висуває нові вимоги щодо розвитку учнів відповідно до їхніх потреб і навчальних можливостей. Серед основних завдань учителів, соціальних педагогів та психологів загальноосвітніх навчальних закладів – сприяння

гармонійному і багатогранному розвитку учнів, підтримка унікальності кожної особистості, створення умов для інтелектуального, духовного, соціального становлення.

Виходячи з того, що поняття «соціальна компетентність» є мінливим та його зміст не прив'язано до певного освітнього рівня, здібностей та знань особистості, а викликано соціальними процесами та змінами, що відбуваються у суспільстві, у формуванні соціальної компетентності особливу значущість мають соціальні, політичні, економічні, культурні умови, що впливають глибинних інтересів кожної людини та вимагають постійного зростання особистісної, професійної та соціальної компетентності [5].

О. В. Галакова [3] зазначає, що зміст процесу розвитку соціальної компетентності має відображати ланцюжок взаємодії молодшого школяра (розуміння себе; взаємодія з однолітками (хлопчиками і дівчатками), в тому числі і у групі; взаємодія з дорослими (рідними, педагогами).

Дослідниця виділяє такі компоненти соціальної компетентності:

1) мотиваційний (інтерес до спілкування; визнання цінності взаємодії з іншими людьми; прийняття суспільних норм і правил; розуміє неминучість несення відповідальності за свої вчинки; усвідомлення необхідності конструктивно взаємодіяти з іншими);

2) когнітивний (усвідомлення знання своїх позитивних і негативних якостей, а також того, що люди різні за своїми особливостями, вчинками; знання норм і правил спілкування з однолітками і дорослими та організації роботи у групі й вибудовування системи взаємодії для досягнення спільного результату; засвоєння конструктивних способів розв'язування конфліктних ситуацій із використанням вербальних і невербальних засобів спілкування);

3) діяльнісний (готовність до актуалізації наявних знань, здатність до самопрезентації та самоорганізації, самоконтролю; вміння встановлювати стосунки, взаємодія; вміння домовлятися, розв'язувати питання конструктивними способами; дотримання норм і правил поведінки);

4) рефлексивний (здатність оцінювати і пояснювати свою поведінку, аналізувати вчинки інших на основі наявних знань; здатність аналізувати ситуацію і знаходити спосіб поведінки відповідно до норм і можливостей).

За твердженням Н. М. Бібік, «соціальна компетентність» передбачає здатність жити в соціумі (враховувати інтереси та потреби соціальних груп; дотримуватися соціальних норм та правил; співпрацювати з партнерами), а також адекватно виокремлювати, ідентифікувати, фіксувати та аналізувати питання на перетині системи соціальних відносин суспільства людини [1].

У праці Н. В. Гавриш, соціальна компетентність виступає інтегральною якістю особистості, яка складається з комплексу емоційних мотиваційних, характерологічних особливостей і виявляється у соціальній активності та гуманістичній спрямованості особистості [2].

Т. М. Смагіна, вважає, що соціальна компетентність – це система знань, умінь, ставлень, ціннісних орієнтацій і поведінкових компонентів (відповідного стилю спілкування) необхідних для існування в соціумі, також, це складна інтегрована характеристика особистості, що забезпечує її самореалізацію [6].

Низка вчених звертають увагу на дещо інший аспект. В умовах інформаційного суспільства молодший школяр повинен володіти знаннями про: основне призначення, позитивні та негативні впливи медіа на людину; правила поведінки в сучасному інформаційному просторі; сприймати медіа не як самоціль, а як засіб отримання інформації; вміти розрізняти соціальні та асоціальні приклади поведінки в інформаційному просторі; вміти використовувати різні технічні засоби для отримання інформації та навчання, набувати навички відрізняти правдиву інформацію від фальшивої під час її пошуку [7, с. 61].

Сформована соціальна компетентність молодших школярів характеризує дитину як відкриту до суспільства особистість, що володіє навичками соціальної поведінки, готовністю до сприймання соціальної інформації, бажання пізнати оточуючий світ [4].

Таким чином, за результатами аналізу вітчизняних і закордонних наукових праць ми дійшли висновку про те, що поняття «соціальна компетентність молодшого школяра» слід розуміти як підтверджену здатність особистості, що виявляється у відкритості до суспільства, навичках соціальної поведінки, готовності до сприймання соціально спрямованих інформаційних повідомлень, відповідальності перед іншими за свої вчинки та вміння вибудовувати свою поведінку в середовищі поєднаної реальності (реальному і віртуальному) у відповідності до соціальних норм і суспільних цінностей. Важливою ознакою сформованості соціальної компетентності молодших школярів є здатність

до неперервного здобуття особистісного досвіду про соціальну поведінку через створення й аналіз різних життєвих ситуацій як у реальному, так і у віртуальному житті.

Особливої ваги набуття соціальної компетентності має для дітей молодшого шкільного віку, яких відносять до категорії «діти з особливими освітніми потребами». В умовах сучасного інформаційного простору вони піддаються багатьом факторам, що впливають на формування соціальної компетентності учнів молодших класів, такі як: сім'я, друзі, учителі; вплив політичних, релігійних факторів, засобів масової інформації тощо. Саме тому, для усунення або попередження негативного впливу чинників середовища як фахівцям, так і батькам потрібно створювати умови для формування їхньої соціальної компетентності, що є обов'язковою умовою самореалізації у житті суспільства.

Список використаних джерел

1. Бібік Н. М. Компетентність і компетенції у результатах початкової освіти. *Початкова школа*. 2010. №9. С.1-4.
2. Гавриш Н. В. Орієнтація на розвиток суб'єктності студента у процесі підготовки професійно компетентних фахівців з дошкільної освіти: збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету (Педагогічні науки). Бердянськ: БДПУ, 2007. С. 44-49.
3. Галакова О. В. Модель развития социальной компетентности младших школьников. *Вестник Воронежского государственного технического университета*. 2012. Т. 8. № 10 (2). С. 121-27.
4. Коваленко В. В. Формування соціальної компетентності молодших школярів в умовах сучасного інформаційного простору. Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2015. № 6 (37). С. 37-40.
5. Мудрик А. Б. Соціальна компетентність особистості : постановка проблеми і теоретичні аспекти дослідження. *Вісник чернігівського національного педагогічного університету* 2. Вип. 94 / Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка; гол. ред. М. О. Носко. Чернігів: ЧДПУ, 2011. С. 26-29.

УДК:376-056.26

Ірина Сасіна,
кандидат психологічних наук, доцент кафедри
офтальмопедагогіки та офтальмопсихології,
Ольга Онищенко,
магістрант, м. Київ, Україна

МОТИВАЦІЙНА ГОТОВНІСТЬ ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗІ ЗНИЖЕНИМ ЗОРОМ ДО НАВЧАННЯ В ШКОЛІ

Одними із ключових засад побудови та функціонування Нової української школи є принципи безперервності, наступності та перспективності між суміжними ланками освіти. В Інструктивно-методичних рекомендаціях щодо забезпечення наступності дошкільної та початкової освіти зазначено, що реалізація вище зазначених положень можлива за умови єдності, взаємозв'язку та наскрізної узгодженості мети, змісту, методів, форм організації освітнього процесу з дітьми на відповідних рівнях освіти.

У концепції Нової української школи та основних положеннях Державного стандарту початкової освіти визначається, що задля забезпечення наступності змісту освіти та уникнення його дублювання в освітніх програмах дошкільної і початкової освіти потрібно посилити розвивальну і виховну складові освітнього процесу, надати перевагу соціалізації, моральному вихованню, формуванню мотивів пізнавальної діяльності тощо.

На думку багатьох учених (Б. Ананьєв, Дж. Аткинсон, Л. Божович, В. Мухіна та ін.), психологічну готовність до навчання в школі, перш за все, визначає її мотиваційний компонент, який включає в себе достатньо розвинену потребу в знаннях, уміннях і бажання дитини їх вдосконалювати. Без сформованої

мотиваційної готовності, на думку Н. Гуткіної [1], не можливе успішне засвоєння шкільної програми, оскільки вона є джерелом внутрішнього потягу дитини до набуття знань, умінь і навичок.

Мотиваційна готовність передбачає наявність у дітей бажання не просто йти до школи, але й вчитися, виконувати певні обов'язки, пов'язані з новим статусом, з новою позицією в системі соціальних відносин – позицією школяра. Сформованість цієї внутрішньої позиції – одна з головних складових мотиваційної готовності до школи. Як зазначає Д. Солдатов [4], що без такої готовності дитина, навіть якщо вона вміє читати і писати, не зможе добре вчитися, оскільки обстановка і правила поведінки у школі будуть для неї не комфортними і не зрозумілими. Тому мотиваційна готовність має не менше значення, ніж інтелектуальна.

Як свідчать педагогічні спостереження, у разі несформованості мотивів до навчання, дитина важко звикає до нових умов, колективу і вчителя, недостатньо добре засвоює навчальний матеріал, що призводить до шкільної дезадаптації. Тому саме сформована мотиваційна готовність є важливою умовою для подальшого успішного навчання та «безболісної» адаптації дитини до шкільних умов.

Формування мотивів навчальної діяльності у дітей зі зниженим зором є тривалим і складним процесом, що обумовлено негативним впливом специфічних закономірностей розвитку даної категорії дітей.

Мотиваційна готовність до здійснення навчальної діяльності проявляється не лише в бажанні вчитися, але й емоційно-вольовому зусиллі, в умінні підпорядкувати свої дії, пов'язані з виконанням завдання, вимогам вчителя.

За спостереженнями тифлопедагогів (Т. Костенко, С. Покутнєва, А. Турубарова), у старших дошкільників зі зниженим зором відмічається складна супідрядність мотивів, від більш загального – добре вчитися, до конкретного – виконати завдання, що призводить у подальшому до невизначеності навчальної мотивації.

Дослідження тифлопсихологів і тифлопедагогів (З. Грачова, М. Земцова, І. Сасіна, Т. Свиридчук, Є. Синьова, Л. Солнцева) показали, що у дітей із порушеннями зорових функцій спостерігається низький рівень мотиваційної та емоційно-вольової готовності до шкільного життя.

Вивчаючи мотиваційну сферу старших дошкільників зі зниженим зором, Т. Свиридчук [2] виділила наступні фактори, що негативно впливають на мотиваційну готовність:

- психофізичні особливості розвитку дитини (швидко наступаючою стомлюваністю, соматичною ослабленістю та інші);
- зайва опіка цих дітей у сім'ї та дитячому садку, що призводить до не самостійності у прийнятті рішень та адаптивної поведінки;
- недостатня корекційна спрямованість занять із дітьми, з метою розширення уявлень про навколишній світ.

Є. Синьова [3] вказує на те, що на зниження готовності дитини до школи впливають особливості розвитку даної категорії дітей, а саме:

- недостатня загальна та пізнавальна активність, що впливає на повноцінний розвиток дитини та її прагнення до отримання нових знань;
- періоди розвитку дітей із порушеннями зору не співпадають з періодами розвитку дітей із нормальним зором, а це неспівпадіння пов'язано з тим, що їм необхідно виробляти свої способи пізнавальної діяльності через збережені аналізатори;
- диспропорційність психічного розвитку проявляється у тому, що функції та сторони особистості, які менш страждають від відсутності зору (мовлення, мислення та ін.), розвиваються швидше, хоча і своєрідно; інші – більш повільніше (рухи, орієнтування у просторі).

Актуальність зазначеної проблеми зумовила нас провести констатувальне дослідження з метою визначення мотиваційної готовності до шкільного навчання у дітей старшого дошкільного віку з нормальною та зниженою гостротою зору.

Для проведення констатувального етапу дослідження нами були підібрані наступні методики вивчення мотиваційної готовності до навчання в школі: методика «Мотивація вподобань» Д. Солдатової (серія I, II) [4], «Стандартизована бесіда про школу» Т. Нежнові та тест «Мотивація навчальної діяльності» М. Гінзбурга, які дозволили провести кількісну і якісну оцінку експериментальних даних.

Дослідження проводилось у спеціальному закладі дошкільної освіти № 32 міста Києва та закладі дошкільної освіти № 23 міста Вінниці. Експериментом було охоплено 57 дітей віком від 5,5 до 6 років, з них: 29 дітей з нормальним зором та 28 – зі зниженим зором.

За методикою «Мотивація вподобань» Д. Солдатова результати експериментального дослідження дозволили визначити ставлення респондентів до основних видів діяльності:

- для дітей зі зниженим зором, порівняно з дітьми без зорових патологій, найбільш бажаною виявилась ігрова діяльність (42,9% дітей);
- найменш бажаною для обох категорій дітей виявилась трудова діяльність;
- бажання виконувати навчальну діяльність виявилось більше серед дітей з нормальним зором, ніж у дітей зі зниженим зором (58,6% > 35,7%);
- у дітей зі зниженим зором стійкість мотивів до виконання визначених видів діяльності менша, ніж у дітей із нормальним зором (54,2% < 86,2%).

За методикою «Стандартизована бесіда про школу» Т. Нежнові результати опитування показали, що:

- шкільний тип характеру орієнтації до навчальної діяльності, який передбачає інтерес дитини до занять навчального типу, мало менше дітей зі зниженим зором, порівняно з дітьми з нормальним зором (46,4% < 69%);
- дошкільний тип орієнтації на навчальну діяльність мали лише діти зі зниженим зором (10,7%);

За методикою «Мотивація навчальної діяльності» М. Гінзбурга були отримані наступні результати:

- серед дітей зі зниженим зором, порівняно з дітьми без зорових патологій, виявлено більше домінуючих зовнішніх, ігрових та соціальних мотивів вступу до школи; натомість, домінуючих пізнавальних та позиційних мотивів більше було виявлено серед дітей із нормальним зором;
- більшість досліджуваних дітей обох груп мають середній рівень мотиваційної готовності (44,8% - діти з нормальним зором та 42,9% - із зоровими патологіями);
- високий рівень більшості мали діти з нормальним зором (38% > 21,4%), а низький – зі зниженим (35,7% > 17,2%).

Ці результати дослідження обумовлюють необхідність проведення корекційно-розвиткових заходів з метою розвитку та формування мотиваційної готовності до навчання у школі серед дітей зі зниженим зором.

Нами були визначені основні підходи до формування мотиваційної готовності у дітей зі зниженим зором: ігрова діяльність (В. Зозуля, Л. Петросян, Т. Погорелова); робота з батьками та психолого-педагогічними працівниками спеціальних закладів дошкільної освіти (Л. Вавіна, О. Климко, С. Степанюк); формування позитивного ставлення до шкільного навчання у старших дошкільників зі зниженим зором (Г. Малецька, С. Покутнєва); розвиток пізнавальної активності (М. Земцова, Т. Костенко, І. Сасіна).

Список використаних джерел

1. Гуткина Н. И. Психологическая готовность к школе. 3-е изд. Москва : Академический Проект, 2000. 184 с.
2. Свиридюк Т. П. Подготовка слабовидящих детей к школе : учебное пособие. Киев : Радянська школа, 1984. 95 с.
3. Синьова Є. П. Психолого-педагогічні особливості навчальної діяльності дітей з глибокими порушеннями зору. *Наукові записки* : Збірник наукових статей Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2002. Вип. 42. С. 193-201.
4. Солдатов Д. В. Диагностика мотивационной готовности к обучению в школе : учебно-методическое пособие / Под ред. В. Г. Колесникова. Обнинск : Принтер, 2001. С. 8-41.

УДК 376.112.4

Елена Клименко,

директор Аршалынской средней школы №1
Осакаровского района Карагандинской области
г. Аршалыньск, Республика Казахстан

Татьяна Смолькина,

проректор по научной работе и международному
сотрудничеству Академии «Bolashaq», кандидат
педагогических наук, профессор, Академик Академии
педагогических наук Казахстана
г. Караганда, Республика Казахстан

ВИДЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ПРИ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Многие учителя задаются вопросом: как обучать детей с особыми образовательными потребностями в обычном классе? Как помочь им достичь цели и при этом не упустить обучение других детей? Каким образом построить учебный процесс так, чтобы все дети в классе достигли успеха? Оптимальный путь обучения всех и каждого – дифференцированное обучение.

К. Томлинсон определяет дифференциацию как адаптирование обучения к потребностям учащихся. Причем различает дифференциацию содержания, процесса и результатов обучения.

В дифференцированном классе детям, согласно их потребностям, особенностям и уровню, предлагаются различные пути для усвоения содержания обучения, процесса осмысления и развития. Таким образом, каждый ребенок может достичь успеха [1].

Прежде чем дифференцировать обучение в классе учитель должен узнать особенности и потребности, а также образовательный уровень каждого учащегося. Если мы говорим о детях с особыми потребностями, мы должны точно знать психологические и физические особенности, уровень мыслительных навыков, интересы и обязательно сильные стороны ребёнка. В этом нам на помощь приходит школьный психолог и служба психолого-педагогической поддержки. А учитель тем временем наблюдает за особенным учащимся на уроках, переменах, в общении со сверстниками. Таким образом, педагог выступает в роли исследователя. Он активно исследует особенности ребёнка, чтобы адаптировать обучение согласно особенностям учащегося.

Итак, для того чтобы дифференцировать обучение, учителю необходимо понимать и учитывать потребности учащихся. Часто дети с особыми образовательными потребностями испытывают затруднения в обучении. Поэтому учителю при планировании и проведении урока стоит обратить внимание на причины трудностей обучения, которые могут быть, как в неспособности учиться по состоянию здоровья, так и в трудной жизненной ситуации ребёнка.

Учителю стоит помнить, что дети, испытывающие затруднения, могут работать усердно, если задание не слишком скучное, но и не слишком «волнительное», то есть вызывающее тревожность. Педагог всегда должен быть позитивно настроен по отношению к особому ребенку. Бывает так, что ребёнок, находящийся в трудной жизненной ситуации, приходит в школу в плохом настроении. В любой ситуации ему необходимо знать, что учитель – друг, который принимает его таким, какой он есть. Необходимо помнить, что у каждого ученика есть что-то, что он умеет делать хорошо. Задача учителя – найти эту особенность, «изюминку» в ребенке с особыми потребностями, чтобы в дальнейшем планировать задания, основываясь на положительном опыте учащегося. Если ребенок хорошо рисует, можно в группе доверить ему рисунок постера. Кроме того, Томлинсон советует подбирать задания для особых детей сложнее, чем, по вашему мнению, они могут выполнить [1].

Здесь следует опираться на зону ближайшего развития Л. С. Выготского. Ведь зона ближайшего развития и есть то, чего учащиеся могут достичь с поддержкой учителя. Задания должны быть ориентированы на зону ближайшего развития ребёнка.

Ребенку с ограниченными возможностями лучше преподавать материал в непосредственной связи с жизнью. То есть он должен точно знать, как это связано с его семьей, обществом, природой, его будущей жизнью. Тогда особенному ребёнку легче будет усваивать материал.

А ещё учителю самому важно верить в ребёнка, в то, что он обязательно добьётся успеха. Только вера и равнодушие педагога помогут учащемуся с особыми образовательными потребностями справиться с трудностями в обучении и добиться успеха. Важно, чтобы ребёнок точно знал, что в него верят.

Большое значение имеет среда обучения, то есть класс и классный коллектив. Каждый ребенок, в особенности с ограниченными возможностями в развитии, должен чувствовать себя в классе желанным. Классная комната должна быть уютной и такой, чтобы ребенку хотелось в ней работать и возвращаться туда. Место учащегося должно быть удобным и комфортным.

Взаимоуважение среди учащихся в классе, в котором обучается особенный ребёнок, обязательное условие. Дети должны точно уяснить, что, несмотря на все возможные различия в культуре, национальности, физических и материальных возможностях, одежде, мы все можем испытывать боль и радость, сомнение, страх, любовь. Равно как и то, что каждый ребенок, независимо от своих особенностей, имеет право на образование. Кроме того, учитель должен постоянно учить детей работать в команде, в сотрудничестве, оказывать поддержку друг другу.

Ребенок с особыми потребностями должен чувствовать себя в школе надежно и защищённо. И в данном случае речь не идет только о физической опасности. Имеется ввиду и психологическая, эмоциональная защищённость. Учащийся должен быть уверен в том, что если понадобится помощь, то ему обязательно помогут, если ребенок захочет поделиться своими идеями, то его обязательно выслушают.

Дифференциация содержания это, согласно К. Томлинсон, адаптивное самого учебного материала или того, как учитель его преподносит, в соответствии с потребностями и возможностями учащихся. В данном направлении учителю следует опираться на уровень подготовки учащегося. Для детей с задержкой психического развития учитель перерабатывает материал так, чтобы он был доступным для понимания. Хорошие результаты даёт взаимообучение, когда учащиеся обучают друг друга. Учитель может попросить или назначить ученика, хорошо владеющего материалом, объяснить тему особому ребенку или обсудить с ним основные моменты. Хорошая идея – закрепить сильного учащегося в качестве ментора или наставника за учеником с особыми образовательными потребностями.

Следующая стадия дифференциации – процесс. По мнению К. Томлинсон, это осмысление или обработка содержания, идей, которые были представлены ребёнку. Когда обучающийся получает новую информацию, ему необходимо время, чтобы осмыслить её, как бы пропустить через себя. На данном этапе дифференциация предполагается в оказании поддержки учителем учащемуся с ООП, такому ребенку необходима постоянная помощь учителя. Особому ученику может потребоваться больше времени для выполнения задания, и конечно же, само задание для учащихся данной категории подбирается индивидуально в соответствии с возможностями. Если учитель планирует работу в группах, то он должен заранее продумать задание, которое будет выполнять ребенок с особыми потребностями. Оно должно быть посильным и значимым, чтобы учащийся мог почувствовать себя частью, полноправным членом группы.

Результат обучения – это то, чему ребенок научился. Результат всегда оговаривается в целях обучения. В дифференциации учебных целей содержится конечный результат. Для учащихся с особыми образовательными потребностями учебная цель будет отличаться от целей учащихся всего класса. Следовательно, и результат обучения будет свой, индивидуальный. Учителю всегда важно держать в фокусе особого ребёнка с его особой целью, чтобы привести учащегося к его результату. В целях систематизации, обеспечения дифференциации и индивидуального подхода к детям с ограниченными возможностями учителями-предметниками ведутся маршрутные листы на каждого особенного ребенка, в которых указываются цель, краткое содержание, ожидаемые результаты.

Особое значение для ребенка с особыми образовательными потребностями имеет формативное оценивание. Оно должно быть всегда позитивным, конструктивным, своевременным. Задача процесса оценивания в определении текущего состояния или уровня достижений учащегося и

определении дальнейшей траектории развития. Для ребенка с ограниченными возможностями наибольшее значение имеет позитивная оценка. Даже если ребенок сделал совсем маленький успех, его обязательно нужно похвалить.

Дифференциация процесса обучения требует от учителя постоянной рефлексии. Педагогу необходимо анализировать свою деятельность на уроке, задания, которые он предлагает выполнить ребёнку с ограниченными возможностями и всему классу. Учитель должен постоянно ставить перед собой вопросы: чему научился сегодня особый ребёнок, достиг ли он успеха в своей деятельности на уроке, как он себя чувствовал, достаточно ли уделено ему времени, и самое главное, что нужно сделать, чтобы учащийся смог добиться большего.

Список использованных источников

1. Tomlinson Carol Ann. How to differentiate instruction in mixed-ability classrooms. What Is Differentiated Instruction? URL : <http://www.readingrockets.org/article/what-differentiated-instruction>.
2. Richard M., Felder, Barbara A., Soloman. Learning styles and strategies. URL : <https://masam.by/stili-obucheniya-ils-trudno-byt-globali>.

УДК 376.22

Іван Степанець,

кандидат педагогічних наук, доцент,
проректор з науково-педагогічної роботи,
Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-
педагогічна академія» Харківської обласної ради,
м. Харків, Україна

Алла Яцинік,

кандидат педагогічних наук,
викладач кафедри корекційної освіти
та спеціальної психології,
Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-
педагогічна академія» Харківської обласної ради,
м. Харків, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ОСІБ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Історичне повернення України до сім'ї європейських народів отримало своє відображення не тільки у прагненні дотримання європейських цінностей та стандартів життя, але й у впровадженні нових освітніх програм, технологій, систем. Пропоновані інновації сприяють реформуванню сучасного освітнього простору України, зокрема, закріплене на законодавчому рівні та впроваджується у практичну роботу інклюзивне навчання дітей з особливими освітніми потребами.

Інклюзивне навчання дозволяє адаптивно і повноцінно включати дітей з особливостями психофізичного розвитку в освітній процес з урахуванням їхніх індивідуальних особливостей, створювати умови для їхньої соціальної особистісної адаптації та самореалізації.

Останні роки відмічається тенденція до збільшення числа дітей з особливостями психофізичного розвитку та комплексними порушеннями. До цієї категорії порушень відносять також порушення опорно-рухового апарату в поєднанні з порушеннями емоційної, інтелектуальної сфери, органів зору, слуху у різноманітних варіаціях.

Дитячий церебральний параліч діагностується як комплекс порушень, що впливає на здатність повноцінно рухатись (тримати рівновагу та поставу), характеризується слабкістю м'язової системи, внаслідок ураження головного мозку або порушень центральної нервової системи у пренатальному періоді або під час пологів. Прояви дитячого церебрального паралічу (ДЦП) можуть бути різноманітні:

від здатності самостійно пересуватися до неможливості ходити без сторонньої допомоги, як зазначалося раніше, порушення моторної сфери можуть супроводжуватися проявами ураження інших систем. Особливості осіб із ДЦП необхідно розуміти та враховувати під час організації інклюзивного навчання.

Слід зауважити, що нормативний супровід інклюзивного навчання в Україні акцентує увагу на необхідності зарахування дитини з особливими освітніми потребами до інклюзивного класу або групи закладу дошкільної освіти, організація яких є обов'язком адміністрації закладів освіти згідно пункту 1 ст. 20 Закону України «Про освіту».

Реалізація інклюзивного навчання має здійснюватися за допомогою психолого-педагогічного супроводу, який забезпечують вчителі, психологи, вчителі-дефектологи, вчителі-логопеди, реабілітологи, спеціалісти лікувальної фізкультури, асистенти вчителів та асистенти дитини. Асистентом дитини в цьому випадку є батьки або уповноважені ними представники, які надають допомогу конкретній дитині, на відміну від асистента вчителя, який є педагогічним працівником і надає допомогу вчителю у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами, що знаходяться у класі або групі дошкільного закладу освіти. Прийняття рішення про направлення особи до інклюзивного класу (групи) та необхідність призначення дитині асистента визначається командою фахівців інформаційно-ресурсного центру (ІРЦ), які здійснюють психолого-педагогічний супровід дитини з особливостями психофізичного розвитку з 2 до 18 років згідно Положення про інформаційно-ресурсний центр.

Після прибуття на навчання дитини з особливими освітніми потребами, фахівцями закладу освіти складається індивідуальна програма навчання та розвитку, ефективність якої перевіряється у школі два рази на рік, а у закладі дошкільної освіти – три рази. В цих випадках до діагностичної роботи також доцільно залучати працівників ІРЦ.

На початку поточного навчального року Міністерством освіти і науки України були надані методичні рекомендації щодо організації інклюзивного навчання, в яких зазначено перелік освітніх програм, за якими слід здійснювати навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку в залежності від нозології.

Слід зазначити, що розподіл тем, годин, показників результативності здійснюється з урахуванням індивідуальних та вікових особливостей здобувача інклюзивної освіти та може варіюватися.

На наше переконання умовами результативного інклюзивного навчання є не тільки визначення та фахова організація необхідних освітніх умов для дитини з особливими потребами, здійснення психолого-педагогічного супроводу, забезпечення професійними педагогічними кадрами установи освіти, але й створення оптимального інклюзивного середовища, забезпечення спеціальними засобами корекції, реабілітації та допоміжними засобами (пандуси, спеціальне обладнання закладів освіти, ліфти тощо). Все це набуває особливої актуальності, коли мова йде про навчання дітей із ДЦП, оскільки саме ці діти у більшості випадків потребують сторонньої допомоги або використання допоміжних засобів.

Умовою успішності реалізації інклюзивного навчання є доступність такого навчання, яку, як засвідчують наукові розвідки і досвід, можна здійснити лише за наявності певних умов:

- професійна підготовка педагогічних кадрів (дефектологів, логопедів, реабілітологів, асистентів педагогів, спеціальних психологів, соціальних педагогів);
- включення спеціальних предметів в освітні програми підготовки всіх категорій педагогічних працівників;
- вивчення та впровадження у роботу закладів світового досвіду інклюзивного навчання;
- організація якісної перепідготовки педагогічних кадрів;
- створення відповідної матеріально-технічної бази у закладах освіти;
- забезпечення фізичної та архітектурної доступності навчального процесу з урахуванням вимог універсального дизайну;
- проведення просвітницької роботи серед дітей, батьків, громадськості із залученням благодійних та громадських організацій;
- створення можливостей для реалізації здібностей та прагнень дитини (організація позакласної роботи, створення та залучення дітей з особливими потребами до різноманітних гуртків, секцій);

- забезпечення рівності прав, толерантності та відсутності будь-яких проявів булінгу;
- організація заходів, що сприятимуть соціалізації дитини, усвідомленню свого місця у суспільстві.

Помилковою є думка, що інклюзія необхідна, в першу чергу, дітям з особливими психофізичного розвитку, адже значну користь вона приносить усім суб'єктам освітнього процесу: іншим дітям, батькам, педагогам. Саме у такому освітньому просторі всі його учасники стають більш толерантними, відкритими до прийняття відмінностей людей, їхніх індивідуальних особливостей та потреб, а також мають змогу усвідомити модель згуртованого суспільства, в якому відсутні навіть незначні ознаки дискримінації.

Список використаних джерел

1. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посіб. : Видання доповнене та перероблене. Київ. : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. 274 с.
2. Положення про ресурсний центр підтримки інклюзивної освіти : Постанова Кабінету Міністрів України від 22.08.2018 р. № 617. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF>
2. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. Дата оновлення 06.06.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
3. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: методичний посібник / Укл.: А. Луговський, М. Свар-ник, О. Падалка. Львів : Колесо, 2008. 144 с.
3. Чеботарьова О. В., Коваль Л. В., Данілавичюте Е. А. Дитина із церебральним паралічем : навч. посіб. Харків : Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 40 с.

УДК 376

Аліна Фараджєва,
студентка спеціальності «Спеціальна освіта»,
Хортицька національна академія,
м. Запоріжжя, Україна

ІНКЛЮЗИВНЕ НАВЧАННЯ ЯК УМОВА МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИЗАРТРІЄЮ

Стратегічною метою навчання і виховання осіб із порушеннями мовлення є їхня повноцінна інтеграція у суспільство. Дизартрія справляє негативний вплив на можливість вільного спілкування дитини з однолітками, що у поєднанні з особливостями психічної діяльності може значно утруднювати спонтанний розвиток комунікативної поведінки. Згідно до цього, у Державному стандарті освіти в Україні передбачається забезпечення відповідного рівня мовленнєвого розвитку даної категорії дітей, що передбачає розвиток у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією загальних мовленнєвих навичок: звуковимови та дихання, темпо-ритмічної сторони мовлення, її виразності; збагачення, активізація та розширення словникового запасу; формування зв'язного мовлення на рівні, при якому дитина може засвоювати граматичні конструкції речень, прийоми словотворення, словозміни за аналогією, використовуючи власний досвід; подолання порушень письмового мовлення; оволодіння мовними знаннями; вдосконалення мовленнєвої компетенції учнів, їхніх комунікативних умінь та навичок у різних життєвих ситуаціях, освітньому процесі, культурному житті громади, побуті. Визначені завдання щодо мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку з дизартрією реалізуються у рамках інклюзивної освіти [2].

Інклюзивна освіта як сучасна інноваційна тенденція є актуальним питанням серед науковців-теоретиків та практиків спеціальної педагогіки. Вивченням проблеми інклюзивного навчання дітей молодшого шкільного віку з дизартрією займалися В. Бондар, Л. Вавіна, Дж. Деппелер, В. Засенко,

А. Колупаєва, Т. Лорман, В. Олійник, Л. Савчук, Т. Сак, О. Таранченко, Д. Харві та багато інших науковців [5].

Інклюзивна освіта (від англ. – включення) – це така форма навчання та виховання дітей, що передбачає навчання дитини з особливостями психофізичного розвитку в умовах загальноосвітнього закладу за місцем проживання з обов'язковим психолого-медико-педагогічним супроводом та створенням додаткових умов [4].

У міжнародних документах, як Стандартні правила урівняння можливостей інвалідів ООН, Декларація прав дитини ООН, Саламанкська Декларація та програма дій із навчання осіб з особливими потребами та багатьох інших, у терміні «інклюзивна освіта» зазначається створення такого освітнього середовища, яке б відповідало потребам та можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку [7].

Інклюзивна освіта спрямована на забезпечення ефективності та якості навчання при застосуванні форм, методів та технологій, які враховують індивідуальні особливості дітей із порушеннями психофізичного розвитку. Складання та адаптація навчальних планів, продумане використання навчально-методичного та дидактичного матеріалу дозволяє здійснювати освітню інклюзію, створювати умови ефективного закріплення знань, умінь та навичок учнями молодшого шкільного віку з дизартрією, їхнього особистісного становлення, самореалізації, стимуляції їхньої активності під час навчання та дозвілля [1].

Таким чином, навчання дітей молодшого шкільного віку з дизартрією відбувається за індивідуальним планом навчання, створеним групою супроводу, у якому враховуються індивідуальні особливості дітей та їхні потреби. Школа, яка надає комплексну корекційно-розвивальну допомогу дітям, забезпечує їх необхідним медичним (забезпечення лікуванням основного захворювання, підтримуюча та реабілітаційна терапія, відвідування занять з лікувальної фізичної культури), педагогічним (добір технологій подачі матеріалу, його відтворення, проведення додаткової індивідуальної роботи, створення умов соціальної адаптації), психологічним (надання сімейного консультування, індивідуальна психокорекційна робота з учнівським, батьківським колективом), соціальним (сприяння адаптації учня, проведення занять з учнівським та батьківським колективом, підтримка сімейного мікроклімату, профорієнтаційна робота) супроводом [3].

Логопеди, вчителі-дефектологи, психологи, спеціальні педагоги, працюють у тісному зв'язку з вчителями загальноосвітнього закладу, батьками учнів. Діяльність групи супроводу спрямована на вивчення особливостей розвитку учня, його освітніх потреб, складання індивідуального навчального плану, розробку індивідуальної програми супроводу, забезпечення проведення додаткових корекційно-розвиткових занять на основі індивідуальних потреб та можливостей дітей молодшого шкільного віку з дизартрією та відслідковування результативності її навчання [4].

Основними завданнями корекційно-розвиткових занять із дітьми молодшого шкільного віку з дизартрією є:

1. Визначення порушень мовленнєвого розвитку та механізмів їх виникнення.
2. Подолання виявлених порушень з урахуванням механізмів їх виникнення та опором на найбільш збережені компоненти мовленнєвої та пізнавальної діяльності.
3. Попередження появи вторинних порушень пізнавального, мовленнєвого розвитку як дисграфія, дизорфографія, дислексія.
4. Формування навичок комунікації та культури спілкування з урахуванням мотивації, мети та соціальних норм поведінки [8].

Інклюзивна освіта забезпечує як фізичну доступність до освіти, так і гуманістичну складову, посилення соціальної спрямованості навчання для дітей молодшого шкільного віку з дизартрією. Позитивне сприйняття, включення у колектив зі здоровими дітьми – є ефективним засобом морального виховання як дітей молодшого шкільного віку з дизартрією, так і їхніх однолітків, та сприяє розвитку їхніх навичок спілкування, нестандартного мислення. Завдяки цьому діти із порушенням мовлення та діти з нормотиповим рівнем розвитку здобувають досвід позитивної взаємодії один з одним, мають можливість до колективної діяльності. Створюється ціла мережа підтримки та ефективна співпраця усіх учасників інклюзивної освіти для реалізації дитиною з дизартрією реалізації її потенційних можливостей та задіяння комунікативних навичок [6].

Таким чином, інклюзивне навчання як умова мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку з дизартрією забезпечує виправлення та розвиток порушених чи недорозвинених складових мовленнєвої діяльності, які зумовлюють як засвоєння мовних знань, так і використання їх в актах комунікації, а також упереджує можливі труднощі у навчанні, пов'язані із проявами чи впливом порушень мовлення, недостатнім рівнем розвитку комунікативних навичок та відсутністю позитивної взаємодії з однолітками.

Список використаних джерел

1. Данілавічюте Е. Стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі: навчально-методичний посібник / За ред. А. Колупаєвої // Київ: Видавнича група «А.С.К.», 2012. С. 238.
2. Державний стандарт початкової освіти від 21 лютого 2018 р. № 87. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2018-p>.
3. Колупаєва А., Савчук Л. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання Київ: Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. С. 274.
4. Колупаєва А., Софій Н., Найда Ю. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально-методичний посібник / За заг. ред. Даниленко Л. Київ, 2007. С. 128.
5. Колупаєва А. Основи інклюзивної освіти. / За заг. ред. Колупаєвої А. Київ: Видавнича група «А.С.К.» 2012. С. 308.
6. Лорман Т., Деппелер Дж., Харві Д. Інклюзивна освіта: підтримка різноманітності у класі. Київ: ТОВ Видавничий дім «Плеяди», 2011. С. 296.
7. Піменова К. Інклюзія як форма навчання і виховання дітей з тяжкими порушеннями мовлення *Актуальні питання корекційної освіти*, 2014. Вип. 4. С. 278-288. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko_2014_4_33.
8. Програма з корекційно-розвиткової роботи для підготовчого, 1-4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення («Корекція мовлення»). Київ, 2016. С. 90.

УДК 81'373.46:376

Ольга Фурман,
канд. філол. наук, м. Запоріжжя, Україна

ПОНЯТІЙНО-ТЕРМІНОЛОГІЧНА БАЗА ОРТОПЕДАГОГІКИ ТА ОРТОПСИХОЛОГІЇ

Стан понятійно-термінологічної бази науки є показником рівня розвитку теорії й практики певної наукової галузі. Поява нових термінів зумовлена якісними зрушеннями в науковій думці, є прикладом міжнаукової комунікації (у разі використання іншомовних термінів, використання даних суміжних дисциплін). Термінологія оперативно реагує на суспільні потреби називати нові поняття.

Мета розвідки – здійснити лінгво-педагогічний опис понятійно-термінологічної системи ортопедагогіки та ортопсихології. Такий аналіз допомагає отримати достовірну мовознавчу інформацію про зміни в термінологічній науковій сфері, виявляє семантичний і функціональний потенціал нових термінів, ступінь їх засвоєння наукою, нормативність. Результати дослідження допоможуть науковим працівникам, студентам повною мірою використовувати мовні ресурси науки, бути логічними й точними у вираженні думки.

Термінологія ортопедагогіки та ортопсихології не стала предметом спеціального дослідження в мовознавчій науці. Здебільшого вона піддавалася аналізу в контексті вивчення медичної термінології (Снежик О. П., Бондар Ю. О., Карабан В. І., Кияк Т. Р., Науменко А. М., Огуй О. Д., Орешко О., Чередниченко О. І. та інші) та термінів педагогіки (Гончарук Ю., Патлатюк С. Ю. та ін.).

«Оволодіння основами будь-якої професії розпочинається із засвоєння певної суми загальних і професійних знань, а також оволодіння основними способами розв'язання професійних завдань» [1, с. 20], тобто оволодіння мовою професійного спілкування. Володіти такою мовою – вільно

послугуватися усім багатством лексичних засобів з фаху; дотримуватися граматичних, лексичних, стилістичних, акцентологічних та інших норм професійного спілкування; знати спеціальну термінологію, специфічні найменування відповідної професійної сфери; використовувати усі ці знання на практиці, доречно поєднуючи вербальні й невербальні засоби спілкування [2, с. 18]. Ці аспекти й зумовлюють актуальність обраного дослідження.

Термін «ортопедagogіка» функціонує в сучасному українському дефектологічному понятійно-термінологічному полі для позначення розділу дефектології (спеціальної, корекційної педагогіки) відповідно до нозологічної диференціації. Ортопедagogіка вивчає питання навчання й виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (ОРА). Більш новітніми термінами є «ортодизонтогенез» та «ортопсихологія», що є назвами споріднених дисциплін.

У вищій школі ортопедagogіка – новітня спеціалізація з корекційної педагогіки, яка спрямована на унікальну підготовку та перепідготовку фахівців у сфері корекційного навчання та психолого-педагогічної реабілітації дітей і дорослих із порушеннями опорно-рухового апарату.

Термін за будовою складний (від грец. *Ὀρθός* – прямий; *грец. Παίδευτική* – майстерність виховання), грецького походження. Зміст терміна містить вказівку на те, що ортопедagogіка є педагогічною наукою про принципи, закономірності, зміст, методи і форми навчання та виховання дітей з порушеннями ОРА. На нашу думку, термін складний для розуміння, оскільки має іншомовне коріння, не прозорий за змістом. Для широкого загалу не доступний, потребує уточнення його змісту за словниками. Можливо, використання іншомовних ресурсів пояснюється тим, що словосполучення «опорно-руховий апарат» трьохкомпонентне, виражене сполученням іменника з прикметниками, а така модель творення не є продуктивною у називанні розділів педагогіки. Описово назва науки може мати такий варіант: «Навчання і виховання дітей із порушеннями опорно-рухового апарату».

Споріднену з ортопедagogікою науку ортопсихологію розглядають як розділ спеціальної психології, який вивчає психічний розвиток осіб з порушеннями функцій ОРА, шляхи та засоби його корекції.

Термінологічний фонд ортопедagogіки та ортопсихології представлений здебільшого міжгалузевими термінами, які використовуються в кількох споріднених або й віддалених галузях. Розвинула наука і вузькоспеціальні терміни, які відображають специфіку галузі (*ортопедичний підхід, ортопедичні принципи, діти з порушеннями функцій ОРА*).

Представлені такі лексико-семантичні групи термінів: «назви частин ОРА» (*хребет, нижні кінцівки*), «назви захворювань систем організму» (*дитячий церебральний параліч, поліомієліт*), «назви психічних процесів» (*психофізичний розвиток, відчуття, сприймання*), «педагогічна термінологія» (*методика Марії Монтессорі, кондуктивна педагогіка Петьо*), «корекційно-реабілітаційні технології» (*зоотерапія, ігротерапія*) тощо. Така широчінь лексичної семантики вимагає засвоєння термінів суміжних дисциплін: анатомії, лікувальної справи, психології, дефектології, педагогіки.

Панівна більшість складових терміносистеми ортопедagogіки представлена морфологічними утвореннями (основоскладання, словоскладання, абреціяція). Поширені композити, утворені на основі словосполучень з різними типами синтаксичного зв'язку: підрядним (*неврозоподібний, кривошия*) та сурядним зв'язком (*корекційно- реабілітаційний, опорно-руховий*). Мають місце аббревіатури (ДЦП, ОРА).

Активно наука використовує іншомовні терміни (*реабілітологія, поліморфність, етіопатогенетичний, педіатрія, аміотрофія, ортодизонтогенез*), що, на нашу думку, ускладнює розуміння фахового тексту.

Для термінології ортопедagogіки властиві синонімічні відношення (*опорно-руховий апарат, кістково-м'язова система, локомоторна система, скелетно-м'язова система; ортопедagogіка, корекційна педагогіка, спеціальна педагогіка, лікувальна педагогіка*).

Продуктивних моделей творення термінів-словосполучень в ортопедagogіці можна виділити декілька. Найбільш частотна структура іменник+прикметник (*комплексна реабілітація, психічний розвиток, відновне лікування*), іменник+іменник (*порушення розвитку, вивих стегна, деформація стоп*). Однак найбільш поширені однокомпонентні термінологічні одиниці, виражені іменником (*сколіоз, рахіт, анімалотерапія*).

Проведене дослідження дає підстави стверджувати, що термінологія ортопедagogіки та ортопсихології – відкриті динамічні системи, які перебувають у стадії становлення й потребують

коригування як з боку фахівців, так і з боку мовознавців. На часі ґрунтовні мовознавчі дослідження цих терміносистем та видання термінологічних словників зазначених галузей.

Список використаних джерел:

1. Кротова О. Проблема професійного мовлення соціального працівника у контексті його професіоналізму. *Актуальні проблеми професійної підготовки фахівців соціальної роботи в Україні і за рубежом* : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Ужгород, 2003. С. 20–27.
2. Шевчук С. В., Клименко І. В. Українська мова за професійним спрямуванням : підручник. К. : Алерта, 2013. 525 с.

УДК 159.922.76-056.34:37.018.1

Ганна Хворова,

кандидат педагогічних наук, доцент, докторант,
Інститут соціальної та політичної психології,
м. Київ, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КОМПЕТЕНТНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ДІТЬМИ В БАТЬКІВ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

Аутизм – особливий тип функціонування нервової системи, який призводить до дефіциту соціальних функцій (що первинно не обумовлено зниженням інтелекту), неоднорідно впливає на численні системи організму (пізнавальна, комунікативно-мовленнєва, сенсорна, базальні системи (їжа, сон тощо) та вимагає значних та високоспеціалізованих послуг із допомоги в усіх сферах життєдіяльності. У Сполучених Штатах поширеність аутизму збільшилася з 1,25% у 2011-2013 рр. до 2,24% у 2014 р. (Zablotsky B., Black L. I., Maenner M. J., Schieve L. A., & Blumberg S. J., 2015). В Україні фахівці, що працюють із дітьми з аутизмом у державних та приватних установах, спостерігають збільшення їх кількості, але отримати достовірні дані щодо кількості дітей, підлітків та дорослих з аутизмом в Україні не є можливим. Незважаючи на щорічне збільшення кількості людей з аутизмом, проблема виховання дітей з аутизмом в Україні та в світі не отримала достатнього наукового вивчення, зокрема – мало відомо про методи ефективного впливу на рівень компетентності батьків дітей та підлітків з аутизмом та про оптимізацію соціальних комунікацій батьків на мікро- та макрорівні.

Важливим є те, що патерналістський підхід, який досі панує в Україні, вже не відповідає реаліям та вимогам сьогодення – відображається у базисно зверхньому ставленні співробітників закладів, фахівців до батьків (навіть коли батьки старші за віком, вищі за рівнем освіти, мають великий батьківський досвід). У такій моделі стосунків фахівці беруть на себе роль «дорослих», відводячи батькам роль «підлітків», яким весь час розповідають про їхні обов'язки та дають різноманітні доручення. Такий підхід, як правило, є частиною «корпоративного стилю» державних корекційних закладів традиційно ще з радянських часів. Він призводить до конфронтації висококомпетентних батьків із фахівцями закладу, крайнім ступенем якої є повна відмова батьків від взаємодії, в тому числі – утримання від користування послугами державної системи спеціальної освіти, оскільки такі батьки прагнуть бути «дорослими» та брати участь у прийнятті важливих рішень. Зміна такого становища можлива тільки внаслідок повної зміни акцентів у цьому питанні: фахівці та адміністрація закладу має вважати батьків, у першу чергу, не «помічниками, соратниками, виконавцями корекційно-педагогічної роботи» (хоча ці ролі та функції батьків ми не вважаємо несуттєвими) – а «роботодавцями» та «замовниками послуг» усієї системи спеціальної освіти та конкретних фахівців зокрема. У найближчому майбутньому, внаслідок демократичних перетворень у країні, що зараз відбуваються, варто очікувати, що батьки будуть вільно обирати заклади для отримання реабілітаційних та освітніх послуг, і цей батьківський вибір буде впливати на обсяг фінансування закладу, розмір заробітної платні фахівців тощо (варто зазначити що, в недержавних закладах батьки вже фактично і є роботодавцями, думка та бажання яких суттєво впливає на роботу фахівців). Побудова в Україні громадянського суспільства неминує призведе до того, що не

система реабілітації та її представники будуть «працювати з батьками», а висококомпетентні батьки будуть працювати із системою з метою зробити її придатною задовольнити їхні потреби у якісних реабілітаційних послугах на сучасному світовому рівні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Батьки, що виховують дітей з особливостями розвитку, тобто – в умовах трансформації батьківських функцій, стикаються з додатковими проблемами у порівнянні з батьками нормотипових дітей. Вони включають стигму, брак прийняття широким суспільством, а також додаткові повсякденні труднощі, характерні для психічного або фізичного стану дитини (Burlaka V., Shevtsov A & Lundquist L., 2007; Burlaka V., Graham-Bermann S. A., & Delva, J., 2017). Батьки, котрі піклуються про дитину з аутизмом, як правило, відчувають додатковий стрес, який впливає на їхню здатність до виконання батьківських функцій (Baker-Ericzen M., Brookman-Frazee L., Stahmer A., 2006). При такому стресі батьки можуть сприймати свої батьківські навички менш адекватно. Тим не менше, щоб зменшити проблеми поведінки в дітей з аутизмом, батьки повинні використовувати позитивні методи виховання дітей (Smith L. E., Greenberg J. S., Seltzer M., & Hong J., 2008). Крім того, батьки дітей з аутизмом повинні уникати нав'язливості, яка може перешкоджати розвитку в дітей навичок самостійного життя (Wood J. J., 2006) та комунікативних навичок (Siller M., & Sigman M., 2002), а також спричиняють проблеми уваги в дітей дошкільного віку (Brigham N., Yoder P. J., Jarzynka M. A., & Tapp J., 2010).

Батьки дітей з аутизмом, що відчувають високе навантаження, можуть відчувати невпевненість у своїх навичках батьків (Wing L., 2004). Деякі дослідження підтвердили той факт, що використання батьківської негативної поведінки часто зростає серед батьків, що виховують дітей із порушеннями поведінки (наприклад, Dossetor D. R., Nicol A. R., Stretch D. D. & Rajkhowa S. J., 1994; Hastings R. P., Daley D., Burns C. & Beck A., 2006).

Ряд досліджень у США (Stadnick N. A., Stahmer A., Brookman-Frazee L., 2015; Stadnick N. A., Drahota A., Brookman-Frazee L., 2013) визначають важливість та ефективність батьківського навчання, аналізують та порівнюють різні протоколи та методи батьківського навчання. Зокрема, практичні стратегії втручання на основі фактичних даних допомагали батькам визначити та почати застосовувати самостійно конкретні стратегії навчання, які використовували терапевти громадської системи охорони ментального здоров'я (наприклад, рольові ігри), батьки прокоментували специфічні навички, які отримали вони та їхні дитина (наприклад, батьківське управління ескалацією поведінки дітей, регулювання емоцій дітей та соціальні навички). Результати забезпечують попередню підтримку здійсненності та прийнятності впровадження стратегії втручання на основі фактичних даних для сімей дітей з аутизмом, які мають вирішальне значення для перенесення такого батьківського навчання на системний рівень допомоги та, таким чином, в цілому поліпшити допомогу сім'ям дітей з аутизмом. Інша спеціальна програма батьківського навчання на рівні громади протягом 12 тижнів, яка включає 8 навчальних сесій з використанням інтерактивних технік (присвячених методам розвитку гри, стимуляції мовлення та комунікації, соціальної імітації), проводиться для батьків дітей від 18 міс до 8 років та показала значущий рівень зниження батьківського стресу, збільшення батьківської прихильності до дітей та збільшення комунікативних навичок дітей у порівнянні з контрольною групою.

Батьківська компетентність, у сучасному її розумінні, характеризується здатністю родителя до виконання батьківських функцій у такий спосіб, що сприяє позитивному напрямку фізичного, розумового, емоційного, мовленнєвого, комунікативного тощо розвитку дитини за умов забезпечення родителем достатньої якості власного життя.

Дослідження показників батьківської компетентності батьків дітей з аутизмом передбачає використання відповідного психодіагностичного інструментарію (для вивчення кожної складової батьківської компетентності).

Порівняння середніх значень методики APQ з використанням непараметричного U-критерія Мана-Вітні дає підстави стверджувати, що між середнім і високим рівнем компетентності виявлено за шкалами Статистично значущі відмінності виявлено за шкалою залученість батьків ($p=0,037$), позитивного батьківства ($p=0,003$) і непослідовність дисциплінарних вимог ($p=0,009$). Між середнім і найвищим рівнями компетентності батьків статистично значущі відмінності є за шкалою покарання (при $p=0,007$) та між шкалами слабкий моніторинг і контроль та позитивне батьківство ($p=0,040$ і $0,007$ відповідно). Між батьками з високим і найвищим рівнями батьківської компетентності статистично

значущі відмінності спостерігаються за шкалою покарання ($p=0,004$). Загалом, за результатами проведеного нами статистичного аналізу, методика APQ є більш точним інструментом щодо дослідження батьків дітей з аутизмом.

Кореляційний аналіз методик і компетентності за r -критерієм Пірсона показав, що всі шкали методик корелюють між собою (при $p<0,05$), однак батьківська компетентність позитивно статистично значуще корелює лише зі шкалами опитувальника APQ, що вкотре підтверджує його доцільність у діагностиці батьків, які виховують дітей з аутизмом.

Подальші дослідження, узагальнення їх результатів мають на меті розробку методів соціально-психологічного впливу на взаємодію батьків з дітьми з аутизмом.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Фундаментальні дослідження батьківських практик з дітьми з аутизмом, виявлення зв'язків між дитячими та батьківськими характеристиками, батьківськими характеристиками та рівнем батьківської компетентності допоможуть побудувати науково-обґрунтовану систему сприяння компетентному батьківству батьків дітей з аутизмом, підвищити рівень та якість взаємодії між батьками та спеціалістами освітніх та реабілітаційних закладів, які працюють з дітьми з аутизмом, сприяти виведенню програм компетентної підтримки батьків дітей з аутизмом на рівень муніципальних програм підтримки батьків дітей з інвалідністю та сприяти розвитку впровадження програм підтримки батьків в загальні протоколи втручання, догляду та допомоги при аутизмі.

Список використаних джерел

1. Хворова Г. М. Батьки дітей з полісистемними порушеннями розвитку (аутизм/ДЦП): теорія та практика компетентного батьківства: навчально-методичні посібник Київ :НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. 34 с.
2. Хворова Г. М. Формування у фахівців навичок компетентної взаємодії з батьками дітей з полісистемними порушеннями розвитку під час проведення тренінгів компетентного батьківства у корекційних таборах та реабілітаційних закладах Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка та психологія. 2016. Випуск 47. С. 173-178.
3. Khvorova H. Parental Competence with Autism's Children: Current and Perspective Research / H.Khvorova // Mental Health Global Challenges XXI Century, MHGC Proceedings 2018, P. 37. Retrieved from <https://www.mhgc21.org/uploads/MHGC-Proceedings-2018.pdf> Indexed in CrossRef
4. Baker-Ericzen M. Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders / M.Baker-Ericzen, L.Brookman-Frazee, A.Stahmer // Research & Practice for Persons with Severe Disabilities. 2006. Vol. 30(4). P. 194-204.
5. Brigham N. The sequential relationship between parent attentional cues and sustained attention to objects in young children with autism / N. Brigham, P. J. Yoder, M. A. Jarzynka, J. Tapp // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2010. Vol. 40(2). P. 200-208.
6. Burlaka V. Family factors and parenting in Ukraine / V. Burlaka, S. A. Graham-Bermann, J.Delva // Child Abuse & Neglect. 2017. Vol. 72. P. 154-162
7. Dossetor D. R., Nicol A. R., Stretch D. D., Rajkhowa S. J. A study of expressed emotion in the parental primary carers of adolescents with intellectual impairment *Journal of Intellectual Disability Research*. 1994. Vol. 38(5). P. 487-499
8. Essau C.A., Sasagawa S., Frick P. J. Psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire *Journal of Child and Family Studies*. 2006. Vol. 15. P. 597-616
9. Frick P. J., Christian R. C., Wootton J. M. Age trends in the association between parenting practices and conduct problems *Behavior Modification*. 1999. Vol. 23. P. 106-128
10. Siller M., Sigman M. The behaviors of parents of children with autism predict the subsequent development of their children's communication *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2002. Vol. 32(2). P. 77-89
11. Smith L. E., Greenberg J. S., Seltzer M., Hong J. Symptoms and behavior problems of adolescents and adults with autism: Effects of mother-child relationship quality, warmth, and praise *American Journal on Mental Retardation*. 2008. Vol. 113(5). P. 387-402

12. Stadnick N. A., Stahmer A., Brookman-Frazee L. Preliminary Effectiveness of Project ImPACT : A Parent-Mediated Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder Delivered in a Community Program *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2015. Vol. 45(7). P. 2092-2104
13. Stadnick N. A., Drahota A., Brookman-Frazee L. Parent perspectives of an evidence-based intervention for children with autism served in community mental health clinics *Journal of child and family studies*. 2013. Vol. 22 (3). P. 414-422
14. Wing L. The spectrum of autistic disorders *Hospital Medicine*. 2004. Vol. 65. P. 542-545
15. Wood J. J. Parental intrusiveness and children's separation anxiety in a clinical sample *Child Psychiatry Hum Dev*. 2006. Vol. 37(1). P. 73-87
16. Zablotsky B. L., Black I., Maenner M. J., Schieve L. A., Blumberg S. J. Estimated prevalence of autism and other developmental disabilities following questionnaire changes in the 2014 National Health Interview Survey, 2015. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38790>.

УДК:371.134:159.922.76

Діна Шульженко,
доктор психологічних наук, професор кафедри
психокорекційної педагогіки факультету спеціальної
та інклюзивної освіти, Національний педагогічний
університет імені М. П. Драгоманова, м. Київ, Україна

БІНАРНИЙ ПІДХІД В ІНКЛЮЗИВНІЙ ОСВІТІ

Для успішної соціальної інтеграції людини, яка страждає на аутизм, в оточуюче середовище необхідно запровадити бінарний підхід до забезпечення безперервної психокорекційної педагогічної роботи з аутичними дітьми на всіх вікових етапах розвитку; з урахуванням особливостей становлення їх психічної діяльності.

Щоб запобігти виникненню таких недоліків у роботі педагогів, ми пропонуємо застосувати в інклюзивному класі і реалізувати бінарний підхід – це цілісний підхід до удосконалення освіти і виховання, оптимізації цілей, критеріїв, засобів, технологій, оцінки якості навчання та корекції, контролю планування та результатів спільного навчання. Бінарний підхід до оптимізації освітньо-корекційних функцій у навчанні аутичних дітей – це концептуальна основа, яка відрізняється від традиційної освіти і передбачає принципово нову модель для вирішення завдань якісної освіти та корекції аутистичних порушень, яка включає аналіз об'єктивних та суб'єктивних причин труднощів спільного навчання учнів із нормотиповим розвитком та дітей з аутистичною симптоматикою, прогнозу їхнього психологічного розвитку, якісної зміни професійних стандартів фахівця з інклюзії, іншого на відміну від традиційних моделей розуміння стосунків між усіма суб'єктами інклюзивної форми освіти.

Для психічного комфорту перебування аутичної дитини у класі зі здоровими однолітками ми пропонуємо інший (новий) формат уроку, а саме – бінарний урок (від лат. *binarius* – подвійний). Бінарний урок має специфіку проведення, зумовлену синхронною паритетною співпрацею вчителя інклюзивного класу та корекційного педагога або спеціального психолога. Сутність запропонованого нами бінарного підходу полягає в тому, що завдяки цій спільній діяльності двох фахівців досягається не лише дидактичні, а й корекційно-попереджувальні цілі, зокрема, корекційний педагог або спеціальний (психолог) під час проведення уроку надає диференціальну та індивідуальну допомогу аутичним учням, блокує прояви тривоги, агресії; заспокоює та включає їх до виконання різноманітних видів навчальної діяльності. Вчитель у цей час проводить урок з іншими учнями.

Бінарність – зобов'язує дефектолога (корекційного педагога, спеціального психолога, логопеда) забезпечити індивідуальний зміст роботи з аутичною дитиною незалежно від видів навчальної роботи на уроці, а вчителя – провести цей урок ефективно і для учнів класу, і з максимальною увагою для аутичних дітей, формує психологічну готовність вчити їх.

Таким чином, педагоги запобігають труднощам і неуспішності, проводять ефективну корекційну роботу з аутистичною категорією учнів, сприяють позитивній психологічній атмосфері у класі та ефективній роботі учнів, оптимізують включення дітей з аутистичними порушеннями в інклюзивний клас загальноосвітньої школи.

Бінарний урок передбачає:

1. Модернізацію структури та змісту типового уроку у відповідності до бінарного підходу.
2. Створення дидактичних умов навчання аутичних учнів на основі принципів спеціальної дидактики (наступності, науковості, системності, корекційного спрямування змісту уроків, керівної ролі вчителя, врахування зони «актуальної» та «найближчої» зони розвитку.
3. Визначення індикаторів ефективності застосування бінарного підходу на уроках в інклюзивній школі.

Бінарний підхід до реалізації освітньо-корекційних функцій вчителя класу і фахівця (корекційного педагога та спеціального (практичного) психолога) передбачає підготовку останнього та перепідготовку вчителів молодших класів, вчителів предметників за педагогічними та психологічними технологіями. Бінарний підхід в інклюзивній освіті аутичних дітей передбачає підготовку фахівця з урахуванням наступних психолого-педагогічних умов:

- організаційно-педагогічних: інноваційна модель побудови дисциплін у навчальних планів всіх форм навчання фахівців на факультетах (кафедрах) корекційної педагогіки, спеціальної психології та інклюзії;
- наявності системи критеріїв психологічної готовності майбутніх фахівців до роботи з аутичними дітьми відповідно до когнітивного, мотиваційного та діяльнісного компонентів особистісної готовності;
- формування у студентів позитивної мотивації до моделювання та проектування бінарних уроків в інклюзивній школі.

Використана література

1. Лебединський В. В. Нарушения психического развития у детей. М.:МГУ, 1985. С.27-34.
2. Шульженко Д. І. Освітньо-психологічна інтеграція (інклюзія) дітей із аутизмом / монографія / Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, вид-во Хортицької національної академії, 2017. 444 с.

**РОЗДІЛ 3. ЗМІСТ ПІДГОТОВКИ ТА ПЕРЕПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ
У ГАЛУЗІ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ З ПОРУШЕННЯМИ
ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

УДК 376:159.922.761

Ганна Афузова,
кандидат психологічних наук, доцент,
м. Київ, Україна

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПЕДАГОГІВ ІНКЛЮЗИВНИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ

Соціальна інклюзія є одним з пріоритетних напрямків розвитку сучасного європейського суспільства. Проблему інтеграції та соціалізації осіб із психофізичними вадами, а також питання інклюзії в освіті досліджували багато науковців: В. Бондар, Л. Гречко, Т. Джонсон, Дж. Ендрю, В. Засенко, А. Колупаєва, А. Конопльова, Д. Лупарт, М. Малафєєв, І. Мамайчук, Ю. Найда, В. Синьов, Н. Софій, Л. Шипіцина та інші. Але й досі існує безліч суперечливих поглядів щодо інклюзивної освіти, зокрема, актуальним є питання вивчення дезадаптуючого впливу інклюзивного освітнього середовища на всіх учасників навчального процесу та забезпечення максимально оптимальних умов освітнього середовища для усіх суб'єктів інклюзивного процесу.

Однією із проблем сьогодення в Україні є брак висококваліфікованих фахівців, здатних забезпечити ефективний процес взаємодії в інклюзивному освітньому просторі. Це проблема не лише підготовки і перепідготовки висококваліфікованих фахівців у галузі спеціальної та інклюзивної освіти, а й забезпечення педагогічних кадрів у системі інклюзивної освіти якісним психологічним супроводом. Необхідно пам'ятати, що в системі інклюзивної освіти поняття «супровід» слід розповсюджувати не лише на учня з особливими освітніми потребами (саме особливості психолого-педагогічного супроводу таких учнів на сьогодні найбільш висвітлюються у вітчизняних наукових першоджерелах), а й на інші суб'єкти інклюзивного освітнього простору – інших учнів закладу, батьків усіх дітей, членів педагогічного колективу, які реалізують цей освітній процес.

Незважаючи на те, що термін «психологічний супровід» у практичній психології використовується практично з початку функціонування психологічної служби в системі освіти (початок ХХ ст.), і дотепер відсутній єдиний підхід щодо визначення його змісту, цілей і завдань. Розглядаючи зміст психологічного супроводу з позицій допомоги педагогам інклюзивних закладів освіти, нам імпонує визначення Е. Зеєра, який вбачав під психологічним супроводом «цілісний процес вивчення, формування, розвитку і корекції професійного становлення особистості» [1, С. 252]. Вчений зазначає, що філософським підґрунтям системи супроводу людини є концепція вільного вибору як умови розвитку. Вихідним положенням для формування теоретичних основ психологічного супроводу Е. Зеєр вважав особистісно орієнтований підхід, у логіці якого розвиток розуміється як вибір і засвоєння суб'єктом тих чи інших інновацій, шляхів професійного становлення. Таким чином, супровід може трактуватися як «допомога суб'єкту у формуванні орієнтаційного поля розвитку, відповідальність за дії у якому несе він сам» [1, С. 253].

Слід розуміти, що інклюзивне навчання, як і будь-яке нововведення в практику шкільного життя, вимагає детального аналізу ресурсів і стану суб'єктів психолого-педагогічного супроводу, обговорення цілей і завдань діяльності, детального планування реалізації цих цілей. Педагог є центральною фігурою, яка реалізує інклюзивні процеси, і створює психолого-педагогічні умови для інтеграції дитини з особливими освітніми потребами в освітній простір. Необхідно відзначити, що діапазон ставлення педагога до учня з особливими освітніми потребами вельми широкий: від емоційного відкидання та ігнорування («аби не заважав») до гіперпротекції, інфантилізації та інвалідизації («бідний, нічого сам не може»), що, в свою чергу, відображається на якості та продуктивності професійної діяльності. Як зазначає М. Семаго із своїми однодумцями, у педагогів, які починають реалізовувати інклюзивну практику, на першому етапі виникає супротив, який може мати такі відомі причини: втрата контролю, втрата компетентності, особиста невизначеність, несподіванка, збільшення обсягу роботи тощо. Таким

чином, визначаються дві змістові лінії необхідної професійної підтримки педагогів, які починають включатися в інклюзивний процес в освітньому закладі:

- розвиток психолого-педагогічної компетентності (оволодіння новими і спеціальними знаннями, прийняття відповідальності за результати педагогічної діяльності, опора на ресурси, побудова картини професійного майбутнього тощо);

- робота в команді фахівців, які реалізують інклюзивну практику (обмін інформацією, навчання, підтримка у вирішенні проблемних педагогічних ситуацій, проведення спільних навчальних та позанавчальних заходів із дітьми, батьками) [2].

Система підтримки педагогів, які реалізують інклюзивну практику, як компонент цілісного психолого-педагогічного супроводу, повинна орієнтуватися на наступні принципи:

1. Принцип потенціалу (орієнтація на можливості формування і розвитку педагогічної компетентності, розкриття потенціалу і наявності ресурсів для реалізації успішної педагогічної діяльності в інклюзивній практиці).

2. Принцип усвідомленості і відповідальності (педагог повинен бути впевнений у своїх силах, а це можливо тільки в тому випадку, якщо педагог відчуває повну відповідальність за результати своєї праці. І важливим моментом тут слід відзначити, аби цілі професійної діяльності формулював сам педагог).

3. Принцип майбутнього (орієнтація на потенціал педагога, а не на ефективність його попередньої діяльності) [2].

Тому, в першу чергу, психологічний супровід педагогів у системі інклюзивної освіти передбачає визначення індивідуального педагогічного стилю фахівця, а також з'ясування основних уявлень і змісту, які педагог «вкладає» у власне бачення інклюзії. Серед основних завдань психологічної підтримки педагогів інклюзивного закладу освіти можна виокремити такі:

1. Визначення і використання особистісних ресурсів.

2. Постановка цілей професійного розвитку і складання плану реалізації поставлених цілей.

3. Подолання стереотипів стосовно осіб з особливими освітніми потребами та інклюзії в цілому.

4. Навчання навичкам ефективної взаємодії з усіма суб'єктами інклюзивного освітнього простору.

5. Тайм-менеджмент власної педагогічної (а за потреби – і позафахової) діяльності.

6. Рефлексія педагогічного досвіду, профілактика «синдрому емоційного вигорання» [2].

Для реалізації зазначених вище завдань психологу інклюзивного закладу освіти доцільно використовувати такі найбільш ефективні форми роботи: 1) консультація, коучинг; 2) експертна оцінка; 3) супервізія педагогічних ситуацій; 4) тренінг комунікативних навичок; 5) фокус-група тощо.

Крім цього, психолог школи повинен інформувати педагогів про результати психологічної діагностики; складати спільний план роботи, визначати завдання і розмежовувати обов'язки; проводити спільні уроки і позаурочні заходи. Таким чином, в обов'язки психолога інклюзивного освітнього закладу входить живий контакт з учителями та обговорення питань ефективного співробітництва з учнем та батьками; постійна взаємодія і надання консультативної допомоги вчителям, для зниження ризиків їхнього професійного вигорання, а також інформаційно-методична підтримка.

Список використаних джерел

1. Зеер Э. Ф. Психология профессий: учеб. пособ. для студ. вузов. 4-е изд., перераб., доп. Москва: Академический проект; Фонд «Мир», 2006. 336 с.

2. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: методическое пособие / Под общ. ред. С.В. Алехиной, М.М. Семаго. Москва: МГППУ, 2012. 156 с.

УДК 378.046.4

Оксана Бавольська,
PhD, методист Обласного ресурсного центру
з підтримки інклюзивної освіти
Миколаївського ОІППО, м. Миколаїв, Україна

**АКТУАЛЬНИЙ ДОСВІД МИКОЛАЇВЩИНИ: «SCAFFOLDING».
МОДЕЛЬ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ,
ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У НАПРЯМІ ІНКЛЮЗИВНОЇ СВІТИ**

Головною метою соціально-економічних перетворень, що відбуваються сьогодні в Україні, є повага до людського розмаїття, встановлення принципів солідарності та безпеки, що забезпечують захист та повну інтеграцію у соціум усіх верств населення, в тому числі й осіб з обмеженими можливостями. Світові тенденції гуманізації, інтеграції та глобалізації суспільства зумовлюють значні зміни в освіті й вихованні: ставляться нові завдання, використовуються інноваційні освітні й виховні технології, оновлюються зміст та форми організації освітнього процесу, упроваджуються в освітній процес новітні особистісно – орієнтовані педагогічні технології та науково-методичні досягнення [1].

В умовах оновлення української освіти особливої актуальності набуває проблема створення оптимальних умов для розвитку, виховання та навчання осіб з особливими потребами, що відповідають тенденціям реформування освіти на шляху до її відкритості, демократичності та доступності для всіх категорій населення країни, а також із уведенням в освітнє середовище інноваційних технологій [2].

Сьогодні в Україні набирає потужних обертів освітня реформа, невід'ємною частиною якої є інклюзивна складова. Провідною метою кожної освітньої реформи, зокрема нинішньої, є підвищення якості освіти. Нерозв'язані проблеми вітчизняної системи освіти стали поштовхом для прийняття реформаторських рішень, зокрема:

- реалізація Концепції «Нова українська школа», пріоритетною складовою якої є побудова індивідуальної траєкторії розвитку та навчання кожної дитини;
- створення мережі інклюзивно-ресурсних центрів, діяльність яких спрямована не тільки на проведення комплексної оцінки, а й на здійснення корекційно-розвиткової роботи та консультативно-психологічної допомоги батькам;
- створення обласних ресурсних центрів підтримки інклюзивної освіти в структурі інститутів післядипломної педагогічної освіти, серед напрямів роботи яких є: методичне забезпечення навчання та підвищення кваліфікації фахівців ІРЦ, педагогічних працівників закладів освіти; підвищення рівня компетентності посадових осіб обласних (міських) державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування щодо надання освітніх послуг дітям із особливими освітніми потребами; підвищення рівня обізнаності громадськості про дітей із особливими освітніми потребами тощо;
- наказом Міністерства охорони здоров'я України затверджено переклад Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків.

Зважаючи на актуальність навчання, розвитку та інтеграції дитини з особливими освітніми потребами, в суспільство постає питання підготовки та науково-методичного супроводу фахівців як у закладах освіти, так і в інклюзивно-ресурсних центрах.

На сьогодні організаційно-методичні засади освітнього процесу в загальноосвітніх школах орієнтовані на дітей із типовим розвитком і не враховують особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей із особливими освітніми потребами. Невідповідність форм і методів педагогічного впливу на таких дітей може створювати передумови для формування в них негативного ставлення до навчання та девіантної поведінки.

У січні 2018 року в структурі Миколаївського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти (МОІППО) створено обласний ресурсний центр з підтримки інклюзивної освіти (ОРЦПІО), основний орієнтир роботи якого – підтримка та реалізація сучасних освітніх тенденцій, спрямованих на розвиток інклюзивного підходу в навчанні всіх дітей, а саме: підготовка фахівців закладів загальної середньої освіти та інклюзивно-ресурсних центрів щодо забезпечення рівного доступу до якісної освіти

дітям з особливими освітніми потребами через організацію їх навчання в ЗЗСО на основі застосування в особистісно орієнтованих методів навчання та з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей.

За визначенням В. Шуляра, «педагог у XXI столітті – це насамперед компетентний фахівець із чіткою орієнтацією на професійний та особистісний розвиток і саморозвиток, здатний демонструвати високий рівень культури стосунків, культури співпраці, культури комунікування із суб'єктами педагогічного процесу [4].

Перед інститутами післядипломної педагогічної освіти, зокрема ОРЦПЮ, постає завдання в забезпеченні підготовки педагогів закладів загальної середньої освіти та фахівців інклюзивно-ресурсних центрів щодо роботи з дітьми, які мають особливі освітні потреби.

Співробітниками обласного ресурсного центру з підтримки інклюзивної освіти МОІППО визначено стратегічну ціль діяльності – створення постійно діючої, гнучкої, відкритої системи науково-методичної інформаційної підтримки фахівців закладів загальної середньої освіти та інклюзивно-ресурсних центрів Миколаївської області. Виконання цього завдання продуктивно реалізується за допомогою застосування моделі професійної підтримки та розвитку «SCAFFOLDING». У перекладі з англійської – **scaffolding** — будівельні ліси. Метафора була запропонована Дж. Брунером та його колегами для опису процесу навчання дитини або новачка **в зоні ближнього розвитку**. «Скаффолдинг – процес, який дає можливість новачку вирішити проблему, виконати завдання або досягти цілей, які перебувають за межами його індивідуальних зусиль та можливостей. Модель дозволяє стимулювати навчання фахівців, що працюють у напрямі інклюзивної освіти, через позитивну підтримку, яка полягає у здатності суб'єкта навчання бачити власні успіхи в навчанні та розвитку здібностей. Як тільки рівень навичок підвищується – з'являється відчуття незалежності в навчанні, що в свою чергу мотивує фахівця до подальшого вдосконалення. Мотивація та ефективність – основні переваги «SCAFFOLDING».

В основі запропонованої моделі лежить ідея тимчасової підтримки, яка поступово зменшується залежно від того, наскільки педагог стає успішним суб'єктом своєї діяльності.

Модель «SCAFFOLDING» має трирівневу структуру, яка передбачає взаємозалежність та взаємоузгодженість усіх рівнів тимчасової підтримки. Забезпечення підтримки здійснюється у процесі формальної, неформальної та інформальної освіти.

Перший рівень (формальна освіта) включає проходження курсів підвищення кваліфікації, які забезпечують зв'язок фахівця із новими здобутками науки та практики. Зміст навчального забезпечення навчально-тематичних планів гнучко змінюється залежно від потреб сучасної освіти та професійних запитів слухачів курсів.

Другий рівень (неформальна освіта) забезпечує наступність підвищення кваліфікації фахівців ЗЗСО та ІРЦ у міжкурсовий період. Педагоги відвідують фахові тренінги, майстер-класи, науково-практичні семінари та конференції, працюють у складі творчих груп, методичних об'єднань, беруть участь у роботі інтервізійних та супервізійних груп. Такий вид підвищення кваліфікації має практико-орієнтовне спрямування для отримання додаткових спеціальних знань.

Третій рівень (інформальна освіта) передбачає процес самоосвіти фахівця в напрямку інклюзивної освіти та впровадження у власну практику знань та досвіду, набутого на попередніх рівнях. Для педагогів інформальна система перетворює освітні потенціали в потужні чинники власного саморозвитку. Це – форма альтернативної освіти фахівців, на кшталт самоосвіти, зокрема участь в інклюзивних фестивалях, інтернет-форумах, тренінгах, волонтерському русі. Застосування очно-дистанційної форми навчання та професійного спілкування забезпечує фахівцям не тільки широкий доступ до освітніх вітчизняних і світових ресурсів, а й можливість презентувати власні творчі здобутки, порівняти їх із здобутками своїх колег та отримати підтримку з боку куратора, тренера або наставника.

Успішне впровадження практики інклюзивної освіти стає можливим за умови об'єднання зусиль науковців (теоретико-методологічне обґрунтування організаційно-методичних засад інклюзивного навчання), громадськості (утвердження в суспільстві філософії інклюзії) та працівників закладів освіти, які покликані реалізувати загальні принципи, організаційні підходи й методичні рекомендації щодо забезпечення якісного інклюзивного навчання з урахуванням контингенту учнів, можливостей реалізації інноваційних технологій та інших особливостей.

Список використаних джерел

1. Колупаєва А. А., Савчук Л. О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. Видання доповнене та перероблене: наук.-метод. посіб. Київ : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. 274 с.
2. Розвиток інклюзивного освітнього середовища в Запорізькій області: науково-методичний аспект : монографія / упорю: Т. Є. Гура ; ред. Т. Я. Озерова. Запоріжжя : СТАТУС, 2018. 328 с. : іл., табл. (Наукова книга).
3. Формуємо інклюзивну культуру в педагогічній спільноті Миколаївської області (професійний «SKAFFOLDING») / Укл. : К. О. Пінюгіна, О. В. Бавольська, Т. М. Гейко та ін. : Миколаїв : ОІППО, 2019. 48 с.
4. Шуляр В. І. Стратегії інклюзивної освіти в моделі Нової української школи Опорний матеріал до занять: навчал. посібник В. І. Шуляр. Миколаїв : ОІППО, 2018.

УДК 159.922

Віталій Бочелюк,
доктор психологічних наук, професор,
завідувач кафедри психології,
Національний університет «Запорізька політехніка»,
м. Запоріжжя, Україна

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ОСОБИСТОСТІ
МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ У ГАЛУЗІ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ
З ОСОБАМИ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

Підготовка та перепідготовка фахівців у галузі корекційно-реабілітаційної роботи з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату вельми актуальна на сучасному етапі розвитку нашої країни. Саме цій проблемі, її визначенню присвячена наша робота.

Соціально-економічні та політичні реалії сучасного світу, трансформаційні процеси у вітчизняній системі освіти, вимоги до сучасного фахівця та соціальне замовлення ринку праці спонукають до перегляду окремих усталених поглядів на цілі та завдання вищої професійної освіти загалом та професійної підготовки психологів у галузі корекційно-реабілітаційної роботи з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату зокрема.

Розбудова інклюзивної освітньої системи потребує визначення методологічних засад підготовки фахівців психологічного профілю, які беруть безпосередню участь в організації і забезпеченні ефективного функціонування інклюзивного освітнього середовища. Водночас, як засвідчує практика, готовність психолого-педагогічних фахівців до роботи в галузі корекційно-реабілітаційної роботи з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату є вкрай недостатньою. Однією з очевидних причин є відсутність системної підготовки психолого-педагогічних кадрів у закладах вищої освіти до роботи в галузі спеціальної освіти.

Актуальність підготовки і перепідготовки психолого-педагогічних кадрів до роботи в галузі корекційно-реабілітаційної роботи з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату визначається наступними чинниками: прискорене впровадження інклюзивного навчання упродовж останніх років; недостатня обізнаність фахівців із методологічними засадами спеціальної освіти, технологічними та методичними засобами впровадження інклюзивного навчання; збільшення академічного компоненту при формуванні практичних професійних компетентностей студентів, необхідних для роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного середовища; недостатнє усвідомлення професорсько-викладацького складу закладів вищої освіти значущості, особливостей та змісту діяльності психолого-педагогічних кадрів у галузі спеціальної освіти.

Теоретичні положення професійної підготовки майбутнього психолога у закладах вищої освіти відображено у працях О. Бондаренка, В. Бочелюка, Ж. Вірної, Л. Долинської, М. Євтуха, Л. Карамушки,

С. Максименка, В. Панка, Н. Пов'якель, Н. Пророк, Є. Пряжнікової, В. Синьова, Н. Чепелевої, Т. Яценко та інших.

Особливості професійної підготовки майбутніх психологів до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивної освіти, окремі її теоретичні та практичні аспекти висвітлено у наукових працях зарубіжних і вітчизняних дослідників: В. Гладуш, О. Глоба, Т. Дегтяренко, І. Демченко, Дж. Деппелер, Р. Джордж, В. Засенко, Т. Зубарева, Н. Енестейшен, С. Кірк, Дж. Кларк, А. Колупаєва, С. Ліллі, С. Литовченко, Т. Лормана, Дж. Лупарт, О. Мартинчук, Л. Прядко, Л. Савчук, Т. Сак, О. Таранченко, І. Татьянчикової, О. Федоренко, Д. Харві, Д. Чемберс та інші.

Аналіз науково-педагогічної літератури засвідчує різноманітні підходи до вирішення проблеми підготовки та підвищення кваліфікації фахівців психологічного профілю до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзії, що ґрунтуються на визнанні та врахуванні в освітньому процесі розмаїття учнівського колективу та задоволення їхніх освітніх потреб.

Соціально-психологічні проблеми професійної підготовки сьогодні є надзвичайно актуальними і перспективними для нашої держави, оскільки фахівець сьогодення повинен володіти не лише високим рівнем професіоналізму, а й обов'язково здатний на високому рівні діяти вмотивовано, тобто компетентно. З огляду на ускладнення процесів діяльності, підвищення значущості її результатів, – особливо для фахівців професії типу «людина-людина», – вивчення змістовної характеристики особистості (її структури) набуває першочергової значущості. Це професійна компетентність майбутнього психолога, що здійснює вплив на якість виконання його функціонально-професійних, психологічних та соціальних ролей. Позиція особистості (психолога в галузі корекційно-реабілітаційної роботи з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату) як суб'єкта суспільної поведінки та різноманітної соціальної (психологічної) діяльності являє собою складну систему ставлень особистості психолога, його установок, його цілей та цінностей. Усе це різноманіття психологічних особливостей та індивідуальних якостей реалізується у визначеному комплексі суспільних функцій, репертуарі (переліку) соціальних ролей, які становлять сукупність паттернів поведінки фахівця у заданих соціальних ситуаціях розвитку.

Будь-яку роль можна вивчати лише як аспект цілісної поведінки. Засвоюючись і приймаючись особистістю, роль стає невід'ємною складовою особистісної структури людини (її змістовної характеристики). А в нашому випадку, складовою рольової структури особистості майбутнього психолога в галузі корекційно-реабілітаційної роботи з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

У сучасній психологічній науці рольовий підхід до проблеми особистості представлений в працях Г. Андрєєвої, Н. Богомолової, П. Горностая, І. Кона, В. Максимова, З. Мірошник, Б. Хомуленко та інших. Водночас слід зауважити, що окреслена тематика в багатьох своїх аспектах не знайшла послідовного і вичерпного розкриття в наукових працях у контексті аналізу рольових профілів, соціально-психологічних та професійних ролей і рольових позицій особистості.

У дослідженнях зазначених авторів панує думка про те, що професіоналізація майбутніх психологів повинна здійснюватися у новій особистісно-орієнтованій парадигмі, яка передбачає актуалізацію професійно важливих особистісних якостей, формування професійної компетентності психолога, а також орієнтована на створення системи професійних вмінь та навичок, що забезпечують досягнення професійного успіху, самореалізації, набуття професійної культури спілкування, рефлексії, професійної інтуїції. Особистісний розвиток фахівця з психології має визначний вплив на розвиток його професійної майстерності. Ланкою, що сполучає особистість і діяльність, є професійна свідомість та самосвідомість, яка дозволяє у процесі свого формування досягати оптимального результату як в особистісному зростанні, так і в професійній діяльності.

Особливе місце у системі життєвих відношень особистості майбутнього психолога належить ставленню до себе. Поняття індивіда про себе, свою цінність і сутність значно впливає на сприймання суб'єктом світу загалом. Сукупність усіх уявлень індивіда про себе становить Я-концепцію (У. Джемс, Ч. Кулі, Дж. Мід, К. Роджерста ін.). Д. Супрун, аналізуючи праці низки вітчизняних дослідників (В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева), зазначає, що специфіка професії психолога, її спрямованість передусім на надання психологічної допомоги іншим передбачають те, що основним інструментом його роботи, окрім тестів, спеціальних психологічних методик, має виступати його власна особистість: самооцінка, цінності,

образ себе та навколишнього тощо. Якість і успішність професійної діяльності психолога, насамперед, залежить від того, чи зможе студент-психолог, перебуваючи в освітньому просторі, побудувати власну модель професійної діяльності, яка включатиме не тільки впевнене володіння технологією професійної діяльності, але й ціннісно-рольове бачення майбутньої професії та себе в ній. Особливості професійної діяльності психолога припускають об'єднання й тісний взаємозв'язок професійних та особистісних якостей фахівця, які обумовлюють спрямованість, ідеали, переконання, ціннісні орієнтації, мотиваційні тенденції та сенси, інтерпретацію власних переконань етичного характеру.

Попри значну кількість праць у спеціальній психології, присвячених вивченню окремих компонентів професійної підготовки психологів у галузі спеціальної освіти, проблема формування професійних якостей, визначення основних функцій та ролей майбутнього психолога, які він виконує в ході професійної діяльності, пов'язаної з корекційно-реабілітаційною роботою з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, залишається фрагментарною і суперечливою, що зумовлює необхідність системного її вивчення і подальшого розроблення засад поетапного формування системи зазначеної підготовки.

УДК 378.091.3:159.9-051

Григоренко Т. В.,
викладач, аспірант кафедри спеціальної психології
та медицини, НПУ імені М. П. Драгоманова,
м. Київ, Україна

КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД У ПРОФЕСІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ПСИХОЛОГІВ (СПЕЦІАЛЬНИХ, КЛІНІЧНИХ) У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ

Актуальним завданням сучасної психології є формування професійної компетентності майбутнього фахівця, яке забезпечує особистісний розвиток та самореалізацію студента як суб'єкта майбутньої професійної діяльності. В період трансформаційних змін сучасного суспільства перед особистістю постають нові вимоги щодо її професійно-особистісного розвитку саме як суб'єкта майбутньої професійної діяльності. Майбутній фахівець повинен мати певні професійно-важливі якості, високий рівень психологічної готовності до майбутньої професійної діяльності, професійну придатність та високий рівень професійної компетентності, соціальну та професійну мобільність, відповідальність та самостійність щодо прийняття професійно-обґрунтованих рішень [3, С. 297].

Науковці європейських країн вважають, що набуття молоддю знань, умінь і навичок спрямоване на вдосконалення їхньої компетентності, сприяє інтелектуальному й культурному розвитку особистості, формуванню в неї здатності швидко реагувати на запити часу. Тому важливим є усвідомлення самого поняття компетентності, розуміння, які саме компетентності і як необхідно формувати, що має бути результатом навчання. І. Зимня виділяє три основних етапи становлення компетентнісного підходу в освіті. Перший етап (60–70-ті роки ХХ ст.) характеризується введенням у науковий апарат категорії «компетенція» і створенням передумов розмежування понять «компетенція» і «компетентність». Другий етап (70–90-ті роки ХХ ст.) – використання вказаних категорій у теорії та практиці навчання мови, спілкування, а також щодо аналізу професіоналізму фахівців в управлінні, керівництві та менеджменті. Третій етап, який триває з початку 90-х років і до сьогодні, характеризується дослідженням компетентності як освітньої наукової категорії та впровадженням компетентнісного підходу в практику освітньої діяльності. Визначальними категоріями компетентнісного підходу є «компетенція» і «компетентність» у їхньому співвідношенні одна до одної. Велике розмаїття трактувань даних понять демонструє відсутність одностайного підходу до їх розуміння. Ю. Варданян, розглядає поняття «компетенція» та «компетентність» як різнорівневі. Компетенція – це статусні можливості здійснення людиною державних, соціальних і особистісних повноважень у певному виді діяльності. Компетентність у широкому сенсі розуміється як ступінь соціальної та психологічної зрілості людини, яка передбачає певний рівень психічного розвитку особистості, психологічну готовність до певного виду діяльності, що

дозволяє індивіду успішно функціонувати та інтегруватися в суспільстві. У вузькому сенсі компетентність розглядається як діяльнісна характеристика, як міра інтегрованості людини в діяльність, що передбачає певну світоглядну спрямованість особистості, ціннісне ставлення до діяльності та її предметів.

Компетенція – це сфера діяльності, значима для ефективної роботи організації, у якій індивід має виявити певні знання, уміння, поведінкові навички, гнучкі здібності і професійно важливі риси особистості. Компетентність визначають як: 1) ступінь вираженості наявного у людини професійного досвіду в рамках компетенції конкретної посади; 2) глибоке, досконале знання своєї справи, сутності виконуваної роботи, способів і засобів досягнення поставлених цілей; 3) сукупність знань, що дозволяють професійно характеризувати про щось; 4) риса особистості державного службовця, менеджера, спеціаліста, що полягає у здатності правильно оцінювати ситуацію, приймати правильні рішення і досягати значимого результату; 5) наявність знань і досвіду, необхідних для ефективної діяльності в заданій предметній сфері [1, С. 46,47].

О. Пометун визначає компетентність як спеціальним шляхом структуровані набори знань, умінь, навичок, можливостей і ставлень, що дають змогу майбутньому фахівцю визначити, тобто ідентифікувати і вирішувати незалежно від контексту проблеми, що є характерними для певного напрямку професійної діяльності. О. Сироватко розуміє під компетентністю сукупність фізичних та інтелектуальних якостей людини і властивостей, що необхідні людині для самостійного та ефективного розв'язання різних життєвих ситуацій для того, щоб створити кращі умови для себе в конструктивній взаємодії з іншими. На думку О. Лебедева, компетентнісний підхід – це сукупність загальних принципів визначення цілей освіти, відбору змісту освіти, організації освітнього процесу й оцінки освітніх результатів [3, С. 299].

Г. Селевко трактує компетенцію як освітній результат, який виявляється в підготовленості випускника, у реальному володінні ним методами та засобами діяльності, у можливостях виконувати поставлені завдання; форма поєднання знань, умінь та навичок, яка дозволяє ставити і досягати мети в перетворенні довкілля. А компетентність – це інтегральна здатність особистості, яка виявляється в її загальній здатності та готовності до діяльності, що ґрунтується на знаннях і досвіді, які набуті у процесі навчання і соціалізації та орієнтовані на самостійну і успішну участь у діяльності.

На думку Д. Супрун, компетенція і компетентність є взаємодоповнюючими та взаємозумовлюючими поняттями. Компетентність, як і компетенція, є інтегральними характеристиками особистості, здобутими нею якостями, де узагальнюючою категорією двох понять виступає діяльність. Тобто компетенція є сферою відношень, що існують між знанням та дією у практичній, професійній діяльності випускника ЗВО. Отже, без знань немає компетенції, проте не кожне знання і не в будь-якій ситуації проявляє себе як компетенція [3, С. 302].

Результати та висновки. Застосування компетентнісного підходу у вищій освіті спрямований на перехід до нових галузевих стандартів, створює передумови для більшого зближення результатів освіти до потреб суспільства та вимог ринку праці. Проведений аналіз різних підходів до трактування та розуміння понять «компетенція» та «компетентність» дає можливість зробити висновок. Так, під компетенцією слід розуміти певну сферу, коло діяльності, наперед визначену систему питань, щодо яких особистість повинна бути добре обізнана, тобто володіти певним набором знань, умінь, навичок та власного до них ставлення. Компетентність – якість особистості, її певне надбання, що ґрунтується на знаннях, досвіді, моральних засадах і проявляється у критичний момент за рахунок вміння знаходити зв'язок між ситуацією та знаннями, у прийнятті адекватних рішень нагальної проблеми.

Компаративний аналіз трактувань поняття «професійна компетентність» засвідчив, що сутність його розглядається у контексті компетентності з прив'язкою до поняття «професійна діяльність». Найчастіше професійна компетентність розглядається як сукупність знань, умінь, навичок, досвіду, професійно значущих якостей, що визначають успішне (результативне, продуктивне, ефективне) здійснення професійної діяльності (виконання професійних/функціональних обов'язків) [2, С. 13-14].

Списк використаних джерел

1. Гулай О. І. Компетентнісний підхід як основа нової парадигми освіти *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2009.

2. Григоренко Т. В. Компетентнісний підхід у контексті професійної підготовки психологів (спеціальних, клінічних). *Педагогічний часопис Волині* : науковий журнал. Луцьк : СХУ імені Лесі Українки, 2019. № 1 (12). 130 с.

3. Супрун Д. М. Теорія та практика професійної підготовки психологів в галузі спеціальної освіти. Дис. ... д-ра. пед. наук : 13.00.03. Київ. 2018. 657 с.

УДК 159.922.76-056.26:376-056.29

Оксана Ільїна,
старший викладач кафедри ортопедagogіки ,
ортопсихології та реабілітології
факультету спеціальної та інклюзивної освіти
НПУ імені М. П. Драгоманова,
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНИХ ЗАХИСНИХ МЕХАНІЗМІВ У ПІДЛІТКІВ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Своїм походженням термін «психологічний захист» зобов'язаний З. Фрейду і був найпершим вираженням динамічної позиції у психоаналітичній теорії. Вперше цей термін з'явився в 1894 р. в роботі Фрейда «Захисні нейропсихози» і був використаний для опису боротьби «Я» проти хворобливих або нестерпних думок і афектів.

Розширення уявлень про захист пов'язано з ім'ям доньки З. Фрейда – Анни Фрейд (1946). Погляди А. Фрейд принципово не відрізняються від поглядів З. Фрейда останніх років його творчості. Її заслуга полягає у спробі створення цілісної теоретичної системи захисних механізмів. У своїй фундаментальній монографії, що вийшла у світ у 1936 році, вона вперше докладно описала різні способи захисної поведінки. Механізми захисту розглядалися нею як перцептивні, інтелектуальні і рухові автоматизми різного ступеня складності, що виникли у процесі мимовільного і довільного навчання; вирішальне значення в їхньому утворенні надавалося травмуючим подіям у сфері ранніх міжособистісних відносин.

Анною Фрейд виділено кілька критеріїв класифікації захисних механізмів, таких як: локалізація загрози «Я», час утворення в онтогенезі, ступінь конструктивності. Вона ж до кінця розвинула ідею З. Фрейда про зв'язок між окремими способами захисту та відповідними невротами, визначила роль захисних механізмів у нормі і патології індивідуального розвитку. І, нарешті, А. Фрейд дала першу розгорнуту дефініцію захисних механізмів: «Захисні механізми – це діяльність «Я», яка починається, коли «Я» схильне до надмірної активності спонукань або відповідних їм афектів, які становлять для неї небезпеку. Вони функціонують автоматично, не погодившись із свідомістю».

Мета психологічного захисту – зниження емоційної напруги та запобігання дезорганізації поведінки, свідомості та психіки в цілому. Механізми психологічного захисту забезпечують регуляцію, спрямованість поведінки, редукують тривогу і емоційну напругу.

Вагомий внесок у вивчення механізмів психологічного захисту і розробку методів їх тестування вніс Р. Плутчик (1980). Теоретична модель механізмів захисту була розроблена Р. Плутчиком у співавторстві з Г. Келлерманом і Х. Контом в 1979 році. Пропонуючи оригінальну модель захисту, Р. Плутчик неодноразово підкреслює, що вона концептуально базується на загальній психоеволюційній теорії емоцій. А емоції базуються на думках.

Вивчення захисних механізмів і копінг-стратегій підлітків дає нам можливість виявити, проаналізувати роль раціональних та ірраціональних думок при формуванні автоматизмів, що призвели до утворення копінгів та психологічних захистів.

Психологічний захист «включається» автоматично і є неусвідомленим, однак особистість як соціальна, свідомо і самостійна істота, здатна вирішувати конфлікти, боротися з тривогою і напругою цілеспрямовано. Для позначення свідомих зусиль особистості використовується поняття копінг-

поведінки (coping), або усвідомлених стратегій подолання стресу та інших подій, які породжують тривогу. Вперше термін «копінг» був використаний при дослідженні способів подолання дітьми вимог, висунутих кризами розвитку. Р. Лазарус (1966) поширив його на безліч ситуацій гострого і хронічного психологічного стресу. Він визначав механізми подолання стресу як стратегії дій, які застосовуються людиною в ситуаціях загрози як діяльність особистості по підтримці балансу між вимогами навколишнього середовища та ресурсами організму.

Під «копінг» маються на увазі когнітивні, емоційні та поведінкові спроби, які постійно змінюються.

Стратегії поведінки, які включають у себе психологічний захист та механізми подолання, є різними варіантами процесу адаптації і подібно внутрішній картині життєвого шляху поділяються на соматично, особистісно та соціально орієнтовані, в залежності від переважної участі в адаптаційному процесі того чи іншого рівня життєдіяльності.

Засновником методу, що досліджує хибність думок, які призводять до виникнення небажаних емоцій, а потім і дій, що в майбутньому формують автоматизми і є причиною набуття негативних рис характеру, є видатний американський психолог Альберт Елліс. Концепція А. Елліса передбачає, що джерело психічних порушень при всьому своєму різноманітті – це система індивідуальних ірраціональних уявлень про світ, що засвоюється, як правило, в дитинстві від значущих дорослих. Невроз, зокрема, трактується А. Еллісом як «ірраціональне мислення і поведінка». Вчений зазначає, що раціональні погляди та думки ведуть до продуктивної поведінки, а ірраціональні, хибні – до саморуйнування та помилкової, ірраціональної поведінки. Ця ідея була викладена науковцем як модель АВС, де:

«А» (активатори, англ. activating events) – це будь-які думки, почуття, спогади, які пов'язуються з цією подією, або ж з минулим.

«В» – вірування (англ. beliefs).

«С» – наслідки (англ. consequences).

«А», «В» и «С» тісно пов'язані між собою та не можуть існувати без інших. Щоб змінити «С», потрібно змінити «А» або ж усвідомити, що «В», яке призводить до ірраціонального «С», – хибні. Надалі людина має перевірити це на досліді та прийняти замість конкретних ірраціональних «В» конкретні раціональні.

Найбільш часто, при ірраціональному способі мислення, запускаються наступні мисленеві механізми:

- драматизація – «А» – оцінюється як саме найжахливіше, більш ніж на 100%;
- засудження – ті, що не роблять те, що «повинні» (по відношенню до мене) – «погані», «недостойні», «недолюди» і т.п.)

Щоб якось «виправити цей жорстокий світ», після «продуктивного обдумування», запускаються три основні ірраціональні вірування по А. Еллісу:

- Я повинен все робити тільки на «відмінно».
- Всі повинні зі мною поводитись добре.
- Всесвіт повинен бути легким для мене.

Наведемо приклад **АВС** найбільш частих автоматичних думок при механізмі психологічного захисту «Проекція» у підлітків з ДЦП, які навчаються у спеціальному закладі освіти (Таблиця 1).

Таблиця 1

А Подія та ситуація	В Автоматична думка	С Реакція, емоція, поведінка
Мене не викликали, коли я добре підготувався до уроку.	Вчителька завжди мене ігнорує.	Розпач. Злість. Мовчу.
У школі дискотека.	Знову включають мою не улюблену музику.	Злість. Не піду на дискотеку.
Мама говорить, що місто не пристосоване до людей з інвалідністю.	Я не знаю, що робити, як я сам з цим справляюсь, але мене Бог береже.	Страх. Закриюсь у кімнаті, буду грати на комп'ютері.

Мама сказала, що я можу навчатись тільки в одному закладі освіти – «університет України».	Там всі діти з інвалідністю.	Переживання. Буду вступати до цього університету.
---	------------------------------	---

Аналіз автоматичних думок підтверджує виникнення механізму психологічного захисту «проекція». Ми можемо констатувати, – дитина проектує у своїх думках свою невпевненість та перекладає відповідальність на інших.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Вивчаючи питання виникнення того чи іншого механізму психологічного захисту у підлітків з дитячим церебральним паралічем, приходимо до висновку, що ірраціональні думки, які супроводжують фруструючу подію, – є основним фактором у виникненні дезадаптивних захисних механізмів психологічного захисту. Саме робота над навичками метакогнітивної перебудови мислення є, на нашу думку, провідною ланкою психотерапевтичної роботи з дітьми з дитячим церебральним паралічем.

Список використаних джерел

1. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Д. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію Львів : Свічадо, 2014 420 с.
2. Кузовкин В. В., Харитонов А. И. Когнитивно-поведенческой терапия как метод повышения мотивации достижения у профессиональных спортсменов. *Журнал практического психолога* № 6, 2014. М. : 2014. С. 96-132.
3. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. Педагогика. Москва : Пресс, 1993. 144 с.

УДК 376.091:001.817(477)

Жанна Ковальчук,
аспірант кафедри логопедії та логопсихології
Національного педагогічного університету
імені М.П. Драгоманова, м. Київ, Україна

ВИЗНАЧАЛЬНІСТЬ ДИСЕРТАЦІЙНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ІСТОРИКО-ПЕДАГОГІЧНОГО СПРЯМУВАННЯ ДЛЯ РОЗВИТКУ ТЕОРІЇ ТА ПРАКТИКИ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

В основі нашого дослідження лежить вивчення соціокультурних основ становлення та розвитку систем спеціальної освіти, їхнього взаємозв'язку з соціально-економічним станом країни, ціннісними орієнтирами держави та суспільства стосовно дітей із порушеннями психофізичного розвитку, законодавством у сфері освіти та прав людини, станом розвитку теорії та практики спеціальної освіти як інтегративної галузі знань, світовим історико-педагогічним процесом.

Ми вбачаємо необхідність аналізу в нашій роботі дисертаційних досліджень з огляду на те, що:

1. Дисертаційне дослідження є значним внеском у розвиток наукового знання кожної окремої галузі. Без аналізу дисертацій неможливо повною мірою усвідомити та представити стан теоретичних та практичних знань у певній галузі науки.

2. Дисертація є одночасно науковою та кваліфікаційною роботою, що зобов'язує автора дотримуватись певних вимог, а саме: розширене обґрунтування актуальності визначеної теми, виділення об'єкта, предмета, мети, гіпотези, завдань, методології та методів дослідження, основних понять тощо. Для інших видів представлення та апробації результатів наукових пошуків така чітка внутрішня структура та логіка викладення є не притаманною та не обов'язковою.

3. У дисертації є обов'язковим детальний аналіз попередніх актуальних досліджень з виділенням основних положень цих робіт, на які спирається дисертант, що забезпечує можливість відстежити поступальні зміни та розвиток певних науково-педагогічних ідей, теорій тощо.

4. Обґрунтування практичного значення, яке є обов'язковим для дисертаційних робіт, дає можливість прослідкувати зв'язок науки та практики, зіставляючи заявлене значення з реальним станом практики спеціальної освіти [1, 46-47].

Проголошення суверенної та незалежної української держави відкрило шлях до розгортання досліджень широкого кола проблем спеціальної освіти, в тому числі й з історико-педагогічної проблематики. Зокрема, у наявних історико-педагогічних дослідженнях з питань розвитку спеціальної освіти глибоко проаналізовано основні тенденції, закономірності та особливості розвитку теорії і практики спеціальної освіти України, з'ясовано соціально-економічні, політичні, культурні, національні передумови і чинники її функціонування; визначено основні напрями і зміст педагогічної роботи з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку, в тому числі й з порушеннями мовлення, їх відповідність завданням корекції і компенсації порушень розвитку на різних етапах еволюції ставлення до таких дітей; проаналізовано особистий внесок видатних та маловідомих учених-дефектологів і методистів України в розробку теорії спеціальної освіти, в обґрунтування змісту, методів і форм корекційного навчання і виховання та розвиток мережі спеціальних шкіл тощо. Всі історико-педагогічні дослідження носять прогностичний характер і є важливим джерелом реформування системи спеціальної освіти в нових швидкозмінюваних умовах суспільного розвитку держави [2].

Широкий аналіз наявних наукових дисертаційних досліджень історико-педагогічного спрямування дозволив об'єднати їх за метою наукового пошуку в умовні групи, а саме: внесок окремих персоналій в розвиток спеціальної освіти (В. В. Барко (2015), О. В. Козинець (2015), Н. О. Климко (2014), С. І. Корнєв (2009), Є. Ю. Линдіна (2016), В. М. Синьов (2017) та ін.; історія становлення та розвитку навчання й виховання дітей та дорослих з різними нозологіями (Віт. І. Бондар (1992), В. В. Золотоверх (2000), М. О. Супрун (2005), О. М. Таранченко (2006), С. В. Федоренко (2012), В. М. Шевченко (2006) та ін.; професійна корекційна допомога та підготовка професійних кадрів (Т. Л. Берник (2006), Л. К. Одинченко (1996), О. М. Потапенко (2010), О. Е. Шевченко (2004) та ін.). Однак, виявилось, що всеохоплюючих досліджень історії процесу формування та розвитку наукової думки в галузі спеціальної освіти та логопедії зокрема, на сьогоднішній день надзвичайно мало [3].

Проведений аналіз науково-педагогічних досліджень у галузі логопедії дозволяє стверджувати, що сучасна теорія спеціальної освіти загалом орієнтована на цінність кожної особистості та її гідність, усвідомлення кожного рівня освіти як органічної складової системи безперервної освіти як дітей з порушеннями психофізичного розвитку, так і спеціалістів, що надають кваліфіковану професійну допомогу таким дітям, розвиток інформаційних технологій у галузі спеціальної освіти та перехід від сегрегаційної форми навчання до інклюзивної.

Список використаної літератури

1. Адаменко О. В. Розвиток педагогічної науки в Україні в другій половині ХХ століття (1950-2000 рр.). Дис. ... докт. пед. наук. Луганський національний педагогічний університет імені Т. Шевченка, Луганськ. 2006.
2. Бондар В. Інтерпретація еволюції спеціальної освіти: зародження, становлення, розвиток (до десятиріччя Інституту спеціальної педагогіки АПН України), В. Бондар, В. Золотоверх, Дефектологія, 2004, № 1, С. 2–10.
3. Ковальчук Ж. М. Визначальність наукової діяльності закладів вищої освіти та наукових установ України у другій половині ХХ століття. *Педагогічний часопис Волині* : науковий журнал, 2019. 1 (12), С. 86-94.

В. Кротенко,

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри спеціальної психології та медицини,
м. Київ, Україна

ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ ЯК ФАКТОР ЗАПОБІГАННЯ ПРОЯВАМ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ ІЗ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ СІМЕЙ

Зміст стратегії соціального розвитку країни полягає у формуванні громадянина незалежної України, людини функціонально і морально дієздатної в умовах демократичної держави та громадянського суспільства, у якій високо розвинене почуття власної гідності, яка готова нести відповідальність за долю своєї країни і готова до повноцінної реалізації свого потенціалу в умовах здорового способу життя. Іншими словами, мова йде про людину з чітко сформованими ціннісними орієнтаціями.

Ціннісні орієнтації є одним із центральних особистісних новоутворень, виражають свідоме ставлення людини до соціальної дійсності, визначають широку мотивацію її поведінки та суттєво впливають на всі складові її життєвого світу. Особливого значення набуває зв'язок ціннісних орієнтацій зі спрямованістю особистості. Система ціннісних орієнтацій визначає змістовну сторону спрямованості особистості і складає основу її ставлень до оточуючого світу, до інших людей, до самої себе; основу світогляду та ядро мотивації життєдіяльності, основу життєвої концепції та «філософії життя».

Ціннісні орієнтації – це спосіб диференціації об'єктів дійсності за їхньою значущістю як позитивною, так і негативною. Спрямованість особистості виражає одну з найсуттєвіших її характеристик, яка визначає соціальну і моральну цінність. Змістом такої спрямованості, у першу чергу, є домінуюче соціально обумовлене ставлення особистості до оточуючої дійсності. Саме через спрямованість особистості її ціннісні орієнтації знаходять своє реальне вираження у активній діяльності людини, тобто вони повинні стати стійкими мотивами діяльності, які впливають на формування установок і, насамкінець, перетворитись на переконання. Система ціннісних орієнтацій формується у людини протягом досить тривалого часу, а її витoki, безумовно, лежать у дитинстві, коли дитина активно засвоює суспільний досвід за допомогою значущих дорослих, і в першу чергу – батьків.

Особливо актуальною в цьому сенсі нам вбачається проблема формування ціннісних орієнтацій у дітей із дисфункціональних сімей. Пояснюється це тим, що в силу різних причин батьки (або один з батьків, або особи, які їх замінюють, що ще більше ускладнює даний процес) не можуть повною мірою дати дитині те, що могло б сприяти набуттю нею необхідних моральних якостей особистості. В останні роки усе частіше психологи, які вивчають проблеми сучасної сім'ї, говорять про те, що відбувається критичне падіння педагогічного потенціалу сім'ї, престижу сімейних цінностей, збільшується кількість розлучень, зростає злочинність у сфері сімейно-побутових відносин, підвищується ризик появи у дітей порушень у розвитку через неблагоприємний клімат у сім'ї. Причому, мова йде вже не тільки про малозабезпечені та неповні сім'ї, але й про сім'ї, які мають соціальний статус забезпечених і досить благополучних. Таким чином, на жаль, можна констатувати ознаки дезорганізації сім'ї як соціального інституту, кризи її розвитку, збільшення кількості неблагополучних сімей через падіння суспільної моралі, що призводить до суттєвих змін у структурі сім'ї і її ціннісних орієнтаціях.

У результаті, по-перше, сім'я як цінність знаходиться у дітей далеко не на першому місці, чому сприяють як самі сім'ї, так і засоби масової інформації, які не націлені на популяризацію сім'ї як цінності (за виключенням деяких інформаційно-публіцистичних державних програм), а, по-друге, у сім'ях батьки часто не мають навіть елементарних психолого-педагогічних знань, що, безумовно, впливає на результати виховання дітей. Все це в цілому призводить до формування у дітей девіантної поведінки, яку у психології розуміють як порушення соціальних норм. Ця проблема набула в останні роки масового характеру і постала в центрі уваги соціологів, працівників правоохоронних органів, психологів.

Пояснити причини, умови і фактори, які детермінують це соціальне явище, стало нагальним завданням сьогодення. Його розгляд передбачає пошук відповідей на ряд фундаментальних питань, серед яких питання про сутність категорії «норма» (соціальна норма) і про відхилення від неї.

У суспільстві, яке стабільно функціонує і стійко розвивається, відповідь на це питання більш чи менш зрозуміла. Соціальна норма – це необхідний і відносно стійкий елемент соціальної практики, який виконує роль інструменту соціального регулювання та контролю. Соціальна норма визначає історично сформовану у конкретному суспільстві межу, інтервал допустимої (дозволеної або обов'язкової) поведінки, діяльності людей, соціальних груп, соціальних організацій. Соціальна норма знаходить своє відображення в законах, традиціях, звичаях, тобто в усьому тому, що стало звичкою, увійшло в побут, у спосіб життя більшості населення, підтримується суспільною думкою, виконує роль регулятора суспільних та міжособистісних відносин.

Проте, процес формування ціннісних орієнтацій у дітей із дисфункціональних сімей ускладнюється не лише через проблеми самої сім'ї. Батьківська аудиторія, по-перше, значно більш закомплексована й інертна, а значить важко піддається впливам, по-друге, вважає себе достатньо обізнаною і компетентною, щоб приймати чужі поради відносно виховання власної дитини. Звичайно, робота психологів, які працюють в закладах освіти, має бути спрямована на роботу з батьками, і в першу чергу, на переформування їхньої смисложиттєвих орієнтацій, але навряд чи така корекція буде аж надто ефективною, коли маєш справу з людьми з уже сформованими цінностями і поглядами. Саме тому необхідно починати формування ціннісних орієнтацій у самих дітей, причому якомога раніше. Підтвердженням того є практична діяльність вченого, який одним із перших розпочав розробку теорії і практики сімейного виховання, педагога, лікаря Є. А. Аркіна, який писав, що «швидкість росту людської особистості в різні періоди далеко не однакова, один рік раннього дитинства вносить в життя дитини незрівнянно більше нового, чим в іншу пору життя п'ять чи десять років» [1, с. 50]. Відомо, що в перші роки життя дитини закладаються основи моральності, що створює умови для формування ціннісних орієнтацій у дітей. І будь-який виховний захід – чи то слово, дія, ласка, допомога, терпеливе очікування – повинен бути не лише своєчасним для розв'язання теперішньої ситуації, але й орієнтованим у майбутнє.

В умовах ускладнення суспільного життя, виникнення конфліктів, які детермінують різні його сфери, часто негативно впливають на духовно-моральне здоров'я людства і кожної особистості зокрема, основи сучасного виховання повинні набути сутнісних змін. І тут, безумовно, головним завданням є побудова сучасного виховного процесу як цілісного духовно-морального дискурсу, який забезпечує єдність держави, суспільства і особистості завдяки свідомому вибору мотивації морально обумовлених і об'єктивно виправданих дій.

Особливого значення в даному контексті набуває процес інтеграції педагогіки та психології і розширення спектру їх функцій. Очевидно, що повноцінна реалізація цих функцій можлива за умови того, що виховання стане основоположним в освітньому процесі, навчання – його найважливішим засобом, а розвиток – прогнозованим результатом. Акцент на вихованні дозволить реалізувати ідею комплексного підходу до особистості. Розвиток емоційної сфери дитини (чому довгий час приділялось вкрай недостатньо уваги) має стає найважливішим завданням сучасного освітнього процесу.

Для підтвердження цієї думки здається доцільним пригадати одну з теорій моралі, що належить Л. Колбергу, який був засновником Центру з морального виховання і одним із творців Міжнародної асоціації морального виховання. Ним розроблена рівнева концепція моралі і свідомості, яка показує як відбувається інтеріоризація соціальних норм. Всі вчинки супроводжуються страхом, соромом, виною – це регулятори поведінки людини, пов'язані з етикою і нормою. Л. Колберг стверджує: «Сутність будь-якої моралі полягає в повазі, з якою особистість ставиться до дотримання правил..., одностороння повага породжує гетерономну мораль, у той час як взаємна повага приводить до виникнення автономної моралі» [3, с. 196]. Вершиною цього ступеня є, за Л. Колбергом, почуття справедливості. Л. Колберг неспростовно довів, що моральне удосконалення йде по щаблям, піддається впливу з боку дорослих і може бути прискорено. До того ж, особливо важливо, що моральний розвиток (який як раз і починається з розвитку емоційної сфери дитини) за нормальних умов є незворотнім. При цьому моральна свідомість тісно пов'язана з відповідальністю. Усвідомлення відповідальності в умовах морального вибору може відбутися в ігрових ситуаціях, спрямованих на вирішення реальних або змодельованих проблем; у спеціально організованих дискусіях. Зміст цих ігор або дискусій можуть складати, на нашу думку, різного роду емпатогенні ситуації як з життя дітей, так і описані, наприклад, у творах художньої літератури. Взагалі, розвиток емпатійності (тобто вміння співчувати, співпереживати і співрадіти іншому) може стати

тим наріжним камінцем, який буде складати основу в побудові системи ціннісних орієнтацій дитини і сприятиме подоланню морального занепаду сучасного суспільства.

У процесі формування ціннісних орієнтацій дитини як фактору запобігання проявам девіантної поведінки, важливо також виділити найважливіші фактори формування неповнолітніх у сім'ї: 1) спосіб життя, поведінка, моральний і культурний рівень матері і батька; 2) взаємовідносини між матір'ю і батьком; 3) ставлення їх до дитини; 4) усвідомлення і розуміння цілей, завдань і засобів сімейного виховання та способів їх досягнення.

Те, якими стануть майбутні мати і батько, залежить багато в чому від освітнього закладу та від тих програм, які в ньому реалізуються і які мають бути спрямовані на формування ціннісних орієнтацій у дітей (особливо, якщо мова йде про дітей із дисфункціональних сімей). Безумовно, програми такого змісту мають мати дві мети: перша – навчальна, яка відповідає вимогам та критеріям оцінки інтелектуального компоненту; друга – виховна, яка відповідає вимогам розвитку емоційно-ціннісного компоненту. Зміст такої програми буде визначатись також і умовами культурно-освітнього середовища, в якому знаходиться дитина. У свою чергу дидактична мета передбачає, на наш погляд, поступову реалізацію трьох рівнів. На першому рівні формування у дітей знань філософської і психолого-педагогічної основи цінностей, ціннісних орієнтацій, їх класифікації, сутності соціально значущих цінностей як феномену цивілізованого суспільства, у тому числі знань національних цінностей, які визначаються умовами культурно-освітнього середовища регіону, і їхньої ролі у формуванні особистості. Для другого рівня необхідний розвиток у дитини асоціативної основи для цілісного сприймання знань про національні, характерні для регіону та загальнолюдські цінності, вміння виділяти головне і другорядне, характерні ознаки. Формування емоційно-ціннісного ставлення до духовної спадщини краю здійснюється на третьому рівні.

І насамкінець хочеться зазначити, якщо в найближчий час не буде здійснена оптимізація освітнього середовища, то з великою долею вірогідності можна сказати, що питання виховання дітей із дисфункціональних сімей, формування у них адекватної системи ціннісних орієнтацій і відповідно запобігання проявам девіантної поведінки залишаться нерозв'язаними. При цьому слід пам'ятати, що важливо виховувати не поведінку або характер взагалі, а поведінку і характер даної дитини, у якої є свої особливості, свої умови життя, свій уже пройдений життєвий шлях, який наклав відбиток на її розвиток. А це можливо лише за умови індивідуальної роботи з дітьми з дисфункціональних сімей і лише за наявності інтеграції зусиль педагогів і психологів, які мають спеціальну психологічну і соціально-педагогічну освіту.

Таким чином, для успішної реалізації теоретичних положень щодо формування ціннісних орієнтацій у дітей із дисфункціональних сімей, як фактору запобігання девіантної поведінки, необхідна організація їхнього життя в оптимально створених умовах. У будь-якому випадку, на нашу думку, будь-який освітній заклад повинен здійснювати соціально-психолого-педагогічний супровід сім'ї та особистості дитини, які б базувались на принципах інтеграції педагогіки та психології.

Список використаної літератури

1. Аркин Е. А. Биологические особенности дошкольного возраста / Педагогическая энциклопедия. Т. 2. Москва, 1990.
2. Драченко В. В. Виховання морально-ціннісних орієнтацій підлітків засобами творів світової художньої культури: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.07. Київ, 2008. с. 21.
3. Девиантология : Хрестоматия / Автор-составитель Ю. А. Клейберг. СПб. : Речь, 2007. 412с.
4. Запотьлюк О. А. Неблагополучные семьи. Минск : Красико-Принт, 2008. 128 с.
5. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. СПб. : Речь, 2006. 445с.
6. Романюк Л. В. Психологічні чинники розвитку ціннісних орієнтацій студентської молоді: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Київ, 2004. 21 с.
7. Соціальне самопочуття, настрої та ціннісні орієнтації населення України : Соціологічне дослідження Інституту соціології НАН України URL : <http://www.niss.gov.ua/Table/51006/socycolog.htm> (дата цитування 23.07.16).
8. Ульянова И. В. Формирование смысложизненных ориентаций учащихся *Педагогика*. 2007. № 7, С. 43.

УДК 159.953.5-044.332: 376 – 057.875:378

Наталя Літвінські,
викладач кафедри ортопедагогіки, ортопсихології
та реабілітології НПУ імені М.П. Драгоманова,
м. Київ, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ З ОБМЕЖЕННЯМИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ ВНЗ

До недавнього часу статус інвалідності асоціювався в суспільній свідомості з ізоляцією і нездатністю таких суб'єктів приймати самостійні рішення. В сучасному етапі ставлення до людей з інвалідністю стало змінюватися. Можливість отримання професійної освіти для людей з інвалідністю закладена в реалізованій в даний час державою освітньої політики, яка спрямована на розширення можливостей людей з інвалідністю в розвитку, створення умов для успішної соціалізації на основі подолання їхньої ізоляції. Однак, при отриманні професійної освіти у вищому навчальному закладі державні освітні стандарти є обов'язковими не тільки для нормотипових студентів, а й для студентів з обмеженнями життєдіяльності.

Розглядаючи проблему адаптації особистості в контексті різних змін (значних або ситуативних), що відбуваються в житті кожного індивіда, важливо виділити етап вступу у вищий навчальний заклад. Зазначений життєвий етап відноситься до значних, тому що підготовка до нього займає певний час, і процес адаптації починається задовго до його виникнення і не закінчується після моменту вступу.

Слід враховувати, що адаптаційні можливості студентів з інвалідністю та їхніх однокурсників з нормою здоров'я мають значні відмінності. Адаптивні можливості того, хто навчається з інвалідністю послаблюються цілим спектром чинників, основними серед яких виступають^[1]:

- характер інвалідності (порушення опорно-рухового апарату, слуху, зору, наявність психічних і загальних захворювань);
- психофізіологічні особливості (тип вищої нервової діяльності, темперамент, характер, біоритмічні властивості, специфіка пізнавальних процесів і т.д.);
- вади фізичного здоров'я (часті захворювання, не пов'язані з інвалідністю, слабкий імунітет, соматичне ослаблення);
- недоліки психологічних можливостей для спілкування;
- недолік технічних засобів для задоволення специфічних потреб;
- наявність архітектурних і психологічних бар'єрів, що обмежують можливості студентів з інвалідністю до соціального, психологічного пристосування та адаптації у вищому навчальному закладі.

Як показує практика, представлені фактори, що ускладнюють адаптацію студентів з інвалідністю, призводять до розвитку у них психологічної та соціальної недостатності. Це явище характеризується появою різного роду обмежень і перешкод: обмеження здатності до самообслуговування, обмеження фізичної незалежності, мобільності, здатності адекватно поводитися в суспільстві, здатності займатися навчальною діяльністю, обмеження економічної самостійності, здатності до професійної діяльності, здатності до інтеграції в суспільство.

Поряд із факторами, що затримують адаптацію студентів з інвалідністю, виділяємо ряд стресорів, які також здатні ускладнити цей процес. До числа таких стресорів належать: просторова недоступність будівель освітніх установ, недолік навчально-методичного супроводу освітнього процесу, соціально-психологічні труднощі комунікації.

Таким чином, широкий спектр порушень перешкоджає нормальній адаптації студентів з інвалідністю. З огляду на це, у вищому навчальному закладі повинні бути створені спеціальні умови, спрямовані на забезпечення і підтримання психологічної, соціально-педагогічної адаптації студентів з інвалідністю. Як для нормотипових студентів, так і для студентів з інвалідністю соціально-психологічна адаптація виступає своєрідним засобом захисту особистості, за допомогою якого послаблюється або усувається внутрішнє психологічне напруження, занепокоєння, дестабілізаційні стани, що виникають у процесі взаємодії з навколишнім середовищем.

Загальновідомо, що студенти першого курсу відчувають труднощі, потрапляючи в нові соціально-освітні умови. Щодо студентів з інвалідністю слід зазначити, що вони в більшості випадків відчувають дискомфорт, почуття тривоги, часто зберігають дистанцію у взаємовідносинах з оточуючими, що викликано потрапленням в незнайоме для них середовище. Інтеграція студентів з інвалідністю вимагає більш тривалого періоду адаптації. Це викликано низкою факторів: порушенням можливості оптимально функціонувати в соціумі, пробілами в знаннях, неадекватним уявленням про себе, дефіцитом комунікабельності та інші.

На процес їх адаптації впливають неадекватні способи професійного самовизначення: у одних студентів це проявляється у відсутності власних професійних намірів у зв'язку з низькою самооцінкою власного здоров'я, пасивністю і особистісними особливостями, у інших – в недооцінці важкості свого захворювання, переконаності у тимчасовості порушення, побудові планів, неадекватно своїм фізичним можливостям.

Соціально-психологічна адаптація являє собою психологічну адаптацію та соціальну адаптацію в їхній сукупності, що дозволяє особистості досягти самореалізації в гармонії з соціальним середовищем. При цьому, ці сторони адаптації не тотожні, а іноді навіть вступають у протиріччя. Так, соціальне середовище може як полегшувати процес адаптації, так і ускладнювати його. Яким би внутрішнім адаптаційним ресурсом не володіла особистість, якщо суспільство ставиться до її соціальної позиції негативно, не визнає її цінностей, норм, не дає можливості задовольнити значимі потреби, успішна соціально-психологічна адаптація вкрай ускладнена, якщо взагалі можлива.

Таким чином, соціально-психологічна адаптація як феномен виникає при взаємодії двох систем – особистості і соціального середовища, причому у двох ситуаціях: зміни звичного для людини соціального середовища або виникненні необхідності зміни способу взаємодії з нею^[2].

Можемо виділити чотири основних структурних компонента соціально-психологічної адаптації студентів з інвалідністю:

- соціально-комунікативний компонент (взаємини з іншими студентами та викладачами);
- емоційно-вольовий компонент (емоційно-особистісне ставлення до окремих навчальних предметів, навчання в цілому, викладачів);
- когнітивний компонент (успішність у навчанні, достатній рівень пізнавальних здібностей студентів);
- психофізіологічний компонент (соматичний статус студентів).

Виділені структурні компоненти дозволили простежити соціально-психологічні особливості адаптації студентів з інвалідністю.

Критеріями виділених компонентів адаптації виступили:

- 1) соціально-комунікативний – розвиток комунікативних навичок студентів з інвалідністю;
- 2) емоційно-вольової (психоемоційний стан студентів з інвалідністю);
- 3) когнітивний – розвиток пізнавальних функцій студентів з інвалідністю;
- 4) психофізіологічний – соматичний статус студентів з інвалідністю.

Аналіз супроводу студентів з інвалідністю показує, що завдання їхнього психологічного супроводу залежать від етапу навчання і пов'язані, перш за все, з наданням діагностичної та консультативної допомоги як на початковому етапі навчання, так і в період випуску. Проте, такий зміст соціально-психологічного супроводу буде оптимальним для студентів, які не мають проблем на фізичному і психічному рівні.

Специфіка психологічного супроводу студентів з інвалідністю полягає в створенні таких умов, які сприятимуть підтриманню психологічного здоров'я і гармонізації емоційного стану, успішному оволодінню знаннями і професійними навичками, розвитку у студентів навичок спілкування.

Соціально-психологічний супровід студентів з інвалідністю має носити комплексний і безперервний характер і починатися до моменту надходження в освітню організацію. Це обумовлено багатьма причинами, головними серед яких є^[3]:

1. Обмеженість у виборі спеціальності. Студенти з інвалідністю, вибираючи професію і вищий навчальний заклад, найчастіше спираються не на особисті переваги, а на об'єктивні можливості. Це може привести до того, що випускник, виходячи із зазначених принципів, зіткнеться з труднощами в

професійній самореалізації, що поставить під загрозу його професійну адаптацію і соціалізацію в цілому.

2. Психофізіологічні особливості. Студенти з обмеженнями життєдіяльності мають цілий спектр порушень, що ускладнюють процес адаптації. Так, наприклад, пасивний характер пристосування до нової соціальної ситуації гальмує розвиток особистості.

3. Ставлення однокурсників і викладачів. Найчастіше суспільство виявляється не готовим до сприйняття нетиповості як такої.

З огляду на це, психологічний супровід студентів з інвалідністю в довузівський період і у процесі навчання в вузі має включати в себе ряд заходів, спрямованих на забезпечення їхньої успішної адаптації і соціалізації.

Етап вибору (вступ до ВУЗу)

1. Профорієнтація абітурієнтів в залежності від нозології, здібностей, нахилів, інтересів.

2. Формування навичок соціально-психологічної адаптації.

3. Розвиток комунікативних умінь.

4. Формування готовності до навчання в інтегрованих групах і вузівського життя засобами тренінгу.

Етап первинної адаптації (1 курс)

1. Діагностика готовності до навчально-пізнавальної діяльності, мотивів навчання, ціннісних орієнтацій, соціально-психологічних установок.

2. Діагностика адаптаційних здібностей.

3. Допомога в розвитку навчальних умінь і регуляції своєї життєдіяльності.

4. Проведення соціально-психологічних тренінгів для успішної адаптації, розвитку комунікативних навичок.

5. Навчання прийомам саморегуляції.

6. Психологічна підтримка в подоланні труднощів самостійного життя і встановленні комфортних взаємин з однокурсниками і викладачами.

Етап інтенсифікації (2-3 курси)

1. Моніторинг динаміки особистісних змін.

2. Допомога у вирішенні проблем, що стосуються взаємин з однокурсниками і викладачами, особистих відносин.

3. Проведення соціально-психологічних тренінгів для розвитку асертивно, творчих навичок.

4. Корекція особистісного і професійного профілю.

Етап ідентифікації (4-6 курси)

1. Діагностика професійних здібностей.

2. Надання допомоги у професійному самовизначенні.

3. Консультування на етапі випуску з навчального закладу і входження в професійну діяльність.

Наукова і практична актуальність проблеми адаптації полягає в тому, що сучасне суспільство зацікавлене зберегти і поліпшити фізичне і психічне здоров'я людини, підвищити її інтелектуальний потенціал. Тому вивчення механізмів і закономірностей адаптації людини в різноманітних виробничих і соціальних умовах на різних рівнях набуває в даний час фундаментальне значення.

Список використаної літератури

1. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості: навч. посібник. Харків: Фоліо, 1996. 237 с.

2. Бурменская Г. В. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учеб. пособие для студентов вузов // Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова и др. М. : Academia, 2002. 416 с.

3. Василюк Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций Москва : МГУ, 1984.

Дмитро Леоценко,
доцент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін
Хортицької національної навчально-реабілітаційної
академії, кандидат філософських наук,
м. Запоріжжя, Україна

ЕТИЧНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Будь-яка робота не може бути успішною і визнаною як професійна без коректної побудови етичного аспекту складних і багатовимірних, а іноді й проблемних відносин, в які неминуче вступає суб'єкт у процесі її виконання. Фактично професійна етика фахівця у галузі корекційно-реабілітаційної роботи – це реалізація їм у своїй діяльності специфічних моральних вимог і норм поведінки як у взаєминах з колегами, так і з особами, що звертаються за допомогою. слід чітко осмислювати роль професійного спеціаліста у галузі відновлення здоров'я для відповідального і творчого виконання ним своїх оздоровлювальних задач.

Ще у 2015 році як факт констатувалося, що «професійна етика фізичного реабілітолога, об'єднуючого у собі і педагога, і медика, і спеціаліста у галузі фізичного виховання, поки ще знаходиться у стадії вироблення» [2, 145]. На сьогоднішній день, на жаль, навряд чи можна стверджувати наявність якісних зрушень у даному питанні, хоча вже існують у завершеному вигляді або знаходяться на стадії розробки цілий ряд етичних кодексів, які містять обов'язкові загальні положення. Це, перш за все, принцип *професійної компетентності*, який означає, що фахівець може надавати лише ті послуги, в яких він має необхідну кваліфікацію та освіту. В більшості етичних кодексів принцип компетентності не тільки декларується, але й досить докладно описуються конкретні вимоги до змісту і меж цього поняття, виходячи з того, що фахівець повинен мати не тільки відповідну теоретичну підготовку, а й обов'язковий досвід практичної роботи. Крім того, професія реабілітолога, яка не терпить застою в знаннях, зобов'язує майбутнього фахівця систематично вдосконалювати свою професійну майстерність, займаючися самоосвітою та самовихованням. Показовими є те, що за результатами соціологічних досліджень 97 % опитуваних позначили професіоналізм серед основних якостей, що мають бути притаманні реабілітологу поруч із такими, як цілеспрямованість, чуйність, щирість, толерантність, чесність, відповідальність та почуття обов'язку [1, 90]. І це не дивно, оскільки у галузі відновлення здоров'я як ніде інде саме професійність спеціаліста є визначальною для відповідального і творчого виконання ним своїх оздоровлювальних задач.

Інший загальноприйнятий етичний принцип – це принцип *поваги особистості* пацієнта. Він означає, що реабілітолог може працювати з пацієнтом тільки в разі інформованої і добровільної згоди останнього, а у їхніх відносинах неприпустимі будь-які форми дискримінації або експлуатації.

Принцип *ненанесення шкоди* пацієнтові вимагає від реабілітолога такої організації своєї діяльності, щоб ні її процес, ні результати не завдавали шкоди здоров'ю клієнта, не погіршували його психічний або фізичний стан.

Останні два принципи сприйняті з медичної традиції і, незважаючи на багатовікову історію питання, лікарі та філософи і досі сперечаються про деякі їх аспекти, розмірковуючи над проблемами медичної етики та деонтології. Реабілітолог повинен добре розуміти, що в процесі взаємодії з пацієнтами можуть іноді виникати ситуації, що можуть ускладнити не тільки фізичний, але й емоційний стан останніх. Серед проблем, пов'язаних з емоційними потребами осіб, які мають фізичні та (або) психічні дефекти, можна виділити найбільш значущі, частина з яких проявляється починаючи з дитинства, а інші у процесі дорослішання. Перша проблема – вразливість, яка може бути притаманна хронічному хворому з дитячого віку. Інша проблема – дратівливість. Вона притаманна більшості пацієнтів із хронічною інвалідністю і проявляється у вербальних і невербальних формах реакції на різні події, і нерідко навіть на ті, які мають для пацієнтів позитивне значення. Таким чином, одна з перших завдань реабілітолога – допомогти пацієнтові відмовитися від такої підвищеної емоційної реактивності і дратівливості. Отже, крім усього іншого, реабілітація стосується підтримки психофізіологічної рівноваги.

Особливе значення має в діяльності реабілітолога принцип *конфіденційності*. Ідея конфіденційності у наданні медичної допомоги сягає далекого минулого, письмові згадки про неї з'явилися, навіть, раніше від клятви Гіппократа. Конфіденційність – це практика утримання у певних межах інформації, яка може пошкодити пацієнтові, або поставити його у ніякове або незручне становище. Ідея секретності стосовно інформації, яка отримана фахівцем-реабілітологом від пацієнта, не є кінцевим результатом, скоріше це інструмент, який служить встановленню довіри. Але найбільша цінність, яку отримуємо як від збереження конфіденційності, так і від наступного встановлення довіри – це збереження людської гідності.

Всі зазначені етичні принципи цілком відповідають тим парадигмам, що пропонуються сьогодні фахівцями для розуміння природи професійної етики [3, 24]:

- парадигма етики відповідальності – на відміну від етики переконання;
- парадигма консеквенціональної етики (теорії, у якій моральне значення дії встановлюється у залежності від наслідків, до яких вона призведе);
- парадигма конвенціональної (договірної) етики.

Процес осмислення конкретного змісту етичних норм і принципів, безумовно, вимагає акцентування на етичній проблематиці й при визначенні принципів педагогічної роботи. Сьогодні одним із важливих є питання про те, наскільки оптимально організовано навчання етиці майбутніх фахівців, що спеціалізуються в корекційно-реабілітаційній галузі. Очевидно, що фахівець-реабілітолог у ході професійної підготовки повинен бути спеціально навчений і, більш того, відповідним чином вихований, щоб бути у вищій мірі здатним усвідомлювати етичні аспекти будь-якого з варіантів своєї взаємодії з пацієнтом. Необхідність цього зумовлюється тим, що ефективно та цілеспрямовано управляти можна тільки тим, що є добре усвідомленим.

Список використаних джерел

1. Гомонюк О. Педагогічні умови формування професійно значущих якостей у майбутніх реабілітологів. *Наук. вісн. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Педагогічні науки : наук. журн.* 2014. № 8 (285). С. 87–91.
2. Городинський С. І. Відповідність етичних та моральних вимоги професії фізичного реабілітолога до положень Болонської декларації. *Молодий вчений.* 2015. № 11 (26). Частина 3. С. 144–146.
3. Д'яченко Т. В. Етичні та моральні вимоги до професії фізичного реабілітолога та реалізація положень Болонської декларації. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*: наук. монографія / за ред. проф. Єрмакова С.С. Харків: ХДАДМ (ХХПІ). 2006. С.23–27.

УДК: 376.011.3-051

Наталія Никоненко,
кандидат педагогічних наук, доцент,
м. Дніпро, Україна

ДО ПИТАННЯ ПРО ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБОВ'ЯЗКИ ДИРЕКТОРІВ СПЕЦІАЛЬНИХ ТА ІНКЛЮЗИВНИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ

Сьогодення вимагає якісно нового підходу до навчання осіб із особливими освітніми потребами (ООП), що передбачає кардинальну зміну ставлення всього суспільства та всіх суб'єктів освітнього процесу до проблем учнів із ООП у бік недискримінації, неупереджених процедур ідентифікації, розробки новітніх програм корекції, реабілітації та соціалізації осіб із обмеженнями життєдіяльності, стратегій планування життя та механізмів переходу на наступний його етап.

Дослідження у галузі спеціальної освіти переважно розв'язують питання навчання та виховання учнів із ООП. Проте необхідно зауважити, що більша частина зазначених вище проблем вирішується на

рівні закладів освіти, у яких такі учні навчаються. Саме там відбувається організація навчальної, методичної, виховної, корекційної та реабілітаційної роботи із учнями, результатом якої має стати їхня успішна соціалізація.

Оскільки керують названими вище процесами директори спеціальних та інклюзивних закладів освіти, вважаємо за необхідне детальніше вивчити досвід США, де питання організації діяльності директорів закладів освіти достатньо вивчено, та запозичити позитивний досвід у вітчизняній освітній практиці.

Статтю 504 «Закону про реабілітацію» (1973, згодом – «Закон про американців із обмеженнями життєдіяльності» (1990, 2009)) [2] часто називають першим «законом про права для осіб із інвалідністю», оскільки вона унеможливила дискримінацію на підставі психофізичних порушень та започаткувала еру універсального дизайну. За три роки Конгрес ухвалив рішення про знесення архітектурних бар'єрів в усіх громадських установах. Подібні тенденції запроваджувалися не лише в архітектурі, але й в освіті. Згідно із Статтею 504 цього закону, учні із особливими освітніми потребами повинні отримувати належні освітні послуги, покликані відповідати індивідуальним потребам таких учнів до тієї міри, якою вони відповідають потребам учнів без обмежень життєдіяльності. Відповідна освіта для учнів із обмеженнями життєдіяльності за Статею 504 зазначеного закону може складатися із навчання у загальній класній кімнаті, навчання у загальному класі із супутніми послугами, та/або спеціальну освіту із супутніми послугами. В умовах інклюзивного навчання особливі вимоги постають не лише перед вчителями спеціальної освіти, асистентами вчителів та вихователями, вчителями загальної освіти, але й перед директорами американських шкіл, визначених фахівцями Ради з питань особливих дітей [1]:

1. Директор несе відповідальність за навчання і виховання всіх учнів школи незалежно від їхніх потреб чи особливостей, соціального або матеріального стану, походження, віросповідання, статі або інших чинників. Державна політика у галузі спеціальної освіти реалізується на практиці у кожному із спеціальних та інклюзивних закладів освіти. Саме тому принципово необхідно усвідомлення особистої відповідальності очільника закладу за належну організацію та проведення навчального процесу. Його результатом стане підвищення індивідуального рівня оволодіння знаннями та навичками кожного учня незалежно від наявності негативних чинників, зокрема зазначених в індивідуальній програмі розвитку для учнів із ООП.

Така особиста відповідальність за результати кожного учня мотивує керівника організовувати процес навчання максимально ефективно, спілкуватися та пізнавати учнів закладу, вивчати їхні особисті справи, підбирати педагогічний, медичний та допоміжний персонал, що здійснює супутні реабілітаційні послуги, у відповідності до потреб учнів закладу.

2. Директор повинен розуміти теорію та практику спеціальної освіти. На жаль, переважна більшість освітян не розуміють медичних, психологічних та методичних особливостей роботи із учнями із обмеженнями життєдіяльності, не знають про специфіку кожного із порушень ані з підручників, ані практично. Така ситуація характерна не лише для України, але й для більшості країн світу, серед яких США. В американській системі освіти зазначена вимога спонукає директорів закладів або потенційних кандидатів на таку посаду підвищувати власну кваліфікацію у галузі спеціальної освіти, здобувати нові професійні знання та навички та впроваджувати їх у практичній діяльності закладу освіти.

3. Директор повинен переконатися, що всі педагогічні працівники знають, що необхідно для надання послуг спеціальної освіти. Саме тому він повинен підібрати такий педагогічний персонал (як спеціальної, так і загальної освіти, заступників, асистентів вчителів та вихователів), який міг би не лише викладати зміст дисципліни за програмою, але й підлаштовувати її під потреби учнів із особливими освітніми потребами. Не менш важливо, щоб педагоги налагодити професійну співпрацю між собою, з адміністрацією та батьками.

4. Директор повинен стати методичним лідером закладу, перевіряти, чи всі педагоги правильно впроваджують послуги для учнів із порушеннями психофізичного розвитку. Директор повинен розуміти принципову різницю між вчителями спеціальної освіти та загальної. Вчителі загальної освіти передусім оцінюють академічні досягнення учнів, тому головною метою оцінки є визначення мінімального рівня компетенції, на основі якого організується навчальний процес. Вчителі спеціальної освіти здійснюють контроль та моніторинг, метою яких є допомога вчителям вирости у своїх ролях, які

базуються на індивідуальній взаємодії у колективному освітньому середовищі. Вчителі спеціальної освіти використовують інші методики викладання, виховання та оцінки учнів, ніж вчителі загальної освіти. Саме тому критерії до оцінювання їхньої роботи та принципи відбору їх для працевлаштування у закладі повинні відрізнятися і дотримуватися директором закладу [1, 131].

5. Директор повинен очолити процес збору та систематизації даних. Американське законодавство суворо регламентує процес збору та обробки персональних даних всіх громадян США, зокрема суб'єктів освітнього процесу. У 1974 р. ухвалюється закон «Про права та приватність родини в освіті» ("The Family Education Rights and Privacy Act") [3], який встановив вимоги, створені для захисту особистої інформації батьків та учнів. Закон вимагає відділи освіти надати доступ батьків до оцінок навчальних досягнень їхніх дітей, можливість вимагати виправлення оцінки, якщо батьки вважають її невідповідною; із певними обмеженнями отримати письмовий дозвіл батьків перед розголошенням інформації, що стосується навчальних досягнень учня/студента.

6. Директор повинен переконатися, що всі педагогічні працівники можуть ідентифікувати учнів із порушеннями розвитку. Це доволі важко зробити, оскільки, як раніше зазначалося, вчителі загальної освіти не мають необхідної теоретичної та практичної підготовки для роботи із дітьми з ООП.

7. Директор повинен знати всіх учнів закладу та має бути готовий говорити про них із їхніми батьками, опікунами, вчителями, лікарями, психологами, юристами, допоміжним персоналом, представниками відділів освіти штату та іншими зацікавленими особами.

8. Директор повинен бути підготовлений для ведення зборів, присвячених послугам учням із особливими освітніми потребами. Директор може бути членом робочих груп із укладання індивідуалізованих навчальних планів разом із представниками місцевого відділу освіти для затвердження фінансування освітнього процесу кожного учня з ООП.

9. Директор повинен знати, як запобігати порушенням дисципліни у закладі. Відповідно до «Закону про освіту всіх дітей із інвалідністю» («Education for All Handicapped Children Act») [4], ухваленого 1975 року та оновленого востаннє у 2006 році, школи не обмежені у праві дисциплінування всіх своїх учнів, зокрема учнів із ООП. Навпаки, якщо директор не застосовує серйозних заходів для нормалізації поведінки учня з ООП, його можуть звинуватити у відмові забезпечити адекватне навчання такого учня. Директор та персонал закладу освіти повинні дотримуватися процедур обмеження та усамітнення, які забезпечують гідність та безпеку учнів.

10. Директор повинен налагодити ефективну взаємодію між персоналом закладу освіти. Водночас вчителі спеціальної освіти покладають великі надії на адміністрацію закладу у питаннях підтримки їхніх ініціатив у взаємодії із учнями з ООП, їхніми батьками та вчителями загальної освіти та підвищенні рівня професійної кваліфікації шляхом відвідувань фахових курсів, тренінгів та конференцій, присвячених питанням спеціальної освіти. Підтримка та пряма взаємодія вчителів із директором закладу сприятиме не лише налагодженню позитивного психологічного клімату серед всіх учасників освітнього процесу певного закладу, але й покращенню успішності учнів із ООП.

Діючі норми антидискримінуючого американського законодавства з питань освіти, лікування та їхнє фінансування осіб із ООП вперше ухвалені понад сорок років тому. З того часу названі та низка інших законів переглядалися та оновлювалися, тому американська система освіти має новий для нас досвід організації спеціальної освіти, який необхідно враховувати на етапі реформування вітчизняної системи освіти.

Список використаних джерел

1. Bateman, David F. A Principal's Guide to Special Education / by David F. Bateman and C. Fred Bateman. Council for Exceptional Children, 2014. Third Edition. 199 p. P.4.
2. Public Law 93-112 (1973) Vocational Rehabilitation Act. Sections 504 URL : <https://legcounsel.house.gov/Comps/RehabilitationActOf1973>.
3. Public Law 93-380 (1974) The Family Education Rights and Privacy Act // (FERPA) . <https://www.govinfo.gov/pkg/STATUTE-88/pdf/STATUTE-88-Pg484>.
4. Public Law 94-142 (2006) The Individuals with Disabilities Education Act // (IDEA). <https://www.govinfo.gov/PLAW-108publ446>.

УДК 378.011.3 – 051:376 – 056.24 – 056.313 (045)

Галина Пономарьова,
доктор педагогічних наук, професор,
Олена Проскурняк,
доктор психологічних наук, доцент,
м. Харків, Україна

**ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ
ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ З ДИТЯЧИМ ЦЕРБАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ТА ПОРУШЕННЯМИ
ІНТЕЛЕКТУ (КОМБІНОВАНИМИ ПОРУШЕННЯМИ)**

Трансформаційні зміни у системі навчання й виховання дітей з особливими освітніми потребами, впровадження інклюзивної освіти, а також збільшення кількості дітей зі складними, комбінованими порушеннями потребують від закладів вищої освіти постійного вдосконалення підготовки майбутніх фахівців зі спеціальної освіти.

Різним аспектам проблеми підготовки майбутніх дефектологів до професійної діяльності приділяли увагу Т. Волкова, О. Мартинчук, С. Миронова, Н. Пахомова, Л. Прядко, Ю. Пінчук, Л. Руденко, А. Савоста, В. Синьов, І. Федоренко, Д. Шульженко та інші дослідники. Водночас, констатуємо брак досліджень особливостей підготовки студентів, які навчаються за освітньо-професійною програмою «Спеціальна освіта» до роботи з дітьми з комбінованими порушеннями.

Метою наукової розвідки є вивчення досвіду підготовки студентів до роботи з дітьми з порушеннями інтелекту та ДЦП у системі спеціальної освіти Харківської області.

Зазначимо, що КЗ «Харківська гуманітарно-педагогічна академія» ХОР здійснює підготовку бакалаврів зі спеціальної освіти з 2012 року, магістрів з 2016 року за нозологією «Олігофренопедагогіка. Логопедія». При складанні навчальних планів та розробці освітнього контексту було враховано статистику Департаменту науки і освіти Харківської державної адміністрації щодо щорічного збільшення кількості дітей зі складними порушеннями, зокрема з порушеннями інтелекту і ДЦП, та поставлені завдання у роботі з теми вдосконалення процесу підготовки студентів для роботи з дітьми з означеними порушеннями у навчальні плани введені такі дисципліни «Клінічні основи РВД, ЗПР, РДА, ДЦП», «Корекційно-розвивальна робота з дітьми з комбінованими порушеннями», «Управління корекційно-реабілітаційною діяльністю», «Діагностика атипового розвитку», «Соціально-правовий захист осіб з особливими освітніми потребами», «Система раннього втручання», «Логопедичні технології», «Спеціальні методики навчання й виховання», «Психолого-педагогічне консультування осіб з особливими освітніми потребами та їхніх сімей» та ін.. Вивчення кожної з означених дисциплін мають за мету формування у студентів різноаспектних компетенцій, й, насамперед, зорієнтовані на корекційно-розвивальну роботу, яка передбачена освітньо-професійною програмою 016 Спеціальна освіта, за якою здійснюється підготовка студентів в академії. Разом з тим, викладачі, що задіяні в реалізації освітньо-професійної програми фахівців зі спеціальної освіти, беруть до уваги, що у практичній діяльності майбутні дефектологи частіше стикатимуться зі складними порушеннями, зокрема, працюватимуть із дітьми, у яких ДЦП з порушеннями інтелекту. Зважаючи на це, професорсько-викладацький склад випускової кафедри корекційної освіти та спеціальної психології у різних темах означених курсів значну увагу приділяє вивченню студентами особливостей корекційно-розвивальної роботи із зазначеними нозологіями.

Оскільки ефективність роботи корекційного педагога детермінується, з одного боку, професійним застосуванням знань, умінь та навичок у корекційній праці з дітьми з особливостями психофізичного розвитку, а з іншого, – системною організацією індивідуального стилю діяльності та спілкування, гіпотетично вона встановлює залежність результату індивідуальної корекційної роботи від індивідуальних якостей фахівця. Інакше кажучи, не кожен професійний вчитель-дефектолог, навіть якщо він має достатній або високий рівень професійних знань та вмінь, матиме достатньо розвинуті індивідуально-психологічні якості, необхідні для здійснення успішної професійної діяльності з дітьми із психофізичними особливостями.

Забезпечення врахування особливостей підготовки студентів здійснюється на теоретичних заняттях, при проведенні практичних занять, виробничої практики та у позааудиторній роботі.

Так, при розробці навчально-методичних комплексів професорсько- викладацький склад кафедри спирається на розробки провідних українських дефектологів : В. Бондаря, І. Дмитрієвої, А. Колупаєвої, С. Миронової, Н. Пахомової, В. Синьова, А. Шевцова, М. Шеремет та ін.

Зокрема, висновки А.Шевцова про множинність цілей системи комплексного реабілітування, кожна з котрих є самостійним реабілітаційним концептом: 1) відновлення та корекція здоров'я (фізичного, соціального, психічного); 2) соціалізація; 3) соціальна інтеграція; 4) соціальна адаптація; 5) підвищення якості життя; 6) формування стилю незалежного життя; 7) формування способу діяльності за типом «повноцінно функціонуюча людина» [2].

Важливо, що зазначені концепти є головними направляючими реабілітаційної діяльності та створюють її аксіологічну систему [2]. Реалізація означених цілей здійснюється психолого-педагогічними методами та засобами, що передбачається в системі підготовки студентів за освітньо-професійною програмою «Спеціальна освіта».

При розробці змісту навчальних курсів і відборі теоретичного матеріалу викладачі дотримуються вимог загальноприйнятих дидактичних принципів.

Принцип науковості реалізується відображенням у змісті курсів провідних ідей корекційної педагогіки, основних напрямів і результатів сучасних досліджень у цій галузі.

Принцип системності реалізується у послідовному і логічному висвітленні різних аспектів теорії і методики спеціальних дисциплін, а також правових засад загальної та професійної освіти осіб із порушеннями психофізичного розвитку.

Принцип професійної спрямованості реалізується шляхом розкриття у змісті підготовки майбутніх дефектологів особливостей розвитку і потенційних можливостей осіб із порушеннями психофізичного розвитку дитячого та підліткового віку, які й становлять контингент, з яким працюватимуть студенти на практиці.

Принцип наступності передбачає опору на знання, одержані студентами під час вивчення курсів «Вступ до спеціальності «Спеціальна освіта», «Дошкільна олігофренопедагогіка з методиками навчання й виховання», «Спеціальні методики навчання», «Клінічні основи РВД, ЗПР, РДА, ДЦП», «Корекційно-розвивальна робота з дітьми з комбінованими порушеннями», «Діагностика атипового розвитку», «Соціально-правовий захист осіб з особливими освітніми потребами», «Система раннього втручання», «Управління корекційно-реабілітаційною діяльністю».

Принцип усебічного розвитку особистості передбачає розвиток у студентів таких важливих професійних рис і якостей корекційного педагога, як: доброзичливість, тактовність і коректність, толерантне ставлення до дітей з особливими освітніми потребами, стриманість, відповідальність за результати своєї діяльності, терпіння, здатність до емпатії, повага та любов, й, водночас, вимогливість до вихованців, віра в успіх своєї професійної діяльності, професійна чесність та порядність.

Для студентів спеціальної освіти функціонують науковий гурток «Корекційний педагог», на засіданнях якого студенти готують наукові роботи на актуальні теми спеціальної та інклюзивної освіти, розробляють наукові проекти, вивчають інноваційні технології у своїй галузі, закордонний досвід навчання й виховання дітей із психофізичними порушеннями під керівництвом досвідчених викладачів. Функціонує дискусійний клуб «Особлива дитина: альтернативний розвиток, де студенти переглядають ролики, аналізують репортажі про дітей з особливостями психофізичного розвитку, комплексними порушеннями, складності їхньої соціалізації, адаптації, соціальної інтеграції, обговорюють альтернативні шляхи допомоги, розробляють алгоритми подолання кризових ситуацій тощо.

Особлива увага при підготовці студентів, які навчаються в академії за освітньо-професійною програмою «Спеціальна освіта», приділяється відпрацюванню набутих знань та умінь на практиці.

Практика й досвід переконують, що в основі підготовки сучасного корекційного педагога лежить уміння постійно вдосконалювати свої професійні знання, саморозвиватися. Особистісно-діяльнісний підхід, який ми реалізуємо, зумовлює розвиток професійної компетентності студента і його особистості в цілому.

Формування потреби студента підвищувати свій професійний рівень й усвідомлено управляти розвитком своєї особистості реалізується у процесі такої педагогічної практики, метою якої є створення

оптимальних умов для самореалізації, самовдосконалення, безперервної самоосвіти майбутнього корекційного педагога. Реалізація цілей і завдань практики передбачає також інтегрований підхід до визначення й розробки різних видів діяльності, спрямованих на формування ключових, базових і спеціальних компетенцій випускників [1].

Для студентів розроблена наскрізна програма практики. Зокрема, з першого курсу навчальними планом передбачена пропедевтична і волонтерська практики, на старших курсах – практика у спеціальних закладах освіти (дефектологічна), логопедична практика. З 2019 року впроваджено практику в інклюзивних закладах освіти.

При організації практики акцентується увага саме на роботі з дітьми з комбінованими порушеннями, особливо на порушеннях інтелекту та ДЦП. Відтак, студенти відвідують Харківський навчально-виховний комплекс №8, де навчаються діти з порушеннями опорно-рухового апарату, проходять практику у класах, де навчаються діти з інтелектуальними порушеннями та ДЦП.

У процесі проведення уроків та виховних заходів із дітьми з порушеннями інтелекту та ДЦП студенти вчаться вирішувати різні педагогічні проблеми, опановують систему спеціальних професійно-педагогічних умінь, які є базою для оволодіння основами професії.

Аналіз результатів дослідження засвідчує, що у 80% студентів виробляються навички складання планів-конспектів занять і уроків, уміння чітко формулювати тему, мету, визначити програмний зміст, зокрема співвідношення освітніх, корекційних і виховних завдань; дотримуватися логічної послідовності структурних компонентів заняття і уроку; уміння добирати необхідний мовленнєвий матеріал; методично грамотно використовувати наочний і дидактичний матеріал; застосовувати спеціальні методи і прийоми навчання дітей з порушеннями мови. Зазначені висновки підтверджуються студентами під час проведенням відкритих занять.

Зазначимо, що колектив Харківської гуманітарно-педагогічної академії постійно працює над оптимізацією організації навчання студентів, зокрема тих, що навчаються за освітньо-професійною програмою «Спеціальна освіта». Перспективними напрямками освітньої і наукової вбачаємо введення у навчальний план вибірових дисциплін з реабілітології, анімалотерапії, ерготерапії, інноваційних технологій реабілітації осіб зі складними порушеннями.

Список використаної літератури

1. Матринчук О. В. Компетентностный подход к профессиональной подготовке учителей-дефектологов для обеспечения образовательной интеграции детей с нарушениями психофизического развития. *Научовий часопис НДПУ імені М. П. Драгоманова*. Сер. 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: зб.наук.пр. Київ, 2013. С.153 – 158.
2. Шевцов А. Г. Освітні основи системи реабілітування осіб з обмеженнями життєдіяльності: автореф. дис... д-ра пед..наук: 13.00.03. Київ, 2010. 47 с.

УДК 378.04:376 – 056.29

Інна Стасюк,

аспірант, викладач кафедри ортопедагогіки,
ортопсихології та реабілітології факультету спеціальної
та інклюзивної освіти НПУ імені М. П. Драгоманова,
м. Київ, Україна

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ СТВОРЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА ДЛЯ МОЛОДІ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

У зарубіжній та вітчизняній педагогічній практиці можна спостерігати багато різноманітних концепцій, технологій та методик у сфері інклюзивного навчання осіб із вадами здоров'я, зокрема в умовах закладів вищої освіти. В цій доповіді ми опишемо деякі концепції та організаційні, психолого-

педагогічні технології, які можуть розкрити різні підходи до розв'язання проблеми навчання студентів з інвалідністю в інтегрованому, інклюзивному освітньому середовищі.

Основними протиріччями, які виникають у процесі навчання у студентів з особливими освітніми потребами, є протиріччя між суб'єктом, що пізнає та пізнанням об'єктом, між теорією та практикою. Тому у таких студентів вагому роль, паралельно з навчанням, відіграє процес реабілітації, який дає змогу (покращує, підсилює) засвоєння навчального матеріалу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Концепції особистісно орієнтованого багатофакторного корекційно-реабілітаційного освітнього простору професора А. Г. Шевцова дозволяють будувати ефективну систему комплексного освітньо-реабілітаційного супроводу у вишах студентів з особливими освітніми потребами будь-яких нозологій [4]. У своїх дослідженнях щодо системного конструювання психологічної структури особистості людини з обмеженнями функцій життєдіяльності з метою професійного навчання А. Г. Шевцов використовує евристичну схему синтезу багатовимірних структур особистості С. Л. Рубінштейна, О. М. Леонтьєва, Ф. Лерша, К. К. Платонова, Г. С. Костюка, В. М. Моргуна, Ю. Козелецького, запропоновану вітчизняним психологом В. В. Рибалкою [5].

Найбільше нам імпонує запропонована професором А. Г. Шевцовим чотиривимірною структура особистості, яку він створив шляхом комбінації тривимірної психологічної структури особистості В. В. Рибалки зі структурою дефекту розвитку людини згідно з відповідною нозологічною диференціацією. Тож А. Г. Шевцов удосконалив тривимірну дедуктивну схему, внаслідок чого утворилась специфічна топологія та нові елементи реабілітаційного простору для дорослого з інвалідністю.

Автор створив додатковий вимір моделі, який назвав «нозологічним» (або: «Н-вимір»). Даний вимір дає змогу в залежності від структури дефекту, типу захворювання, вміщувати в себе такі елементи як первинний дефект та дефект n-порядку. Лінія первинного дефекту може множитися і набувати два, три підвимири відповідно до наявності вторинного чи третинного дефекту.

Унікальність даної чотиривимірної структури особистості полягає в нозологічному вимірі, тому що цей вимір, крім дефектів розвитку або характеристик посттравматичних особистісних розладів, може містити і специфічні освітні потреби, які можна враховувати при спеціальній організації освітнього середовища, побудові топології освітнього простору навчального закладу.

К. О. Кольченко, Г. Ф. Нікуліна, О. Бажан вважають, що особливість навчання студентів з інвалідністю в інклюзивному освітньому середовищі полягає у тому, що в інтегрованій групі не можна «уповільнювати темпи лекції, зменшувати кількість пар і їхню тривалість, спрощувати чи скорочувати обсяг навчального матеріалу тощо, оскільки це знижує якість фахової підготовки» [2]. Тож задовольнити особливі освітні потреби, компенсувати функціональні обмеження, що впливають на процес навчання таких студентів з інвалідністю, можна тільки шляхом упровадження системи супроводу їх навчання.

І насамперед це має бути спеціалізований технічний супровід навчання, з відповідним забезпеченням студентів адаптивними технічними засобами та спеціальними інформаційними технологіями навчання. Автори визначають такі основні напрями технічного супроводу, як: 1) забезпечення студентів адаптивними технічними засобами навчання; 2) упровадження спеціальних технологій навчання; 3) упровадження індивідуального (тьюторського) супроводу студентів з інвалідністю при користуванні технічними засобами навчання та офісною технікою [2].

К. В. Польгун вважає, що взаємини між викладачем та студентом суттєво впливають на результативність навчального процесу і рівень навчальних досягнень. Він зазначає, що «ознаками оптимального спілкування між викладачем та студентом є усвідомлення значущості, рівності та цінності кожного учасника комунікативного процесу, наявність зворотного зв'язку у спілкуванні, тактовність, толерантність тощо» [3]. Тож доцільним під час навчально-психологічного супроводу студентів з інвалідністю також було б залучення їх до групових форм роботи.

М. Р. Ключа, Н. І. Гітун акцент у супроводі студентів з особливими освітніми потребами роблять на соціально-педагогічній роботі, яка має бути спрямована на допомогу студентам у засвоєнні навчального матеріалу та опановуванні професійних та практичних навичок [1].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Психологічна реабілітація студентів з обмеженнями життєдіяльності має ґрунтуватися «на результатах діагностики психологічних якостей, здібностей та інтересів і передбачає вирішення кола виявлених психологічних проблем: формування

високого рівня самооцінки, емоційної стійкості, удосконалення комунікативних навичок шляхом проведення психологічних тренінгів та консультацій, провідна ідея яких – досягнення відчуття психологічного комфорту у студентів із вадами здоров'я шляхом створення сприятливої емоційної атмосфери в колективі». Автори визначають такі напрями реалізації реабілітаційного супроводу навчання: «Організація навчального процесу, що відповідає функціональним можливостям студентів; організація психологічної підтримки учасникам навчального процесу; організація соціальної допомоги; організація медико-реабілітаційної допомоги».

Список використаних джерел

1. Клюха М.Р., Гітун Н.І. Особливості навчання студентів з особливими потребами в інтегрованих групах // Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світлі реалізації конвенції ООН про права інвалідів: Тези доповідей.- К.: Університет «Україна», 2015.- 553 с. – С.207
2. Кольченко К. О., Нікуліна Г. Ф., Бажан О. В. Технічний супровід навчання студентів з інвалідністю в інтегрованому освітньому середовищі // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наукових праць. – К.: Університет «Україна», 2004.- 448 с.- С.28
3. Польшун К. В. Психологічні чинники в організації інклюзивного навчання студентів з обмеженими фізичними можливостями // Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світлі реалізації конвенції ООН про права інвалідів: Тези доповідей.- К.: Університет «Україна», 2014.- 463 с. – С.160
4. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : [монографія] / Андрій Гаррійович Шевцов. – К. : МП Леся, 2009. – 484 с. Бібліогр. : С. 461–481
5. Шевцов А. Г. Особистісно центрована концепція формування реабілітаційного простору професійної освіти / А. Г. Шевцов // зб. наук. праць Кам'янець-Подільського держ. ун-ту : Серія соц.-пед. – Кам'янець-Подільський : ПП Мошинський В.С., 2007. – вип. VII.– С. 94 – 103.

УДК : 378:37.013.42:364-57

Ольга Сташук,
викладач кафедри соціальної роботи,
Хортицька національна академія,
м. Запоріжжя, Україна

ПРОБЛЕМА ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ІЗ РАННЬОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Вітчизняний та зарубіжний досвід раннього втручання актуалізує проблему забезпечення закладів, що надають послуги ранньої соціальної реабілітації, кваліфікованими фахівцями із соціальної реабілітації. Зокрема, науково-методичні рефлексії якості надання послуг раннього втручання фахівців США, Німеччини, Данії та інших країн виявили чітку залежність між якістю послуг із соціальної реабілітації (абілітації) та рівнем підготовки фахівця, який безпосередньо надає ці послуги. Окреслена ситуація провокується, з одного боку, суб'єктивністю та індивідуалізованістю змісту послуг, відсутністю чіткого унормування критеріїв їхньої якості та, з іншого боку, невідповідністю змісту фахової підготовки, зокрема соціальних педагогів, специфіці системи раннього втручання.

Нагальність порушеної проблеми зумовила наукову дискусію українських вчених щодо змісту, організаційних форм та методичного забезпечення системи підготовки майбутніх соціальних педагогів до взаємодії із дітьми раннього (також дошкільного) віку з особливими потребами та роботи в системі раннього втручання. Представимо деякі позиції. Так, Н. Олексюк зазначає, що основним напрямком розбудови системи професійної підготовки фахівців соціальної реабілітації до роботи з дітьми з інвалідністю є налагодження взаємодії вищих навчальних закладів із закладами, організаціями, установами, службами, які безпосередньо працюють з цією категорією дітей. При чому роль навчальних практик та волонтерської роботи є визначальною та ключовою [3]. Ю. Колодійчук, розробляючи питання

професійної підготовки майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з особливими потребами, відмічає, що одну з важливих ролей відіграє збалансований комплекс методів, засобів і форм навчання у закладі вищої освіти. На думку авторки, найбільш вдалим методом навчання є контекстне, ігрове навчання та супервізія; засобами навчання – аналіз відеосюжетів, професійно-зорієнтовані завдання, структуровані вправи; формами навчання – виробнича та переддипломна практика, волонтерська діяльність, а також лекційні та практичні заняття [1]. Н. Чернуха вбачає потребу в запровадженні у процес професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів сегментів соціальної інклюзії. Серед вдалим шляхів автор визначає: співпрацю із суб'єктами соціально-педагогічної діяльності, міжнародні проекти, практико-зорієнтовані соціальні проекти, оновлення начальних програм та підвищення ролі навчальних практик [7]. Питання готовності майбутнього соціального педагога до взаємодії із дітьми раннього та дошкільного віку піднімає Т. Острянюк [4]. О. Сташук аналізує можливості закладів вищої освіти щодо розгортання ними специфічних методичних систем розвитку готовності майбутніх соціальних педагогів до роботи в центрах ранньої реабілітації [6]. Н. Сайко глибоко досліджує соціально-педагогічні аспекти реабілітаційного процесу та актуалізує їх у спектрі проблематики професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів [5]. Основи організації соціальної реабілітації дітей з інвалідністю вербалізував у своїх дослідженнях А. Шевцов [8]. Розвідки А. Миронової щодо проблеми корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми раннього віку з особливими потребами дозволили їй дійти висновків про те, що, не дивлячись на загальне розуміння потреби у компетентних фахівцях з ранньої реабілітації, в Україні ця проблема залишається нерозв'язаною [2].

Про сучасний стан системи фахової підготовки майбутніх соціальних педагогів до соціальної реабілітації дітей з особливими потребами та роботи в системі раннього втручання можна робити висновки, виходячи з вимог Державного галузевого стандарту підготовки фахівця із соціальної педагогіки, його освітньо-кваліфікаційної характеристики, а також зі змісту освітньо-професійних програм, які реалізуються в освітньому процесі закладів вищої освіти. У квітні 2019 року Міністерством освіти і науки України був прийнятий стандарт вищої освіти за спеціальністю 231 «Соціальна робота» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти. Документ передбачає варіативність спеціалізацій (до числа яких відноситься «соціальна педагогіка») та освітніх програм. Цілі навчання, зазначені у цьому документі, свідчать про пріоритетність оволодіння майбутніми фахівцями здатністю розв'язувати спеціалізовані та прикладні завдання, які характеризуються комплексністю та невизначеністю умов та зорієнтовані на подальшу самоосвіту. Випускник – соціальний педагог – має виявляти розвиненість таких компетенцій, як: інтегральна (здатність вирішувати фахові завдання в невизначених умовах), загальна, а також спеціальна (наприклад: знання і розуміння сутності соціально-педагогічного напрямку соціальної роботи, здатність до виявлення, соціального інспектування вразливих категорій громадян, розуміння організації та функціонування системи соціального захисту, здатність оцінювати особливості та ресурси клієнтів, здатність надавати допомогу клієнтам із врахуванням їхніх індивідуальних потреб та вікових відмінностей тощо). Нормативний зміст підготовки здобувачів вищої освіти визначає здатність майбутніх соціальних педагогів використовувати методи профілактики для запобігання можливих відхилень у розвитку, а також попередження соціальних ризиків; використовувати методи соціальної діагностики у процесі оцінювання проблем, потреб, специфічних особливостей та ресурсів клієнтів; демонструвати уміння креативно вирішувати проблеми та приймати інноваційні рішення, конструювати процес і результат соціально-педагогічної роботи в межах поставлених завдань.

Відмітимо відповідність переліку загальних професійних здатностей майбутніх соціальних педагогів, соціально затребуваним технологічно-методичним здатностям фахівця з ранньої соціальної реабілітації. Адже такі здатності, як: оцінювати ресурси клієнтів, розбудовувати діяльність із врахуванням психофізичних особливостей клієнтів, прогнозувати перебіг та результативність соціально-педагогічних впливів, ініціювати соціальні зміни, продуктивно взаємодіяти з клієнтами тощо, на наше переконання, є базовими у професійному становленні фахівця раннього втручання. Без сумніву ці та інші здатності розвиваються в освітньому процесі шляхом опанування студентами змістом дисциплін, передбачених освітньо-професійною програмою.

Розглянемо декілька таких програм у ракурсі теми нашого пошуку. Так, кафедра соціальної реабілітації та соціальної педагогіки Київського Національного Університету імені Тараса Шевченка здійснює підготовку за освітньо-кваліфікаційними рівнями «бакалавр соціальної педагогіки» та за двома

магістерськими програмами: «Соціальна реабілітація» та «Соціальна педагогіка». До навчальних планів підготовки майбутніх соціальних педагогів включені такі дисципліни: «Технології соціально-педагогічної діяльності»; «Соціальне гувернерство», «Соціальна інтеграція осіб з інвалідністю», «Соціально-психологічна реабілітація», «Міжнародний мультидисциплінарний досвід в реабілітаційному процесі» тощо.

Державний вищий навчальний заклад «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» здійснює підготовку за спеціальністю 231 «Соціальна робота», спеціалізація «Соціальна педагогіка». Дисципліни, які містяться в навчальних планах розкривають окремі складові фахової підготовки до роботи в центрах ранньої реабілітації. Це такі дисципліни, як: «Соціальний супровід сім'ї», «Основи професійної майстерності соціального педагога», «Технології соціально-педагогічної діяльності гувернера», «Соціально-педагогічна діяльність із дітьми і молоддю з особливими потребами», «Основи соціальної реабілітології», «Соціально-психологічна допомога особам з інвалідністю».

Національний університет біоресурсів і природокористування готує фахівців за спеціальністю 231 «Соціальна робота», спеціалізація «Соціальна педагогіка» (магістерський рівень) за освітньо-професійними програмами «Соціальна робота» та «Соціально-психологічна реабілітація». До навчальних планів входять такі дисципліни, як: «Соціальна робота з дітьми групи ризику», «Соціальний супровід сім'ї» та інші.

Кафедра соціальної педагогіки Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова готує фахівців спеціальності 231 «Соціальна робота» за освітньою програмою «Соціальна педагогіка» та фахівців спеціальності 011 «Освітні, педагогічні науки» за освітньою програмою «Соціально-виховна робота з дітьми та молоддю». У навчальних планах представлені такі дисципліни, як: «Соціально-педагогічна робота з різними групами клієнтів», «Технології соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю», «Соціальна діагностика», «Професійна творчість у соціальній сфері», «Соціальна робота в реабілітаційних центрах», «Основи інклюзивної освіти», «Методика соціального виховання», «Соціально-вихована робота за місцем проживання», «Соціально-виховна робота у сім'ї», «Тренінг формування толерантності», «Соціально-педагогічна терапія, оцінка потреб сім'ї», «Інклюзивна освіта в Україні».

Хмельницький національний університет готує майбутніх фахівців соціальної роботи за спеціалізацією «Соціально-педагогічна діяльність та соціально-психологічна реабілітація». До навчальних планів включені такі дисципліни: «Соціальна робота з сім'ями, дітьми та молоддю», «Соціальна робота з різними групами клієнтів», «Соціальний супровід прийомної сім'ї», «Соціальна реабілітація та патронаж», «Технології роботи соціального гувернера», «Основи дефектології та патопсихології», «Основи спеціальної педагогіки та психології», «Основи інклюзивної освіти», «Психолого-педагогічні основи соціальної роботи з неповносправними та інвалідами», «Основи професійної творчості в соціальній роботі».

Кафедра соціальної педагогіки і соціальної роботи Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка готує випускників за спеціальністю 231 «Соціальна робота», та спеціалізацією «Бакалавр соціальної роботи. Соціальний педагог». До навчального плану професійної підготовки включені такі дисципліни: «Соціальна допомога різним категоріям населення», «Основи інклюзивної освіти», «Тренінгові студії (тренінг соціального лідерства соціального працівника)», «Соціально-психологічна реабілітація», «Технології роботи соціального гувернера», «Соціальний супровід сім'ї», «Основи психотерапії в роботі фахівця соціальної сфери» та інші.

Спеціалізацію «Соціальний педагог» спеціальності 231 «Соціальна робота» було обрано також профільними кафедрами Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка, до навчальних планів якого включені специфічні дисципліни (зокрема «Технології соціально-педагогічної роботи», «Основи соціально-педагогічної роботи з інвалідами», «Актуальні проблеми соціально-психологічної реабілітації»).

Короткий огляд окремих програм виявив, що дисципліни реабілітаційного циклу у більшій мірі представлені в освітніх програмах «Соціальна педагогіка. Соціальна реабілітація», «Соціальна педагогіка. Соціально-психологічна реабілітація» та в меншому ступені в освітній програмі «Соціальна педагогіка». Проте, навіть така диференціація не гарантує здобувачам вищої освіти розширення

можливостей щодо опанування теорією та практикою раннього втручання. Хоча, визнаємо, що вивчення таких дисциплін як «Основи інклюзивної освіти», «Соціальна робота в реабілітаційних центрах», «Соціальна реабілітація та патронаж» та інших дають змогу поглибити обізнаність студентів щодо особливостей організації соціально-реабілітаційного процесу. Освітня програма «Соціальна педагогіка» надає ще менший спектр можливостей для опанування теоретичними та технологічно-методичними засадами ранньої соціальної реабілітації. На нашу думку, такі дисципліни, як: «Соціальний супровід сім'ї», «Технології роботи соціального гувернера», «Професійна творчість у соціальній сфері», «Соціально-виховна робота» та інші, які передбачені освітньою програмою, можуть розглядатися як ресурс для доповнення їхнього змісту темами, що уточнюють особливості соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми раннього та дошкільного віку з інвалідністю (або загрозою її отримати). Також відмітимо, що всі розглянуті нами освітньо-професійні програми включають соціально-педагогічну (навчальну) практику як невід'ємну складову якісної професійної підготовки та ресурс для опанування студентами практичними засадами їхньої роботи в соціальних, соціально-реабілітаційних закладах та установах.

Отже, результати огляду науково-методичних джерел, нормативно-правових актів та змісту освітньо-професійних програм спеціальності 231 «Соціальна робота» чітко демонструють потребу у розгортанні подальших системних пошуків щодо вирішення проблеми ґрунтовної підготовки фахівців соціальної сфери до реалізації ними функцій ранньої соціальної реабілітації в системі раннього втручання України.

Список використаних джерел

1. Колодійчук Ю. В. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я : автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / Національний університет водного господарства та природокористування. Рівне. 2017. 24 с.
2. Миронова С. П. Психолого-педагогічний супровід розвитку дитини раннього віку з психофізичними вадами як умова профілактики дезадаптації *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка* Вип. XVI. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2011., С. 316-321
3. Олексюк Н. Професійна підготовка фахівців соціальної реабілітації в Україні як вимога часу. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*, № 6 (303) жовтень 2016. Частина III. Старобільськ, 2016. С. 40–47.
4. Острянюк Т. С. Соціальний педагог дошкільного навчального закладу: реалії та перспективи *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Сер. : Педагогічні науки. 2013. Вип. 113. С. 187-189.
5. Сайко Н. О. Підготовка соціальних педагогів до партнерської взаємодії у реабілітаційному процесі. *Наукові записки [Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя]. Психолого-педагогічні науки*. 2016. № 1. С. 219-223. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzspp_2016_1_42.
6. Сташук О. Методична система закладу вищої освіти з розвитку готовності майбутніх соціальних педагогів до роботи в центрах ранньої соціальної реабілітації *Науковий вісник Ужгородського університету*. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»: зб.наук. пр. / кол. : Козубовська І. В. (гол.ред.) та ін. Ужгород: В-во УжНУ «Говерла», 2019. Випуск 2 (45). 251 с., С.178-185.
7. Чернуха Н. Реалії та перспективи соціальної педагогіки у сучасному українському соціумі. *Перспективи розвитку соціальної педагогіки в Україні: Матеріали Круглого столу (24 травня 2018 року, Київ) / за ред. О. В. Чуйко*. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2018. 118с.
8. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я : Монографія. Київ : НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. 240 с.

УДК 74 (477) (09) – 056.26

Тетяна Черненко,
старший викладач кафедри дошкільної освіти
Ніжинського державного університету
імені Миколи Гоголя,
м. Ніжин, Україна

ЗАЧАТКИ ПІКЛУВАННЯ ТА НАВЧАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УКРАЇНІ (З НАЙДАВНІШИХ ЧАСІВ ДО ПОЧАТКУ ХІХ СТ.)

Актуальність. Закон України «Про освіту» визначає всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства метою освіти в Україні. Держава створює умови для здобуття освіти особами з особливими освітніми потребами з урахуванням індивідуальних потреб, можливостей, здібностей та інтересів, а також забезпечує виявлення та усунення факторів, що перешкоджають реалізації прав і задоволенню потреб таких осіб у сфері освіти. В Україні створюються рівні умови доступу до освіти. Ніхто не може бути обмежений у праві на здобуття освіти. Інтеграція осіб з обмеженнями життєдіяльності в суспільство є нагальною потребою часу [1]. Тому особливої актуальності наразі набуває вивчення вітчизняного досвіду навчання дітей різних нозологій, у тому числі з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Зростання уваги до освіти дітей зазначеної нозології зумовило вибір наших наукових пошуків. Мета статті полягає у висвітленні становлення системи піклування та навчання дітей із порушенням функцій опорно-рухового апарату в Україні. Джерельну базу дослідження становлять монографії, навчально-методичні та методичні посібники, збірники наукових праць із питань історії корекційної освіти, науково-методичні часописи із проблем дефектології, історико-публіцистичні та періодичні видання із фондів Національної бібліотеки України ім. В. І. Вернадського, Державної науково-педагогічної бібліотеки України ім. В. О. Сухомлинського. Аналіз наукових досліджень показав, що вищезазначена проблематика наразі залишається мало вивченою.

Виклад основного матеріалу. Еволюція ставлення, піклування та навчання дітей із порушеннями психофізичного розвитку має давню історію. В античному суспільстві таких людей, навіть тих, хто належав до привілейованих станів, не вважали громадянами. Вони так само, як і прості люди, відповідно до закону, становили неповноцінну («невизнані») частину суспільства, для якої у світ вільних громадян античних держав доступу не було [6]. Відповідне ставлення до таких людей було зумовлено побоюванням та зневагою до певних психічних і фізичних вад. У Спарті дітей із калік знищували або відлучали від громади. Пояснювали такі дії тим, що вони відділяли «непотріб» від здорових членів суспільства. В Індії дітей із вадами переважно залишали у джунглях. Лише окремі релігійні общини в штаті Пенджаб, як наприклад храм шаха Даула Дар'яна, покровителя фізично відсталих, змушували дітей просити милостиню, що приносило значні прибутки. Біблія неповноцінність дітей пояснює карою Божою за гріхи батьків. Священна книга мусульман Коран наголошує на обов'язку віруючих підтримувати і турбуватися про таких дітей. Католицизм називає дітей із вадами «дітьми диявола». У древньослов'янському релігійному світогляді побутовали переконання про те, що діти з вадами дають віруючим змогу творити милість в ім'я Бога.

В епоху середньовіччя у Європі спостерігається популярність на осіб з психофізичними вадами, оскільки стає модним мати при багатих дворах юродивих для розваг господарів і гостей. Середньовічне законодавство, подібно римському в античну епоху, закріплювало безправ'я осіб із порушенням розвитком. Першими, хто виявив милосердя до таких людей, були церковні подвижники, які організували хостели та притулки, в яких люди з порушеннями могли іноді отримувати притулок і їжу. До XII в. в Європі були створені перші немонастирські притулки, лікарні, спеціальні заклади для осліплених, покалічених воїнів, лепрозорії (прокази). В епоху Ренесансу досить часто протиставляється «глуپота» природна недоумкуватості високопоставлених осіб світської та духовної влади [5]. Одним із перших представників педагогіки, який висловив думку про виховання неповноцінних дітей, вважається Я.-А. Коменський [3]. Він стверджує, що «із людської освіти не можна виключити нікого, крім нелюдини».

Таким чином, поступово структура піклування про осіб з порушеним розвитком та лікувальної допомоги їм входила до обов'язків держави.

В Україні монастирі першими почали доглядати неповноцінних дітей і підлітків. Для утримання закладів громадської опіки передбачалася частина коштів (десятина) від княжих прибутків. Становлення спеціальної допомоги людям із вираженими порушеннями у розвитку почалося за часів християнізації Київської Русі (X ст.). Перший офіційний документ про опіку датується X століттям. У 996 році князь Київський Володимир Святославович видав указ, у якому зобов'язував православну церкву «турбуватися про вбогих і юродивих», розпочав будівництво лікарень та «богоділень». Наші пращури-слов'яни виявляли милосердне ставлення до людей із тяжкими вадами фізичного та психічного розвитку. Значну роль у наданні допомоги «аномальним» дітям і дорослим відігравав один із найбільших у Київській Русі Києво-Печерський монастир. Вітчизняні науковці: О. І. Дьячков, Х. С. Замський, М. Д. Ярмаченко – зазначають, що в Київській Русі протягом X-XII століть створювалися заклади, у яких не тільки опікувалися неповноцінними дітьми, але і навчали їх елементарам грамоти, живопису, співів та різних ремесел. У першій половині XI ст. у Києво-Печерській лаврі відкрився притулок для глухих, сліпих, недоумкуватих дітей, сиріт та убогих. За часів Київської Русі монастирська організація піклування за людьми з недоліками психофізичного розвитку досягла високого для того часу рівня розвитку. У XII-XVII століттях в Україні великого поширення набули «богодільні-шпиталі», до яких приймалися каліки, безумні, непрацездатні та інші, які жили за рахунок суспільства, як специфічна форма падання допомоги хворим та інвалідам, за що й отримали визнання.

У період Гетьманщини на українських землях було досягнуто практично суцільної грамотності населення. При школах відкривалися притулки для дітей-сиріт, дітей із каліцтвами (бурси) під патронатом общини, у яких перебували і діти з різними порушеннями [4]. У XVII – XVIII ст., внаслідок посилення світської влади, поряд із церковною та приватною благодійністю, набуло поширення державне опікування. У 1670 р. було створено спеціальний «Приказ будівництва богоділень». У цих закладах перебували як старі люди-каліки, так і діти; при деяких з них створювалися окремі спеціальні відділення, в яких одночасно виховувалися діти-сироти, сліпі, глухонімі та інші діти. Там велось спостереження і вивчення таких дітей; їх привчали до елементарної праці та самостійного виживання в громаді.

У добу Відродження, завдяки утвердженню гуманістичних ідеалів, ставлення суспільства до аномальних дітей поступово змінюється: скасовується їхня ізоляція від громади, поширюється приватна ініціатива прогресивних лікарів і педагогів, спрямована на виховання, навчання і підготовку таких дітей до праці. У XVI-XVIII століттях приймаються законодавчі акти, у яких порушувалися правові питання щодо формування гуманістичних поглядів до осіб із психофізичними вадами. Однак, вони не сприяли розвитку ідей навчання і виховання таких осіб, тому істотно не вплинули на покращення становища немічних та інвалідів. Активно така допомога надавалася у XVIII ст. Укази Петра I забороняли вбивати дітей із вираженими дефектами, почали відкривати притулки і госпіталі для надання допомоги бідним і убогим. Відбулося становлення світської системи піклування про людей з обмеженнями життєдіяльності.

Наприкінці XVIII – протягом XIX століття в українських містах: Києві («кирилівські»), Харкові, Глухові, Прилуках, Черкасах, Житомирі, Володимирі-Волинському, Немирові, Новодворську, Сквирі та інших створюються різноманітні притулки для хворих, сиріт, бідних дітей. Проводяться численні спостереження лікарями, які відстоюють думку про створення для «недоумкуватих» альтернативних закладів педагогічного профілю. Об'єктом вивчення психіатрів залишаються діти з важкими формами психічного недорозвитку (ідіоти, імбецили, епілептики, кретини) [5]. Зосереджується увага і на дітях із легкими формами розумової відсталості. У 1904 році П. Нечай у праці «Краткий очерк кирилловских богоугодных заведений» підкреслює, що допомога дітям із психофізичними вадами стає не тільки проявом гуманності й милосердя, а й соціальною потребою [4].

Можемо стверджувати, що на відміну від європейського довготривалого періоду агресії і нетерпимості до людей із вродженими дефектами, в Україні, починаючи з Київської Русі, ставлення до них було толерантним. Допомогу зазначеній категорії населення надавали переважно релігійні організації. Становлення світської системи піклування про людей з обмеженнями життєдіяльності відбулося у XVIII ст. Водночас становлення і розвиток системи спеціального навчання дітей із

психофізичними вадами в Україні припадає на початок XIX ст. Залишається маловивченою проблема піклування, навчання та виховання дітей з порушенням функцій опорно-рухового апарату.

Список використаних джерел

1. «Про освіту» : Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII : <https://ru.osvita.ua/legislation/law/2231/>.
2. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. «Інклюзивна освіта: від основ до практики»: монографія. К. : ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с. (Серія «Інклюзивна освіта»).
3. Коменский Я. А. Великая дидактика. Избр. пед. соч. М. : Учпедгиз, 1955.
4. Кравченко В. Історико-педагогічні аспекти розвитку спеціальної освіти в Україні. URL : http://irbis-nbuv.gov.ua/.../cgiirbis_64.exe?.
5. Тучак А., Цюпак Т. З історії становлення суспільної допомоги дітям із психофізичними вадами в Україні. : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rj>
6. Шевцов А. Г. Обґрунтування ортопедагогіки // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. 2012. Вип. 19(1). С. 274-284 : http://nbuv.gov.ua/UJRN/znprkp_sp_2012_19%281%29__32

РОЗДІЛ 4. ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ ТА ВІДНОВНЕ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ І ДОРΟΣЛИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

УДК 37.013.82: 376.2

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

ВПРОВАДЖЕННЯ МОДЕЛІ ДОПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ПІДЛІТКІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ В УМОВАХ ЦЕНТРУ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Питання працевлаштування та зайнятості громадян з обмеженими можливостями здоров'я в Україні набувають особливої актуальності у зв'язку із загальною тенденцією проведення політики інтеграції цієї категорії населення у суспільне життя та сферу трудових відносин. Людина з інвалідністю може стати повноправним членом суспільства і реалізувати своє право на працю. Право на працю – одне з фундаментальних прав людини, встановлене міжнародно-правовими актами та визнане всіма державами. Саме професійна праця дає підлітку з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (ПФОРА) можливість реалізувати себе як рівноправний громадянин суспільства. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю визначає право на працю: «Діти з інвалідністю повинні в повному обсязі користуватися всіма правами людини й основоположними свободами нарівні з іншими дітьми...» [1].

Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» [2] законодавчо закріпив необхідність надання послуг із професійної орієнтації дітям з інвалідністю в дитячих реабілітаційних установах, адже профорієнтаційна робота сприяє цілеспрямованому розвитку здібностей та інтересів підлітка з ПФОРА, пізнанню його психофізичних можливостей, збереженню здоров'я, зростанню професіоналізму і виступає одним із найважливіших елементів державної політики у сфері соціального захисту та зайнятості населення з інвалідністю.

Сьогодні перед фахівцями-реабілітологами постало питання допомогти дітям з обмеженими можливостями здоров'я у професійному визначенні відповідно до їхніх психофізичних, особистісних якостей, особливостей вищої нервової діяльності, інших особистих властивостей.

Скористатися зазначеним правом на профорієнтаційну роботу допомагає розроблена та впроваджена у реабілітаційний процес в Центрі комплексної реабілітації методика допрофесійної підготовки підлітків з обмеженими можливостями здоров'я. Вибір професії, який має здійснити молода людина з обмеженими можливостями здоров'я у процесі допрофесійної підготовки, є найбільш кваліфікований варіант вибору професії та підготовки до неї.

Допрофесійна підготовка підлітка з ПФОРА – це активна, напружена праця, пов'язана із виявленням шляхів встановлення відповідності між властивостями і вимогами професії та можливостями і особистими якостями й професійним самопізнанням підлітка з ПФОРА [4].

Загальна мета допрофесійної підготовки полягає в тому, щоб підготувати підлітків до усвідомленого, вільного вибору професії на основі комплексного, цілеспрямованого підходу до розв'язання цього соціально значущого завдання. Допрофесійна підготовка підлітків з інвалідністю базується на знаннях форм інвалідності та їхньому розвитку, ретельному аналізі стану фізичного і психологічного здоров'я, оцінці їхнього освітнього рівня. Кінцевим результатом допрофесійної підготовки підлітків з обмеженими можливостями здоров'я є інтеграція молодих інвалідів у соціум.

Вибір та наступне навчання професії для підлітків з ПФОРА тісно пов'язане із урахуванням: життєвого досвіду; наявності або відсутності знань про власні психофізичні обмеження, які викликані інвалідизуючими захворюваннями; наявності психофізичних особливостей та особистих рис, які створюють значні труднощі на шляху до професійного самовизначення підлітка з ПФОРА як особистості.

Допрофесійна підготовка підлітків з ПФОРА допомагає визначити та надає відповіді: чи відповідає обрана професія здібностям, інтересам, нахилам підлітка; чи зможе він навчитися обраної професії; чи зможе надалі відповідально працювати за обраною спеціальністю; як складеться його подальше професійне життя.

На шляху до професійного самовизначення підлітків з ПФОРА, а отже, професійної і трудової інтеграції в суспільство існує ряд серйозних проблем: неадекватна самооцінка своїх можливостей при визначенні профілю і змісту професії, відсутність чіткої життєвої перспективи, психологічна неготовність до виконання певних трудових дій і подолання професійних труднощів. Вочевидь, що у вирішенні цих проблем суттєву роль може зіграти модель допрофесійної підготовки підлітків з ПФОРА.

Розроблена та впроваджена модель допрофесійної підготовки в комплекс реабілітаційних заходів спрямована, по-перше, на здійснення діагностики особистісних якостей, психофізичного стану, професійних переваг, що допомагає підліткам усвідомлювати свої потенціальні можливості, перспективи особистісного та професійного зростання. По-друге, допрофесійна підготовка сприяє розширенню знань підлітків з ПФОРА про розмаїття світу професій та вибору варіанту навчання професії.

Модель допрофесійної підготовки підлітків з ПФОРА в умовах Центру комплексної реабілітації базується на п'ятифакторній моделі комплексної реабілітації підлітків з обмеженнями життєдіяльності:

Педагогічний фактор – група чинників впливу на людину як на суб'єкт діяльності. Педагогічний супровід підлітка з ПФОРА у процесі його допрофесійної підготовки. Завдання педагогічного супроводу: надання підліткам інформації для ознайомлення їх із сучасними видами професійної діяльності; інформаційно-консультативні зустрічі з фахівцями центру зайнятості і головного управління праці та соціального захисту населення; проведення спеціалізованих занять із ІКТ; консультування з основних предметів шкільного курсу; налагодження роботи гуртків образотворчого та декоративно-прикладного мистецтва.

Психологічний фактор – група чинників особистісної сфери підлітка з ПФОРА. Психологічний супровід підлітка у процесі його допрофесійної підготовки. Реалізація завдань психологічного супроводу включає такі заходи: психологічну діагностику підлітків з ПФОРА з метою виявлення їхніх особистісних якостей та визначення професійних інтересів, схильності та спрямованості; створення на основі отриманих у процесі діагностики даних індивідуальних характеристик підлітків для підвищення ефективності роботи реабілітологів; проведення індивідуальних консультацій для вирішення психологічних проблем підлітків, виявлених у процесі діагностики; проведення групової роботи (психологічні тренінги), яка б сприяла вирішенню психологічних проблем підлітків із порушеннями функцій опорно-рухового апарату і набуттю ними необхідних соціально значущих умінь та навичок.

Соціальний фактор – група чинників впливу на підлітка з ПФОРА як на суб'єкт соціальних відносин. Завдання соціального супроводу: побудова повноцінної взаємодії між підлітками та спеціалістами; послідовне створення сприятливого середовища для самовизначення підлітків з ПФОРА; створення умов для кращої взаємодії підлітків, спеціалістів та батьків.

Медичний фактор – група чинників здоров'я підлітків з ПФОРА. Медичний фактор розглядається нами як медичний супровід підлітка з ПФОРА, необхідний для зміцнення його здоров'я та вирішення напрямку допрофесійної підготовки і професійного самовизначення з урахуванням ступеня захворювання підлітка. Завдання медичного супроводу: зменшення проявів патологічного стану; стимуляція регенеративних процесів; відновлення або покращення порушених функцій; підвищення функціональних та компенсаторних можливостей організму у процесі соціальної реабілітації та профорієнтації; консолідація результатів, які були досягнуті на попередніх етапах. Медичний супровід комплексної соціальної реабілітації підлітків із порушеннями функцій опорно-рухового апарату є необхідною та дієвою складовою процесу допрофесійної підготовки. Він дозволяє підвищити ефективність заходів із комплексної реабілітації та оптимізувати допрофесійну підготовку підлітків і підготувати їх до подальшого свідомого та доцільного професійного навчання.

Техніко-середовищний фактор – група інженерно-технічних та архітектурно-середовищних аспектів компенсації обмежень життєдіяльності підлітка та впливу на сферу взаємодії підлітків з ПФОРА із навколишнім середовищем. Завдання техніко-середовищного фактору – у процесі допрофесійної підготовки організувати послідовний та безперервний розвиток компенсаторних функцій підлітка за

допомогою реабілітаційного обладнання: костюмів «гравістат», «гравітон»; апарата «динамічний параподіум»; механотерапії; ортезування; ортопедичної корекції.

За результатами реабілітаційних занять із допрофесійної підготовки підлітків з ПФОРА складається психолого-педагогічна характеристика, яка є основою висновків та індивідуальних рекомендацій підлітку з ПФОРА.

Висновок: Практичні заняття із допрофесійної підготовки підлітків з ПФОРА у Миколаївській Державній реабілітаційній установі «Центр комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Мрія» за останні 5 років надали кілька позитивних результатів професійного самовизначення підлітків з ПФОРА, які на даний час вже навчаються або працюють за спеціальностями, пов'язаними із ІКТ.

Список використаних джерел:

1. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю. URL: https://zakon3.rada.gov.ua/rada/show/995_g71 (дата звернення: 18.09.2019).
2. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні». URL: <https://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2249-19> (дата звернення: 18.09.2019).
3. Шевцов А. Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я : монографія. Київ : Соцінформ, 2004. 200 с.
4. Бажмін В. Б. Допрофесійна підготовка підлітків з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в центрах соціальної реабілітації : дисертація. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/11866> (дата звернення: 18.09.2019).

УДК 61.617.5

Катерина Бандуріна,
кандидат наук з фізичного виховання
та спорту, доцент,
м. Запоріжжя, Україна

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ СКОЛІОЗІ

Сколіоз – це тривимірна деформаційна аномалія хребта. Сколіоз визначається кутом викривлення хребта Кобба в корональній (фронтальній) площині і часто супроводжується обертанням хребця в поперечній площині і гіпокіфозом у сагітальній площині. Ці аномалії в хребті, реберно-хребцевих суглобах і грудній клітці викликають «опуклий» і «увігнутий» гемиторакс. Компонент обертання починається, коли сколіоз стає більше вираженим. Це називається торсион-сколіоз, який викликає гіббус (реберний горб).

Сколіоз може бути присутнім із народження, тоді його називають вродженим сколіозом. Вроджений сколіоз є вадою розвитку хребта. Характеризується подовжнім і обертальним дисбалансом [1]. Інші види сколіозу можуть розвиватися під час зростання, ніяких причин для цього досі не знайдено (приблизно у 85% випадків ідіопатичні). Залежно від віку прояву сколіоз класифікується як дитячий, ювенільний або підлітковий ідіопатичний.

Сколіоз є найбільш поширеним захворюванням хребта у дітей і підлітків. Сколіоз характеризується поперечним викривленням хребта $>10^\circ$, зазвичай у поєднанні з поворотом хребців і найчастіше зі зменшеним кіфозом у грудних вигинах. Сколіоз може бути структурним або неструктурним. Неструктурний сколіоз можна виправити, він виникає при порушеннях постави. Структурний сколіоз – це відхилення, які неможливо або можливо виправити частково.

Пацієнти зі сколіозом поділяються на різні типи залежно від тривалості захворювання, етіології, ступеня тяжкості і типу кривої. Кожен тип показує різні характеристики, такі як швидкість розвитку кривої, міру і характер тривимірної деформації. Метою функціонального обстеження є відмінність між неправильною поставою і реальним ідіопатичним сколіозом.

1. Обстеження активних рухів (згинання, розгинання і бічне згинання) хребта в шийному, грудному і поперековому сегментах.

2. Тест Адама на прямий вигин може використовуватися для розмежування структурного сколіозу або неструктурного шийного і поперекового відділів хребта. Тест може бути виконаний у положенні стоячи і сидячи.

3. Кут Кобба є стандартним виміром для визначення і відстежування прогресу сколіозу.

4. Сколиометр – це інклінометр (кутомір), призначений для виміру асиметрії тулуба або осьового обертання тулуба [2].

5. Тестування функції легень корисне при передопераційній оцінці пацієнтів [3]. Спірометрія дає оцінку об'єму легень і забезпечує оцінку функції потоку повітря.

Фізіотерапія і фіксація використовуються для лікування легких форм сколіозу і попередження хірургічного втручання [4].

Сколіоз – це не просто бічна кривизна хребта, цей тривимірний стан. Щоб впоратися із сколіозом, треба працювати в трьох площинах: сагітальній, фронтальній і горизонтальній [5].

Консервативна терапія складається з: фізичних вправ, фіксації (носіння спеціального корсету), маніпуляцій, електростимуляції і підбору устілок.

У фізіотерапевта є три важливі завдання: інформувати, давати рекомендації і інструктувати. Для лікування сколіозу важливо не лише робити правильні вправи, але інформувати пацієнта про його ситуацію.

Цілі фізіотерапії складаються з: автокорекції; поліпшення координації, рівноваги; тренування м'язової витривалості, сили; розвитку дихальних здібностей; нейромоторного контролю хребта; стабілізації [6, 7].

Добрі результати показує консервативний тривимірний метод Катаріни Шрот (Schroth method), що складається із специфічних фізичних вправ і дихальної коригувальної техніки. Мета цих вправ полягає в тому, щоб призупинити ротаційну деформацію, запобігти дифлексії і скоректувати хребет в сагітальній площині при подовженні хребта [5].

Є і інші вправи, які були визнані ефективними. Сучасний і ефективний науково обґрунтований підхід до фізіотерапевтичних вправ при сколіозі – SEAS (scientific exercises approach to scoliosis) виявився ефективним в зниженні швидкості прогресу сколіозу в порівнянні із звичайним лікуванням і допомагає уникнути призначення брейсів [6, 8, 9].

Вправи SEAS, згідно з Італійським науковим інститутом хребта (ISICO), ґрунтовані на особливій формі активної самокорекції (ASC), яка викладається індивідуально кожному пацієнтові. Це для досягнення максимально можливої корекції. Потім ASC поєднується із стабілізуючими вправами, які включають нейромоторний контроль, пропріоцептивне тренування і баланс. Вправи також включені в повсякденну діяльність пацієнта. Підхід SEAS також використовують разом з когнітивно-поведінковим підходом для максимального терапевтичного ефекту [6, 7].

Серйозність викривлення може викликати тиск на дихальні шляхи і легені. Пацієнт може зазнавати проблеми при диханні. Тому терапевт повинен задіяти дихальні вправи у поєднанні з грудною активною мобілізацією, також релаксаційні вправи для кращого контролю дихання.

Слід зазначити, що не усі пацієнти із сколіозом дійсно страждають від цієї деформації хребта. Важливо розуміти тип сколіозу і його причини. Втручання фізичного терапевта мають бути продумані з урахуванням скарг пацієнта і виду сколіозу, а також ґрунтуватися на науковому підході. Кожен пацієнт індивідуальний і заслуговує на увагу, щоб отримати відповідну та ефективну терапію.

Список використаних джерел:

1. Burnei G., Gavrilu S., Vlad C., Georgescu I., Ghita R. A., Dughilă C., Japie E. M., Onilă A. Congenital scoliosis: an up-to-date. *Journal of medicine and life*. 2015. Jul;8(3):388.
2. Patias P., Grivas T. B., Kaspiris A., Aggouris C., Drakoutos E. A review of the trunk surface metrics used as Scoliosis and other deformities evaluation indices. *Scoliosis*. 2010. Dec;5(1):12.
3. Johari J., Sharifudin M. A., Ab Rahman A., Omar A. S., Abdullah A. T., Nor S., Lam W. C., Yusof M. I. Relationship between pulmonary function and degree of spinal deformity, location of apical

vertebrae and age among adolescent idiopathic scoliosis patients. *Singapore medical journal*. 2016. Jan;57(1):33.

4. Jonathan A. et al. A comprehensive review of thoracic deformity parameters in scoliosis. *Eur Spine J*. 2014. 23:2594–2602.

5. Kaspiris A., Grivas T. B., Weiss H. R., Turnbull D. Surgical and conservative treatment of patients with congenital scoliosis: a search for long-term results. *Scoliosis*. 2011. Dec;6(1):12.

6. Negrini S., Zaina F., Romano M., Negrini A., Parzini S. Specific exercises reduce brace prescription in adolescent idiopathic scoliosis: a prospective controlled cohort study with worst-case analysis. *Journal of rehabilitation medicine*. 2008. Jun 5;40(6):451-5.

7. Negrini S., Donzelli S., Aulisa A. G., Czaprowski D., Schreiber S., de Mauroy J. C., Diers H., Grivas T. B., Knott P., Kotwicki T., Lebel A. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis and spinal disorders*. 2018. Dec;13(1):3.

8. Negrini S., Negrini A., Romano M., Verzini N., Negrini A., Parzini S. A controlled prospective study on the efficacy of SEAS. 02 exercises in preventing progression and bracing in mild idiopathic scoliosis. *Studies in health technology and informatics*. 2006. 123:523.

9. Negrini A., Parzini S., Negrini M. G., Romano M., Atanasio S., Zaina F., Negrini S. Adult scoliosis can be reduced through specific SEAS exercises: a case report. *Scoliosis*. 2008. Dec;3(1):20.

УДК 376

Тетяна Баришок,
кандидат наук з фізичного виховання
та спорту, доцент,
м. Київ, Україна

МКФ ЯК СУЧАСНИЙ ІНСТРУМЕНТ ОЦІНКИ ЯКОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

У 2018 році Уряд України, в рамках реформи системи охорони здоров'я, затвердив план заходів, розроблений МОЗ України, з впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків в Україні, що є важливим кроком у реформі реабілітації та системи оцінювання функціонування.

Наше сучасне суспільство лише починає розуміти, що таке інклюзивність, толерантність до людей з особливими потребами. Раніше, всіх, хто не відповідав критеріям норми, «закривали» в спеціальних закладах, де люди проводили життя в ізоляції і ніколи не ставали повноцінними членами суспільства.

Лише інклюзивне суспільство можна назвати цивілізованим. Україною ратифіковані ключові Конвенції ООН про права дитини та про права людей із інвалідністю. Але ратифікація на папері не змінить систему надання реабілітаційної допомоги та суспільство.

МКФ належить до «родини» міжнародних класифікацій, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) для застосування до різних аспектів здоров'я. Ці класифікації ВООЗ забезпечують загальні правила для кодування широкого спектра інформації, пов'язаної зі здоров'ям та використовують стандартизовану спільну мову, що дозволяє спілкуватися про здоров'я та охорону здоров'я по всьому світу в різних дисциплінах та галузях науки.

У міжнародних класифікаціях ВООЗ стани здоров'я класифікуються головним чином в МКХ-10, що визначає етіологічну основу. Функціонування та обмеження життєдіяльності, пов'язані зі станом здоров'я, класифікуються в МКФ. Таким чином, МКХ-10 та МКФ доповнюють одна одну, і користувачам рекомендується застосовувати ці дві міжнародні класифікації разом.

Початкову класифікацію наслідків захворювань ВООЗ – Міжнародну класифікацію порушень, обмеження життєдіяльності та фізичних недоліків було розроблено ще у 1980. Сучасна МКФ схвалена усіма 191 членами ВООЗ 22 травня 2001 року.

У цілому МКФ описує ситуації, пов'язані з функціонуванням людини та обмеженнями функціонування, і служить структурною основою для систематизації цієї інформації. Вона структурує інформацію у виразному, взаємопов'язаному і легко доступному вигляді.

Структура МКФ.

1. Функціонування та Обмеження життєдіяльності

Складова Організм включає дві класифікації, одна стосується функцій систем організму (фізіологічні функції систем організму), інша – структур організму (анатомічні частини тіла, такі як органи, кінцівки та їхні складові частини).

Складова Діяльність (виконання особою завдання або дії) та Участь (це залучення особи до життєвої ситуації) охоплює повний спектр доменів, що позначають аспекти функціонування як з особистої, так і з соціальної точки зору.

2. Контекстуальні фактори

Перелік Факторів середовища (створюють фізичне, соціальне оточення та середовище відносин і ставлень, де люди живуть і проводять свій час) є першою складовою Контекстуальних факторів. Фактори середовища впливають на всі складові функціонування та обмеження життєдіяльності і систематизовані послідовно за принципом – від найближчого середовища особи до загального середовища.

Особистісні фактори також є складовою Контекстуальних факторів, але вони не класифіковані в МКФ через їхню велику соціальну та культурну відмінність.

МКФ – це багатоцільова класифікація, призначена для використання в різних дисциплінах і галузях. Її специфічні цілі можна визначити наступним чином:

- забезпечити наукове підґрунтя для розуміння та вивчення здоров'я та станів, пов'язаних зі здоров'ям, наслідків та факторів, що їх визначають;
- запровадити спільну мову для опису здоров'я та станів, пов'язаних зі здоров'ям, з метою поліпшення взаєморозуміння між різними користувачами, такими як працівники охорони здоров'я та соціальної сфери, наукові працівники, адміністратори та громадськість, у тому числі особи з обмеженнями життєдіяльності;
- забезпечити можливість порівняння інформаційних даних по країнах, сферах медико-санітарної допомоги, службах і в часі;
- забезпечити систематизовану схему кодування для інформаційних систем здоров'я.

Цей класифікатор використовують в усіх розвинених країнах не тільки фахівці у галузі охорони здоров'я, а також і педагоги, соціальні робітники та психологи. Проте, треба розуміти, що сам МКФ не є інструментом оцінювання. Функціонування та обмеження життєдіяльності через МКФ розглядаються як взаємодія між навколишнім середовищем та станом здоров'я людини.

МКФ можна використовувати і як статистичний інструмент, як інструмент дослідження, як клінічний інструмент, як інструмент соціальної політики та як інструмент навчання.

Тому МКФ також використовується у таких сферах, як страхування, соціальний захист, праця, освіта, економіка, соціальна політика, загальний розвиток законодавства та зміни навколишнього середовища. Ця класифікація була прийнята в якості однієї із соціальних класифікацій ООН, на яку посилаються та в якій реалізуються Стандартні правила із забезпечення рівних можливостей для осіб з обмеженнями життєдіяльності. Тому МКФ є універсальним інструментом для реалізації прийнятих міжнародних положень із прав людини, а також і національного законодавства.

Головною користю використання МКФ для пацієнтів є інтеграція фізичних, ментальних та соціальних аспектів їхнього стану. Замість того щоб зосередити увагу на діагнозі особи, у МКФ включені усі аспекти її життя (розвиток, участь та середовище). Діагноз мало що може сказати про функціональні можливості людини. Для планування та реалізації втручань із лікування, фізичної та ерготерапії, соціального захисту потрібно використовувати інформацію про обмеження функцій.

Ще одна величезна користь МКФ – Міждисплінарний підхід. Лише спільно лікарі, фізичні терапевти, ерготерапевти, логопеди, психологи, освітяни, соціальні працівники зможуть допомогти

кожній дорослій людині та дитині з функціональними обмеженнями. МКФ допомагає в міждисциплінарній взаємодії та обміну інформацією стосовно стану пацієнта.

Цей класифікатор створює більш інтегроване розуміння стану здоров'я, надає можливість краще планувати лікування, реабілітацію та створення послуг для людей порушеннями функціонування, а також якісно оцінювати результати втручань.

Список використаних джерел:

1. Наказ МОЗ України від 21.12.2018 № 2449 «Про внесення змін до перекладу Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків». URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn_20181221_2449.pdf (дата звернення: 4.10.2019).

2. Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я: МКФ. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) каталогізація бібліотек Всесвітньої організації охорони здоров'я (ISBN 92 4 154542 9). URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5262-dn_20180523_981_dod_1.pdf (дата звернення: 4.10.2019).

УДК: 371.7:613.955

Володимир Бєсєда,

кандидат педагогічних наук,
старший викладач КЗВО «Одеська академія
неперервної освіти» Одеської обласної ради,
м. Одеса, Україна

ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ НА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ РАНЬОГО ТА ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

В умовах сучасності в Україні особлива увага приділяється проблемі постійного росту кількості дітей із порушеннями у розвитку. Між цим МОН України було затверджено низку документів щодо перебудови системи фізичного виховання дітей та профілактики рухових порушень: Наказ МОН України № 486 (від 21.07.2003 року); Наказ МОН України 2005 року «Про затвердження Положення про організацію фізичного виховання і масового спорту в дошкільних, загальноосвітніх та професійно-технічних навчальних закладах України»; Закон МОН України «Про дошкільну освіту» (2006 р.); інструктивно-методичних рекомендаціях «Про особливості організації діяльності закладів дошкільної освіти у 2018/2019 навчальному році» (затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 12.07.2017 № 545); «Примірне положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти» (затверджено наказом Міністерства освіти і науки України від 08.06.2018 № 609).

Слід відмітити, що кількість дітей із вираженими ознаками психоемоційного розладу, поведінки, недорозвитку мовлення, а також із порушеннями фізичного розвитку неухильно зростає. У своїх дослідженнях вчені констатують, що 75 – 80% дітей народжуються з ознаками функціональної незрілості центральної нервової системи (ЦНС) або органічного ураження мозку [7], що провокує затримку психофізичного розвитку.

За статистикою, більшу частину відхилень у фізичному розвитку складають пошкодження кістково-м'язової і зв'язкового-сухожильної систем у дітей, що згодом сприяє появі порушень оптимального рухового стереотипу, де постава є одним із основних [4]. Так, порушення постави спостерігаються у дітей: раннього віку у 2,1%; у дошкільнят у 15 – 17%; у школярів до 67% [6]. Надалі формуються ознаки, які призводять до інвалідності у 60 – 80% дорослого працездатного населення: розвивається остеохондроз, стійкий больовий синдром, формування гриж міжхребцевих дисків та ін. [1].

Узагальнюючи результати наукових досліджень, можна сказати про особливу роль порушень постави у формуванні та розвитку структурних деформацій хребетного стовпа, які згодом сприяють

появі наступних негативних факторів у вигляді поліорганичних порушень: розвиток дегенеративно-дистрофічних змін в міжхребцевих дисках і зв'язково-суглобовому апараті; розвиток гриж міжхребцевих дисків; розвиток остеохондрозу; зміна біомеханіки хребта і тіла; розвиток функціональних суглобових блоkad; виникнення корінцевих і розвиток компресійних синдромів; домінування рефлексорних синдромів; зміни топографії органів грудної клітини; погіршення діяльності органів черевної порожнини; недостатня рухливість діафрагми і зменшення коливань внутрішньогрудного і внутрішньочеревного тиску; негативний вплив на серцево-судинну систему; дисфункції травлення; погіршення діяльності сечостатевої систем; розвиток м'язового дефансу на основі м'язово-тонічних синдромів і заклинювання суглобів; розвиток нейродистрофічних змін; виникнення міофасціального больового синдрому; розвиток стійкого больового синдрому; формування патологічного рухового стереотипу; погіршення діяльності центральної нервової системи; мігрень та ін. [2, 3, 8].

Базуючись на анатомо-фізіологічних дослідженнях, слід відмітити, що моторний розвиток у дітей залежить від формування взаємозв'язку між центральною нервовою системою та біоланками тіла дитини. Однак, наприклад, нефізіологічна ротація у шийному відділі хребта призводить до порушення малого кола кровообігу, що провокує виникнення нейродистрофічних змін. Це приводить до травматизації хребтової артерії, гіпоксії частин головного мозку, гіпертензії, порушення мозкового кровообігу у вертебробазиллярному басейні, базиллярного інсульту [5]. Зміщення хребців у других відділах хребта можуть провокувати різноманітні порушення у діяльності систем організму дитини та негативно впливати на формування та розвиток різних сфер особистості.

Виходячи з цього, можна констатувати, що порушення постави, як патологічний руховий стереотип, негативно впливає на різні системи та органи дитини, де провідне місце займає вплив на центральну нервову систему, що надалі відображується не тільки на руховому, а і психічному, інтелектуальному, емоційному розвитку, що може приводити до затримки психофізичного розвитку та взагалі ускладнює соціалізацію цих дітей у суспільстві.

Список використаних джерел:

1. Быков А. В. Топографо-анатомические и антропометрические критерии оценки состояния позвоночного столба у детей : дис. ... канд. мед. н. : 14.00.27. Курск, 2006. 121 с.
2. Васильева Л. Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. Новокузнецк, 1999. 200 с.
3. Кашуба В. А. Биомеханика осанки. Киев : Олимпийская литература, 2003. 279 с.
4. Клиническое руководство по кинезиологическому тейпированию / Е. Е. Ачкасов и др. ; под ред. М. С. Касаткина, Е. Е. Ачкасова. Москва, 2017. 336 с.
5. Колісник П. Ф. Лекції з клінічної вертеб্রології : навч. посіб. Вінниця : Нова книга, 2017. 184 с.
6. Миронова Е. Н. Основы физической реабилитации. Орел : МАБІВ, 2017. 134 с.
7. Реабілітація інвалідів в Україні (Збірник нормативно-правових документів відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні») / упоряд. Н. Скрипка, В. Масленнікова та ін. Київ, 2007. 178 с.
8. Snell R. S. Clinical Anatomy for Medical Stunts. 4th. ed. Boston : Little, Brown and Company, 1992. P. 440–448.

УДК 37.064.3

Вячеслав Борисов,
доктор педагогічних наук, професор,
м. Запоріжжя, Україна
Світлана Лупінович,
кандидат педагогічних наук, доцент,
м. Запоріжжя, Україна

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТАНУ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО КЛІМАТУ
У СТУДЕНТСЬКІЙ ГРУПІ І АКАДЕМІЧНОЮ УСПІШНІСТЮ З ДИСЦИПЛІНИ
«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ»**

Актуальність питання обумовлено тим, що від соціально-психологічного клімату у студентській групі залежить результат спільної навчальної діяльності. Ефективне навчання студентів залежить не тільки від організаційних, педагогічних умов, але і від міжособистісних взаємин, які мають значний вплив на самопочуття і результати діяльності особистості. «Міжособистісні взаємини – це той психологічний феномен, який неминуче виникає у процесі спілкування і стосується всіх сфер людського суспільства – політики, економіки, культури, побуту і т. ін.» [3]. Міжособистісні взаємини визначають психологічний клімат студентської групи, який сприяє або, навпаки, ускладнює продуктивну спільну діяльність.

Студентська група має формальну і неформальну структури, де наявні різні статусно-рольові позиції. Різні члени групи мають власні позиції, щодо визначення важливого і неважливого, цікавого і нецікавого, потрібного і зайвого у навчанні. Студентська група характеризується як автономна і самодостатня спільність, яка здатна розв'язувати свої внутрішні проблеми, а її активність пов'язана із соціальним життям закладу вищої освіти [3].

Результати дослідження науковців із Білорусії [1] свідчать, що сприятливий психологічний клімат кожним членом академічної групи відчувається як стан задоволення від взаємин з однокласниками, викладачами, своїм навчанням, результатами навчання. Це значною мірою підвищує мотивацію студента, спонукає до реалізації творчого потенціалу.

Соціально-психологічний клімат у студентській групі може впливати на продуктивність праці і творчу активність. Саме соціально-психологічний клімат сприяє конкуренції і підтримує інноваційну поведінку особистостей, або гальмує творчі ініціативи і пригнічує потяг до професійної самореалізації.

Виокремлюють наступні стани соціально-психологічного клімату групи: сприятливий, нейтральний, несприятливий.

Соціально-психологічний клімат може чинити як стимулюючу, так і гнітючу дію на продуктивність праці, творчу активність та інноваційну поведінку працівників. Виходячи з цього, як зазначено у джерелах [2; 5], виокремлюють такі його стани: сприятливий, нейтральний та несприятливий.

У дослідженні брали участь студенти Комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради (факультет реабілітаційної педагогіки та соціальної роботи, група спеціальності 013 «Початкова освіта» другого магістерського рівня у кількості 18 осіб).

Діагностичний інструментарій для визначення стану соціально-психологічного клімату студентської групи добирався з урахуванням того, що він повинен надати можливості дослідити не тільки загальні оціночні відомості, а й чинники, на які можна впливати, щоб за потреби його змінити.

З метою діагностики соціально-психологічного клімату у академічній групі використано анкету, яка виявила кореляцію – 0,91 з тестом «Визначення рівня групової згуртованості Сішора». Анкета розроблена за принципом полярних суджень, а питання обіймають три блоки, що віддзеркалюють ставлення членів колективу до об'єктів навколишнього світу, а саме: один до одного, до викладача, до навчальної діяльності. Реалізація в анкеті принципу полярних суджень передбачає, що чим ближче значення відповідей до 0, тим більш несприятливим є клімат, 2 – показник нейтрального стану клімату, а найбільш сприятливий стан клімату має значення 4. Отже, шкала відповідей має діапазон від 0 до 4 (Див. табл. 1).

Таблиця 1

Шкала визначення ступеню сприятливості соціально-психологічного клімату

Ступінь сприятливості соціально-психологічного клімату	Інтервал значень показників
Сприятливий	$2 < S \leq 4$
Нейтральний	$S = 2$
Несприятливий	$0 \leq S < 2$

Анкетування проводилося на умовах анонімності. За результатами анкети визначення сприятливості соціально-психологічного клімату в академічній групі: 10 осіб вважають його сприятливим, 5 осіб – нейтральним і 3 особи – несприятливим. Несприятливий соціально-психологічний клімат отримував оцінку 1. Нейтральний соціально-психологічний клімат отримував оцінку 2. Сприятливий соціально-психологічний клімат отримував оцінку 3.

Академічна успішність враховувалася за накопиченими балами впродовж семестру за шкалою ЄКТС. Студентам пропонувалося анонімно висловити своє задоволення отриманими оцінками за шкалою: незадоволений – 1, не знаю – 2, задоволений – 3. З усієї кількості респондентів 12 осіб висловили задоволення отриманими оцінками і 6 респондентів були незадоволені отриманими оцінками.

Для того щоб з'ясувати взаємозв'язок стану соціально-психологічного клімату у студентській групі і академічною успішністю з дисципліни «Інноваційні технології у початковій школі», нам необхідно було з'ясувати наскільки співпадають отримані нами множини. З цією метою ми скористалися коефіцієнтом Танімото. Це достатньо зручна формула, яка набуває значення нуля, якщо у множинах жодного перетину елементів, і одиниця, якщо всі елементи множин співпадають.

$$T = \frac{N_C}{N_A + N_B - N_C}$$

де:

N_A – кількість елементів у множині А;

N_B – кількість елементів у множині В;

N_C – кількість елементів у перетині множин.

Припустимо, що А множина відповідей на анкету визначення сприятливості соціально-психологічного клімату в академічній групі, а В множина висловлювань, щодо задоволення отриманими оцінками.

$A = \{1, 1, 1, 2, 2, 2, 2, 2, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3\}$

$B = \{1, 1, 1, 1, 1, 1, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3\}$

$C = A \cap B, C = \{1, 1, 1, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 3\}$.

З огляду на це:

$N_A = 18$;

$N_B = 18$;

$N_C = 13$;

$T = 0,57$.

Отже, вивчення соціально-психологічного клімату з метою його подальшого покращення на сучасному етапі стають невід'ємною складовою частиною управління освітнім процесом і реалізують у повсякденній діяльності. Схарактеризовані актуальність і значущість соціально-психологічного клімату для результативності навчальної діяльності є достатнім підґрунтям для необхідності розробки та впровадження педагогічних умов, які б сприяли формуванню командної роботи у студентській групі.

Список використаних джерел:

1. Круглова Н. В. Взаимосвязь уровня сплоченности в студенческой учебной группе и академической успеваемости учащихся. *Молодежный научный форум: Гуманитарные науки* : электр. сб. ст. по мат. XXVI междунар. студ. науч.-практ. конф. № 7 (25). URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/7\(25\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/7(25).pdf) (дата звернення: 14.09.2019).

2. Орбан-Лембрик Л. Е. Основы психологии управления : монография. Ивано-Франківськ : Плай, 2002. 426 с.
3. Подоляк Л. Г., Юрченко В. І. Психологія вищої школи : навчальний посібник для магістрантів і аспірантів. Київ : ТОВ «Філ-студія», 2006. 320 с.
4. Шляхи створення сприятливого соціально-психологічного клімату в студентській академічній групі / С. П. Білецька. URL: <http://www.psyh.kiev.ua> /Шляхи створення сприятливого соціально-психологічного клімату в студентській академічній групі (дата звернення: 13.09.2019).
5. Gitali Choudhury. The dynamics of organizational climate: An exploration. *SMS Management Insight Journal*. 2011. Vol. VII. No. 2. Pp. 111–116.

УДК 376

Павел Бочков,
аспірант кафедри ортопедagogіки,
ортопсихології та реабілітології
Національного педагогического университета имени
М. П. Драгоманова, г. Киев, Украина

ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА РАЗВИТИЯ ПОСТУРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ У ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Проблемам развития и коррекции функции равновесия у детей дошкольного и младшего школьного возраста посвящён целый ряд исследований [1 – 5]. В них в различной степени представлены комплексы физических упражнений, направленных на формирование функции равновесия у данного контингента детей. Однако анализ литературных источников по проблеме позволил выявить недостаточную концептуальность предлагаемых подходов, а также не всегда прослеживающуюся системность решаемой проблемы. К тому же в данных исследованиях не представлены все средства формирования постуральных механизмов у детей дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Сказанное выше определило актуальность настоящего исследования.

В процессе исследования возможностей совершенствования и коррекции функции равновесия у детей дошкольного возраста нами была разработана модель формирования постуральных механизмов у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата средствами коррекционного физического воспитания [2]. В ней были кратко обозначены средства формирования постуральных механизмов у данного контингента детей, требующие своей дальнейшей разработки и детализации.

Следуя эволюционному принципу физического развития дошкольников, а также логике онтогенеза ребёнка, первым, наиболее актуальным разделом корригирующих упражнений, направленных на формирование постуральных механизмов у детей, должен стать **раздел вестибулярного тренинга**. Проследивая этапность созревания биологических систем организма развивающегося ребёнка, особенно периода раннего онтогенеза, приходим к пониманию того, что первый подраздел данного раздела должен быть посвящён **вестибулярным упражнениям без зрительного контроля** со стороны ребёнка. Он является аналогом внутриутробного этапа формирования вестибулярного механизма, поскольку зрительный контроль на этом этапе отсутствовал. Также можно предположить, что первыми необходимо осваивать **упражнения, направленные на тренинг вестибулярной функции в положении на месте**. В этом случае педагог будет скорее варьировать исходным положением ребёнка, чем вариантами его перемещения в пространстве. На втором этапе вестибулярного тренинга следует подключать **упражнения в движении**.

Таким образом, расширяющийся **блок вестибулярного тренинга** может иметь такую структуру:

1. Вестибулярные упражнения без зрительного контроля на месте (на основе изменения исходного положения ребёнка).
2. Вестибулярные упражнения без зрительного контроля в движении (на основе перемещения ребёнка в пространстве).
3. Сочетание этих двух видов вестибулярного тренинга.
4. Вестибулярные упражнения без зрительного контроля на месте (на основе изменения исходного положения ребёнка).
5. Вестибулярные упражнения без зрительного контроля в движении (на основе перемещения ребёнка в пространстве).
6. Сочетание этих двух видов вестибулярного тренинга.
7. Вестибулярно-зрительно-опорно-выпрямительные упражнения в положении сидя.
8. Вестибулярно-зрительно-опорно-выпрямительные упражнения в положении на низких коленях на месте.
9. Вестибулярно-зрительно-опорно-выпрямительные упражнения в положении на средних коленях на месте.
10. Вестибулярно-зрительно-опорно-выпрямительные упражнения в положении на высоких коленях на месте.
11. Вестибулярно-зрительно-опорно-выпрямительные упражнения в положении на одном колене с опорой на ступню другой ноги на месте.
12. Вестибулярно-зрительно-опорно-выпрямительные упражнения при передвижении на высоких коленях.
13. Вестибулярно-зрительно-опорные упражнения в движении на месте.
14. Вестибулярно-зрительно-опорные упражнения в ходьбе по ровной и горизонтальной поверхности.
15. Вестибулярно-зрительно-опорные упражнения в ходьбе по рельефной поверхности (кросс-ходьба) и т.д.

Отдельно следует остановиться на упражнениях с использованием биологической обратной связи (БОС) на основе применения информационно-компьютерных технологий (ИКТ). На этом этапе коррекции производится **полная интеграция** деятельности всех внешних и внутренних входов постуральной системы апломба. Удачным примером такого типа тренингов с детьми следует признать **стабилометрию**, основанную на применении компьютерного стабилорафа «Стабилан-01» с соответствующим программным обеспечением, позволяющим более мотивированно и эффективно формировать постуральные механизмы у детей дошкольного возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Основными средствами обучения в этом направлении являются **компьютерные стабилорафические игры**, в которых выполняются определённые двигательные действия, обеспечивающие произвольное перемещение центра давления (ЦД) в том или ином направлении. Именно в процессе такой игры ребёнок с постуральным дефицитом учится осмысленно управлять положением ЦД тела, тренируя функцию равновесия. Таких, как: игра «Мячики», «Фигурки по кресту», «Октаэдр», «Кубики», «Бабочка», «Фигурки» и «Три мячика».

В завершение сформулируем предварительные **выводы**:

1. При выборе средств формирования постуральных механизмов у дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимо руководствоваться филогенетическим принципом, отражённым в логике становления всех функциональных систем ребёнка в период раннего онтогенеза.
2. Данный методологический подход предопределил классификацию средств формирования постуральных механизмов у данного контингента детей: вестибулярные упражнения, вестибулярно-зрительные упражнения, вестибулярно-зрительно-опорновыпрямительные упражнения, вестибулярно-зрительно-опорные (подарные) упражнения.
3. Сформированную базу для реализации постуральных механизмов сохранения динамической устойчивости тела ребёнка целесообразно дополнить комплексом интеграционных

упражнений с биологической обратной связью на основе использования информационно-компьютерных технологий на базе применения стабิโลграфа «Стабилан-01».

Перспективы дальнейших изысканий в данной области лежат в плоскости расширения арсенала упражнений по каждому из вышеперечисленных разделов, а также поиска оптимальных сочетаний этих упражнений, как между собой, так и во взаимодействии с методикой биологической обратной связи с применением компьютерной стабิโลграфии.

Список использованных источников:

1. Барановская Е. Н. Формирование установочных поз и ходьбы у детей дошкольного и младшего школьного возраста с детским церебральным параличом : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Москва, 2013. 181 с.
2. Бочков П. Н. Модель формирования поструральных механизмов у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата средствами коррекционного физического воспитания. *Наукові записки кафедри педагогіки Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна* : збірник наукових праць. Харків : вид-во ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2019. Випуск 44. С. 24–33.
3. Гурулёва Т. Г. Воспитание координационных способностей в спортивно-оздоровительных группах детей 6 – 7 лет : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Улан-Удэ, 2006. 150 с.
4. Черникова Л. А. Методики диагностики и тренировки функции равновесия на основе компьютерного стабילוанализатора с биологической обратной связью «Стабилан-01» (методические рекомендации) / под ред. Черниковой Л. А. Москва, 2001. 37 с.
5. Мора Н. Д., Бочков П. Н. Принципы формирования поструральных механизмов у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. *Весці БДПУ*. 2018. Серія 1, № 4. С. 3–10.

УДК 376

Olha Vindiuk,

Ph. D. in Physical Education and Sports,
gymnastics trainer at “Gold Star Gymnastics”,
Sunnyvale, California, USA

FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE OF JUNIOR SCHOOLCHILDREN IN THE USA

Healthy lifestyle suggests proper attitude to physical activity and nutrition. The desire to have a healthy lifestyle involves proper attitude to nutrition and physical activity. Those who are interested in their health know that it greatly deteriorates as a result of overeating and insufficient physical activity.

More than 34 million Americans suffer from obesity, which is a major risk factor for coronary heart disease. This is the cause of 1.5 million heart attacks and 550,000 deaths annually among the US residents.

Studies in the field of pedagogy and psychology have shown that the habit of healthy lifestyle and rational nutrition as one of its components, as well as the need for motor activity are all developed from the childhood.

In the US, we may observe a new approach to the solution of this issue. Motor activity and nutrition are considered as one united pedagogical problem.

Younger schoolchildren in America are engaged in the course called “Improvement of my choice”, which consists of two sections, dealing with nutrition and motor activity. It is designed for junior elementary schools, comprises of 5 lessons, and includes a teaching material through which children should make healthy food and motor activity their everyday choice, as it has been found that healthy children are more positive and active in the classroom, while also becoming more receptive to new material. The central idea of the health education course for younger American schoolchildren “Improving my choices”, is to focus on self-responsibility of students in decision-making [1, 2, 3].

The basis of the program is formed by the following principles: to use the best scientific achievements in the field of nutrition, motor activity and methodology of education; focus students' attention on positive

changes in behavior not just merely on the information provided to them; engage students in obtaining knowledge that is relevant for their development and, at the same time, brings them joy; raise self-esteem while choosing the right path leading to healthy longevity; promote students' optimism in practical decision-making; consider students' self-improvement; ensure success for all students.

The basis of this program is the "Food Pyramid", developed by the American Department of Agriculture. This is a system that divides the products into five main food groups: 1. Milk and dairy products; 2. Meat, beans and nuts; 3. Vegetables; 4. Fruits; 5. Bread and granulated products. Americans include to the sixth group products of the group "Extra". It is so because they carry much energy, high fat and sugar content (mayonnaise, cake, etc.), but have low nutrient content, which can cause tooth decay in children.

Dividing foods into five food groups plus "Extra" helps people plan their diet properly, including the right amount of food for each food group. In the first two lessons the training program recommends students: 1. To choose food items to fill the daily pyramid taking into account all the recommendations. 2. Use "Extra Food" with some restrictions to fill the food pyramid. 3. If possible, include fat-free foods from each food group into your diet.

Most of the third lesson is devoted to nutrition: students become familiar with the "food pyramid", the food groups that come into it, and also find out the amount of servings required by each food group per day.

At the end of the third lesson in order to prepare for the next class, students begin to fill in the journal on motor activity, which lists the types of motor activity and the amount of time spent on it.

The fourth lesson concerns the unification of motor activity and the choice of food. Food supplies us with energy needed for the necessary motor activity, whereas this activity gives us the ability to vary food, ultimately giving strength and health to a person.

Students see that motor activity is the sphere they can control, and one small improvement very often can lead to a significant advance in overall health.

In different studies of the American scholars, guidelines for motor activity for junior pupils range from 20 minutes to 2 hours per day.

The basis for this program is the so-called "golden mean", which is 60 minutes of motor activity per day.

After analyzing their nutrition and motor activity records, students make their own plans to improve their choices in both spheres.

Not accidentally the topic of the fifth and final lesson is "self-improvement".

Everyday choices of people are very often influenced by what they hear and see. And even the choice of an independent-thinking student may not always depend on his own choice of food products and amount of motor activity. This program enables to make key decisions based on a simple model: the monitoring of their situation in relation to the standard; making of a choice: drafting a plan; realization of the plan; analysis.

Certainly, it is impossible to become healthy by just filling the product pyramid and the "clock" of motor activity once or twice. However, even small changes and improvements noted in the records which students made at the beginning and at the end of the program can serve as a motivation for them to continue following their plans.

Any improvement is appreciated by a teacher and parents as a significant success on the way leading to healthy lifestyle. In the works of the American specialists teachers may find the materials they need to have to be competent when working at the elementary schools for the formation of the culture of motor activity and nutrition among children. For the school health program to be coherent and effective, teaching staff should familiarize themselves with all its components, as well as know what kind of participation by the school personnel, the family, and the public is accepted. It is important for educators to understand their own role, while realizing each factor affecting the health of a child.

References:

1. Anderson M. H., Elliot M. E., La Barge J. Play with a purpose. Elementary School Physical Education. Harper & Row, Publishers. New York and London. 2011. P. 39–43.
2. Dyson B. P., Harper M. L. Cooperative learning in an elementary physical education program. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 1997. Vol. 68. No. 1. P. 43–44.
3. Masser L. S. Teaching for Affective Learning in Elementary Physical Education. *JOPERED*. 2014. August. P. 29.

Павло Віндюк,

кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
доцент кафедри фізичної реабілітації і здоров'я людини
Класичного приватного університету,
м. Запоріжжя, Україна

ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКТОРНОЇ ЛОКОМОЦІЇ ЗА МЕТОДОМ ВОЙТИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Над проблемою органічних уражень нервової системи, зокрема церебрального паралічу (ЦП), працювало багато вчених, які при всьому різноманітті клінічних проявів та патофізіологічних механізмів їхнього формування, виділяють в якості найпоширенішої спастичну форму ЦП. Однією з найскладніших проблем є розробка засобів та методів рухової активності.

Існують різні погляди на лікування пацієнтів із ЦП. Метод Войти визнаний одним із провідних засобів фізичної реабілітації. За рахунок терапевтичного застосування рефлексорної локомоції у пацієнтів із пошкодженнями центральної нервової системи та рухового апарату є змога відновити, принаймні в окремих областях, елементарні рухові моделі [1].

Включення методики Войти у програму фізичної реабілітації повинно сприяти поетапному формуванню рухових навичок, що відповідають процесу розвитку моторики здорової дитини.

У зв'язку зі зростанням рівня захворюваності проблема ЦП є дуже актуальною по всьому світі. Вроджені вади розвитку центральної нервової системи інвалідизують організм, значно звужують аспекти пристосування до умов середовища. Вивчення ЦП на сучасному етапі більше пов'язане з реабілітаційним напрямом, але продовжується також вивчення етіології та патогенезу захворювання. Література по ЦП переважно заснована на клінічних методах дослідження та, на жаль, майже не включає класичних фізіологічних методик оцінки стану функцій організму.

За останні 10 років в Україні створені клінічні настанови з окремих складових реабілітації дітей із руховими порушеннями внаслідок непрогресуючого органічного ураження головного мозку. Найбільша кількість клінічних настанов присвячена корекції рухових порушень у дітей із церебральним паралічем. Однак рекомендацій, заснованих на доказах, які б об'єднували різні напрямки реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, ще не зроблено [3, 4].

Що стосується літератури з обраної нами методики лікування ЦП, її не так вже і багато. В основному це праці самого лікаря Вацлава Войти, а також його помічників. В основному праці з описання принципу рефлексорної локомоції та результатів її застосування викладені німецькою мовою [5, 6].

В українській літературі методика Войти викладена в основному лише описово, в більшості випадків у навчально-методичних посібниках, дисертаціях та працях із фізичної реабілітації [2].

Мета роботи – обґрунтувати, розробити та апробувати методику фізичної реабілітації пацієнтів із ЦП спастичної форми із застосуванням рефлексорної локомоції за методом Войти.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення науково-методичної літератури; методи оцінки фізичного розвитку; фізіологічні методи; методи математичної статистики.

Організація дослідження: дослідження проводилось на базі Центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів міста Кременчука Полтавської області. В дослідженні брали участь дві групи дітей із церебральним паралічем геміпаретичної та тетрапаретичної форм спастичного типу у кількості 16 осіб, що були поділені на контрольну та основну групи.

План лікувальних заходів був досить ризикованим, адже додаткове навантаження для організму дітей при застосуванні, окрім стандартних методів реабілітації в реабілітаційному центрі, методики за методом Войти могло привести до додаткових негативних наслідків. Отже, в якості базового методу лікування дітей із руховими порушеннями експериментальної групи було застосування на додаток до реабілітації у реабілітаційному центрі рефлексорної гімнастики за методом Войти, основна ж група проходила стандартну реабілітацію в центрі.

Основною перевагою запропонованої нами методики є той факт, що методика Войти несе в собі онтогенетично орієнтовані підходи до побудови руху і, відповідно, до корекції рухових порушень.

Ефективність лікувальної гімнастики за методом Войти може бути пояснена використанням основоположних принципів рефлекторної локомоції, побудованих на розпрямляючих механізмах та рефлексогенних поступальних рухах (повзання, перевертання), перенесення центру ваги, від сукупності яких залежить успіх поступальних рухів. Лікувальна гімнастика за методом Войти дозволяє провокувати рухову активність при відсутності мотивації у дітей із ЦП.

Вивчення ефективності порівнюваних методів відновлювального лікування базувалось на динамічному аналізі даних. Вимірювання проводились тричі за перший місяць, через три місяці та через півроку. Таким чином, безпосередні результати лікування пацієнтів експериментальної (основної) групи свідчать про високу ефективність розробленого нами відновлювального комплексу. Застосування методик, побудованих на основі принципів формування фізіологічних рухових стереотипів за Войтою, призводить до стійкого покращення симптомів ЦП незалежно від форми захворювання. Найбільш виражена позитивна динаміка відмічалась за неврологічним статусом (в тому числі зменшення вираженості гіпертонусу), а також за показниками довжини кроку.

При аналізі результатів виконання пальценосової проби у вертикальному положенні в експериментальній групі було відмічено, що на 3-му місяці після початку курсу стала прослідковуватись тенденція до покращення показників на обох боках.

За результатами виконання проби після обертання кистями діти експериментальної групи показали статистично достовірні покращення вже до кінця третього тижня лікування на правому боці. Лівий бік спочатку на лікування не відреагував, покращення з'явилися лише після трьох місяців.

В експериментальній групі при виконанні проби із сантиметровою стрічкою правий та лівий боки перший час не реагували. Після трьох місяців лікування правий бік показав статистично значимі результати, лівий бік результатів не продемонстрував.

У контрольній групі перші три місяці лікування майже не справили впливу на характер виконання пальценосової проби у вертикальному положенні. Під кінець лікування були-таки зареєстровані незначні позитивні зрушення, і то лише на одному боці – правому.

При пальценосовій пробі в горизонтальному положенні в середині лікування спостерігалась навіть негативна динаміка на правому боці, лівий же бік показав статистично значимий результат, який перейшов у тенденцію після третього місяця лікування.

Таким чином, засоби терапії, що застосовуються для реабілітації хворих на ЦП із тетрапарезом, діють досить повільно. Деякі проби, недивлячись на помітне покращення стану хворого, не дали статистично достовірних цифр, які б підтверджували дане покращення.

Практично в жодній із проб обох груп не було зафіксовано статистично достовірного покращення після першої процедури. Лише під час проведення пальценосової проби у вертикальному положенні в експериментальній групі була зафіксована тенденція до покращення після перших декількох процедур. Тим не менше, проведені дослідження показали високу ефективність обраної методики у порівнянні з засобами реабілітації контрольної групи дітей.

Підтвердженням сказаному є той факт, що лише в експериментальній групі в ряді проб було зафіксоване збереження позитивних результатів. В контрольній же групі у декількох пробах були отримані статистично достовірні дані, що свідчили про негативну динаміку.

Порівняльний аналіз представлених методів відновлювальної терапії показав, що поєднання різних методик реабілітації з методом Войти є істотно ефективнішим, ніж стандартні методи реабілітації. Додаткове використання методики Войти мало більш виражені та стійкі результати (за інформацією від батьків дітей експериментальної групи, досягнуті ефекти ще тривають).

Таким чином, безпосередні результати лікування пацієнтів експериментальної групи свідчать про високу ефективність відновлювального комплексу. Тривалість існування отриманих ефектів досягала кількох місяців.

Список використаних джерел:

1. Борисенко А. В. Современные техники мануальной терапии и нейрофизиологические механизмы их лечебного действия. *Мануальная терапия*. 2009. № 4 (36). С. 3–9.
2. Войта В. Принцип Войты / перевод с немецкого. Изд-во : ГК «Мадин», 2014. 348 с.

3. Доценко В. И., Семенова К. А. Постурологические аспекты детского церебрального паралича. *Социальная педиатрия и реабилитология*: сб. научн. трудов. Киев: Интермед, 2007. С. 209–213.

4. Евтушенко О. С. От этиологии церебрального паралича к его эффективной реабилитации. *Жизнь с ДЦП*. 2010. № 33. С. 8–11.

5. Orth H. Das Kind in der Vořta-Therapie. Muenchen: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, 2005. 230 p.

6. Vořta V., Schweizer-Völker E. Die Entdeckung der idealen Motorik. Die Entwicklung der angeborenen Bewegungsmuster im ersten Lebensjahr: Kinesiologische und muskuläre Analyse. 2009. P. 281.

УДК 376.1:616.831-009.11:796(045)

Світлана Волкова,
кандидат педагогічних наук, професор,
м. Запоріжжя, Україна

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

Аналізуючи сучасну спеціальну літературу з проблеми захворювання на церебральний параліч (ЦП) та власні спостереження за даним контингентом хворих, можна стверджувати, що організація допомоги хворим на церебральний параліч – велика соціальна проблема, що включає медикаментозне, фізіотерапевтичне, ортопедичне, логопедичне лікування, гідрокінезотерапію, електростимуляцію м'язів у спокої і під час ходьби. Особливе значення у фізичній реабілітації таких дітей мають лікувальна фізична культура та масаж. Для одержання позитивного реабілітаційного ефекту дітей із ЦП необхідна тривала й наполеглива робота.

У дітей із порушеннями опорно-рухового апарату порушений весь хід моторного розвитку, що робить несприятливий вплив на формування нервово-психічних функцій. Це пов'язано з тим, що рух організму і всі його найважливіші функції – дихання, кровообіг, ковтання, переміщення тіла в просторі, реалізуються рухом [2].

Провідне місце в реабілітації, соціальній адаптації й інтеграції осіб із церебральним паралічем у суспільне життя як його активних учасників посідають фізичні вправи. Цілеспрямовані заняття фізичними вправами забезпечують корекцію рухових порушень і підвищують працездатність організму дитини. Фізична реабілітація в умовах спеціалізованого центру займає важливе місце, сприяє ефективній корекції функціональної недостатності опорно-рухового апарату, забезпечує тренування серцево-судинної та легеневої систем, що приводить до кращої активності дитини в навчальній діяльності й адаптації в суспільстві.

Досить широко представлені в сучасній літературі роботи по комплексній терапії хворих на ЦП [1, 4], розроблено велику кількість методик щодо реабілітації хворих на ЦП [6], широко розкритий організаційний аспект фізичного виховання підростаючого покоління [3]. Однак є ще чимало питань, пов'язаних із комплексною реабілітацією та фізичним вихованням інвалідів, що потребують подальшого вивчення.

Мета роботи – обґрунтувати та експериментально оцінити програму фізичної реабілітації дітей, хворих на церебральний параліч віком 4–7 років в резидуальному періоді в умовах спеціалізованого дитячого центру.

Досягнення поставленої мети здійснювалося за допомогою вирішення наступних завдань: проаналізувати науково-методичні джерела, які присвячені темі фізичної реабілітації дітей, хворих на церебральний параліч; запропонувати програму фізичної реабілітації для застосування у дітей, хворих на церебральний параліч; дослідити ефективність застосування програми фізичної реабілітації дітей.

Методи дослідження: аналіз науково-методичних джерел, які присвячені реабілітації дітей, хворих на церебральний параліч; методи педагогічного експерименту, фізичної реабілітації, математичної статистики; медико-біологічні методи.

Дане дослідження було проведене на базі Обласного центру соціальної реабілітації дітей-інвалідів. У ході цього експерименту були сформовані 2 групи: 20 дітей з ЦП (11 хлопців та 9 дівчат) віком 4-7 років, з яких 10 дітей із ЦП геміплегічної, диплегічної та параплегічної форм методом випадкового відбору увійшли до основної групи та 10 дітей до контрольної групи.

Виконання програм контролювали методом спостереження протягом шести місяців. Діти контрольної групи також перебували в центрі, але проходили реабілітаційні курси (ЛФК), також як і діти основної групи приймали до 10 сеансів оздоровчого масажу.

За результатами контролю програми коригували, вносили необхідні зміни, ставили нові завдання.

При порівнянні показників основної групи хворих дітей при первинному і повторному обстеженні відзначалися достовірні відмінності функцій опорно-рухового апарату, нервової і кардіореспіраторної систем, які представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Показники основної групи при первинному і повторному обстеженні

Показники	Первинне M±m	Повторне M±m	t	P
1. Обхоплювальні розміри, см				
а) плеча	18,1±0,4	21,0±0,1	14,4	<0,0001
б) стегна	30,2±0,4	31,1±0,2	2,05	<0,05
в) гомілки	18,8±0,3	18,3±0,4	1,0	>0,05
2. Показники обсягу рухів у суглобах (градуси):				
а) променево-зап'ястний				
– згинання	111,4±4,6	100,4±3,1	1,99	=0,05
– розгинання	161,0±2,6	153,0±2,1	2,42	<0,05
б) ліктьовий				
– згинання	100,8±1,7	107,8±1,1	3,46	<0,01
– розгинання	156,8±2,4	165,9±2,8	2,47	<0,05
в) колінний				
– згинання	129,0±1,9	135,0±1,8	2,30	<0,05
– розгинання	135,8±2,7	143,0±2,5	2,17	<0,05
3. Життєва ємність легенів, ЖЄЛ, л	0,8±0,05	1,2±0,03	6,67	<0,0001
4. Екскурсія грудної клітки, см	3,0±0,3	3,2±0,3	0,48	>0,05

Висновки. Результати обстеження групи пацієнтів віком від 4 до 7 років до і після шестимісячного курсу інтенсивної фізичної реабілітаційної корекції з використанням вправ лікувальної фізкультури, циклічних вправ з використанням м'яча за методикою В. Т. Кожевникової «м'яч-батут-розтягнення» виявили, що розроблена і застосована комплексна програма фізичної реабілітації для дітей основної групи, хворих на церебральний параліч, була ефективною і сприяла позитивній динаміці параметрів нервової, дихальної систем та опорно-рухового апарату. Для стійкої позитивної динаміки досліджуваних показників вищенаведених систем організму хворих дітей на церебральний параліч необхідно тривалий період часу застосовувати запропоновані засоби фізичної реабілітації.

Перспективою подальших розробок є застосування даної програми фізичної реабілітації з проведенням обстежень через 1–2 роки, а також модифікація програми з урахуванням віку та статі хворої дитини.

Список використаних джерел:

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. Москва : Просвещение, 2009. 256 с.
2. Афанасьев С. М. Особливості функціонального стану опорно-рухового апарату дітей з парепарезом і геміпаретичною формою церебрального паралічу. *Молода спортивна наука України* : зб. наук. статей в галузі фіз. культури та спорту. 2003. Т. 1. С. 393–396.
3. Ипполитова М. В., Быбенкова Р. О., Мастеонова Е. М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье : пособие для родителей и воспитателей. Москва : Просвещение, 2006. 47 с.
4. Адрианов В. А., Затекин А. И., Козюков Е. В. Организация восстановительного лечения детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. *Восстановительное лечение детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата* : сб. науч. работ. 2004. С. 3–6.
5. Бадалян Л. О. Детские церебральные параличи. Киев : Здоровье, 2008. 328 с.
6. Глозман Ж. М., Цыганок А. А. Нейропсихологический подход к двигательным нарушениям у детей. *Дефектология*. 2007. № 4. С. 90–93.

УДК 376

Олександр Гончаренко,
кандидат фармацевтичних наук, доцент,
м. Запоріжжя, Україна

АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ

Фізичне виховання є складовою всебічного розвитку особистості. Воно спрямоване на забезпечення фізичного розвитку індивіда, зміцнення здоров'я, морфологічне і функціональне вдосконалення організму людини. Чим більше розвинені фізичні і духовні сили людини, тим вищий рівень її працездатності і результативності праці. Отже, проблема фізичного виховання сьогодні є актуальною та соціально значущою. Здорова людина більш активна, мобільна, життєрадісна і загалом життєздатніша. Сучасний стан фізичного виховання студентів вимагає об'єктивного аналізу існуючих форм, систем і концепцій його розвитку в українському просторі. Такий підхід створює можливості визначення пануючих в ньому тенденцій, існуючого потенціалу, а також врахування недоліків.

Сучасна людина живе в умовах, що негативно впливають на її здоров'я: забруднене навколишнє середовище; їжа перенасичена барвниками, консервантами та іншими шкідливими речовинами, зменшення лісових насаджень, водойм, посівних площ тощо. Зрозуміло, що людський імунітет з кожним поколінням стає слабкішим, а організм все вразливим до різноманітних хвороб.

Формування здорового способу життя залежить тільки від нас самих, наших переваг, переконувальності та світогляду, є головним важелем первинної профілактики в укріпленні здоров'я населення через зміну стилю та укладу життя, його оздоровлення з використанням гігієнічних знань для подолання шкідливих звичок, гіподинамії та несприятливих сторін життя, пов'язаних із різноманітними ситуаціями.

Теорія і практика фізичного виховання спираються на дані фізіології, яка озброює теорію і методику фізичного виховання знаннями про закономірності розвитку організму людини, вплив різноманітних чинників на його функціональну діяльність [1].

Фізичне виховання – система соціально-педагогічних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я, життєво важливих рухових навичок та вмінь [2].

Виховання підростаючого покоління фізично здоровими – важливе завдання сім'ї та школи. Однак, нині практично здоровими є лише 27% дітей дошкільного віку, лише 65% дітей і 60% підлітків

фізично гармонійно розвинені. Значна кількість учнів старших класів за станом здоров'я мають обмеження щодо вибору професії, а серед випускників шкіл не менше половини не придатні або частково придатні до військової служби [4].

Усе це свідчить про необхідність докорінної перебудови фізичного виховання школярів і студентів. Зміст фізичного виховання молодого покоління визначається навчальною програмою з предмета та програмами секцій і гуртків. Програмою передбачено: засвоєння теоретичних відомостей, гімнастичні вправи, що сприяють загальному фізичному розвитку, рухливі ігри, плавання тощо. Складність реалізації програми полягає в тому, що на одному уроці доводиться опанувати елементи кількох розділів. Це утруднює планування навчального матеріалу на семестр і на кожний рік.

Зміст фізичного виховання у ВНЗ підібрано з таким розрахунком, щоб забезпечити:

- зміцнення здоров'я і загартування організму студентів, сприяння їхньому фізичному розвитку та підвищенню працездатності. Це потребує використання всіх чинників, які позитивно впливають на цей процес;
- формування та вдосконалення рухових навичок і вмінь та повідомлення пов'язаних з ними знань;
- розвиток основних рухових якостей;
- формування звички та стійкого інтересу до систематичних знань фізичними вправами;
- виховання гігієнічних навичок, формування знань про фізичні вправи та загартування.

У фізичному вихованні використовують фізичні вправи. Природні та гігієнічні чинники.

Поняття «способу життя» досить багатопланове, охоплює різні сфери життєдіяльності людей і тому застосовується в багатьох наукових дисциплінах і дослідженнях [2, 3, 4]. Спосіб життя не визначається лише характером поведінки людини, яка позитивно чи негативно впливає на її здоров'я. Сам характер поведінки зумовлений фізичним оточенням, культурним середовищем, вихованням, матеріальними можливостями. На формування способу життя впливають стереотипи стосунків між людьми, їхній життєвий досвід і соціальні умови, які визначаються середовищем і залежать від нього [3].

Складовою здорового способу життя містять різноманітні елементи, що стосуються усіх сфер здоров'я – фізичної, психічної, соціальної і духовної. Найважливіші з них – харчування, побут, умови праці, рухова активність. Вирішення проблеми збереження здоров'я дітей, підлітків та студентів потребує пильної уваги всіх зацікавлених у цьому – педагогів, медиків, батьків, представників громадськості. Однак особливе місце та відповідальність в оздоровчій діяльності відводиться освітній системі, яка повинна й має всі можливості для того, щоб зробити освітній процес здоров'язбережувальним, і в цьому випадку йдеться вже не просто про стан здоров'я сучасного молодого покоління, а про майбутнє України.

На системний підхід у фізичному вихованні молоді орієнтує комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації», в якій фізичне виховання в навчально-виховній сфері розглядається як складова частина загальної системи освіти, покликана забезпечити розвиток фізичного і морального здоров'я, розумову та психологічну підготовку молоді до активного життя й професійної діяльності [1].

Нами встановлено, що соціально-економічна ефективність фізичного виховання студентів поки що не має чіткої аргументації. Фрагментарні наукові дослідження з цієї проблеми зроблені на порівняно невеликому статистичному матеріалі. А це ставить під сумнів доцільність здійснення фізичного виховання студентської молоді і на практиці веде до зниження його ефективності. Система фізичного виховання студентської молоді України припускає створення в масштабах країни і нарівні вищих навчальних закладів визначених стандартизованих, ідеологічних, програмно-нормативних і організаційних основ фізичного виховання та умов для його реалізації. Зокрема, передбачається виконання соціального замовлення держави і суспільства на кондиційну та професійну та прикладну фізичну підготовку студентів (за профілем майбутньої спеціальності), шляхом організації у вищих навчальних закладах факультативних занять із різними практико-діяльними компетентами фізичної культури і реалізацію базового компонента, орієнтованого на покращення особистої фізичної культури.

Діюча система фізичного виховання у вищих навчальних закладах України є наразі недосконалою, так як вона не виконує повною мірою соціальне замовлення держави на забезпечення здоров'я, загальної кондиційної і спеціальної професійно-прикладної готовності студентів до життєдіяльності та до належного виконання своїх професійних обов'язків.

Список використаних джерел:

1. Указ Президента України від 9 лютого 2016 року № 42/2016 «Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#n14> (дата звернення: 23.09.2019).
2. Закон України «Про фізичну культуру і спорт» (1993, 2002). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12> (дата звернення: 23.09.2019).
3. Державна програма розвитку фізичної культури і спорту в Україні (1994 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/334/94> (дата звернення: 23.09.2019).
4. Реалізація здорового способу життя – сучасні підходи / за заг. ред. М. Лук'яненка, Ю. Шкретя, Е. Блоляха, А. Матвеева. Дрогобич : КОЛО, 2015. 124 с.

УДК 376

Віталій Кантаржи,
м. Одеса, Україна

СПЕЦІАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТРУДОТЕРАПІЇ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Трудотерапія посідає особливе місце у фізичній реабілітації дітей із порушенням опорно-рухового апарату. Вона сприяє не лише фізичному прогресу дитини, але і її інтелектуальному розвитку, дає можливість набутти первинних трудових навичок, сприяючи надалі соціальній адаптації. Проте, щоб досягти бажаного результату, педагог-реабілітолог повинен неухильно наслідувати певні принципи, які запропоновані нами.

Топографічний принцип. Для організації правильної корекції ураженої (пригніченої) верхньої кінцівки необхідно чітко диференціювати парез за топографічною ознакою, тобто місцем його знаходження. У зв'язку з цим виділимо основні варіанти топографії парезів у верхніх кінцівках.

- **Монопарезом називають** патологію, при якій частково порушені рухові можливості однієї руки.

- **Парапарез (верхній)** – неврологічний синдром, що охоплює дві верхні кінцівки, характеризується непроходженням нервових сигналів і послабленням м'язової активності аж до повного знерухомлення в обох руках.

- **Проксимальний парез рук** – виражається в неможливості підняти руку або в утрудненні здійснювати цей рух із-за слабкості проксимальних м'язових груп при відносно достатній силі дистальних м'язових груп.

- **Дистальний парез рук** – характеризується обмеженням об'єму довільних рухів і сили їх в кисті при відносно підлягаючій зберіганню силі і об'ємі рухів у плечовому суглобі.

- **Тотальний парез в усіх руці** виникає в результаті ушкодження верхнього і нижнього первинних пучків плечового сплетення спинного мозку (в'ялий варіант) або ж внаслідок поразки відповідної зони кори головного мозку (спастичний варіант).

Тонічний принцип. Залежно від переважаючого в паретичної верхньої кінцівки м'язового тону педагог повинен підбирати відповідні корекційні трудові операції. В зв'язку з цим коротко охарактеризуємо чотири основні стани м'язового тону в руках:

- **М'язова гіпотонія** – захворювання, що характеризується неприродним зниженням тону м'язових волокон. Ця патологія м'язів настає при зміні роботі периферичного відділу рухового нейрона, нейрональних складових спинного мозку, а також при поразці ретикулярної формації стовла головного мозку.

- **М'язова нормотонія** – стан здорових м'язів, при якому м'язова тканина еластична, тону м'язів-антагоністів збалансований, урівноважений, а згинання – розгинання кінцівки відбувається природно, без особливих зусиль.

- **М'язова гіпертонія** – стан м'язів із неприродно високим тонусом, що створює певні труднощі при виконанні згинання і розгинання кінцівок.

Принцип адекватності наявним руховим порушенням. Повноцінна трудотерапія буде неможливою, якщо педагог не враховуватиме у кожному конкретному випадку особливості тих або інших рухових порушень, наявних у конкретної дитини. У зв'язку з цим позначимо хоча б основні з них:

- **спастичний згинальний варіант** – паралізація центрального генезу: проявляється спастичним скороченням м'язів, що приводять до вимушеного згинання в суглобах, тону м'язів підвищений, але при цьому м'язова сила недостатня.

- **спастичний розгинальний варіант** – протилежний до попереднього, оскільки в даному випадку верхні кінцівки перебувають у стані вимушеного розгинання – випрямлення, через що дуже ускладнені операції, пов'язані з необхідністю згинати верхні кінцівки в усіх їхніх біоланках.

- **дистонічний варіант** – характеризується мінливістю м'язового тону (від стану гіпотонії до стану гіпертонії), а також пов'язаною з цим нестабільністю положення кінцівки у просторі і скрутністю довільного маніпулювання нею.

- **гіпотонічний варіант** – представлений в'ялою, слабкою кінцівкою, нездатною розвивати необхідні м'язові зусилля при виконанні певних трудових операцій.

Принцип гарматної логіки. Досягнення певного результату в трудовій діяльності має на увазі наступний причинно-наслідковий алгоритм:

- цільовий результат (що ми хочемо отримати);
- вид трудової операції (що ми для цього робитимемо);
- вид трудових коригуючих рухів (як ми це робитимемо, виправляючи наявні рухові порушення).

Принцип ручної предметно-маніпулятивної діяльності. В основі практично усіх видів трудової діяльності лежить маніпулювання з певними предметами, зокрема зі знаряддями праці, інструментами.

Принцип операційної послідовності. При виконанні тієї або іншої трудової операції необхідно дотримуватися певної послідовності зумовленою як загальними дидактичними, так і спеціальними принципами фізичної реабілітації дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Позначимо основні з них:

- **Від простого – до складного.** При складанні програми трудотерапії, враховуючи патологію дитини, трудові завдання слід починати від простих операцій до складніших рухових дій.

- **Від легкого – до важкого.** Реалізацію цієї методичної позиції можна показати на наступному конкретному прикладі використання різних викруток при закручуванні шурупів і болтів з «грибоподібним», многокутним капелюшком.

- **Від згинання – до розгинання.** Для втілення цієї методичної позиції необхідно підібрати такі трудові операції і початкові положення дитини, при яких би спочатку переважали згинальні рухи у верхній кінцівці.

- **Від проксимальних відділів кінцівки – до дистальних.** У цій методичній позиції мається на увазі первинне залучення до трудової операції довколишніх до тулуба м'язів рук (зона плечового пояса і плечового суглоба) з поступовим включенням в рухову дію віддалених від тулуба м'язів і суглобів (області передпліччя і кисті).

- **Від повільних рухів – до швидких.** Починати будь-яку трудову операцію необхідно з відносно повільних, спокійних і плавних рухів, як би намацувавши структуру майбутньої трудової рухової дії. По досягненню певного рівня розвитку рухових умінь поступово переходити до швидшого темпу рухів з інструментом (наприклад, при пилянні або свердлінні).

Принцип сюжетно-ігрової активації трудотерапії. Передбачається, що уся корекційна робота з використанням трудотерапії, у тому числі і на занятті з фізичної культури, ґрунтована на ігровому методі як найбільш ефективному і природному для дошкільнят. Ігрова мотивація є потужним стимулом при виконанні будь-якої рухової дії, включаючи трудове.

Принцип безпеки трудових коригуючих маніпуляцій. Система безпеки у трудових діях – це комплекс організаційно-педагогічних заходів з боку педагога, спрямованих на створення таких умов рухово-ігрово-трудової діяльності дітей, при яких небезпека їхньому життю і здоров'ю була б зведена до мінімуму, а при її виникненні успішно долалася адекватною страховкою з боку педагога.

Безпека робочого місця (робочої зони). Мається на увазі, що саме робоче місце (верстак «Мастер-ломастер») і прилегла до нього **робоча зона** (приблизно до 1 метра від меж верстака) будуть розташовані у фізкультурному залі або іншому приміщенні дитячого саду з урахуванням системи безпеки. Мається на увазі, що поруч не буде дверей, що відкриваються, вікон, електроприладів, а також жорстких незграбних конструкцій, об які можна травмуватися.

Безпека інструментів. Перед початком трудових корекційних операцій необхідно перевірити усі призначені для маніпуляцій інструменти на їхню безпеку: руків'я інструментів має бути гладким, без скабок і надійно прикріплені до самих інструментів, інструменти не мають бути занадто гострими і важкими, інструменти мають бути справними.

Безпека трудових маніпуляцій. Цей вид безпеки має на увазі таку організацію трудової корекційної діяльності, яка унеможливить самотравматизацію дитину під час виконання трудових дій.

Безпека роботи в підгрупі. Якщо за верстаком працюють двоє і більше дітей, необхідно передбачити безпеку їхньої спільної трудової діяльності. Чим більше дітей одночасно працюють за верстаком, тим більше вірогідності виникнення травмонебезпечних ситуацій.

Емоційна безпека. Цей вид безпеки має на увазі наступні методичні позиції: по-перше, в міні-групу, яка здійснюватиме коригуючі трудові маніпуляції, слід відбирати дітей, що добре взаємодіють один з одним, дружньо налагоджених між собою. По-друге, слід уникати конфліктних ситуацій між дітьми, а у разі їх виникнення – швидко і адекватно долати ці ситуації. По-третє, не слід примушувати дитину займатися трудовою діяльністю, якщо сьогодні при цьому психофізичному стані вона не бажає цього робити.

Список використаних джерел:

1. Каптелин А. Ф. Восстановительное лечение (лечебная физкультура, массаж и трудотерапия при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата). Москва, 1969. 403 с.
2. Рубинова Ф. С. Эффективность трудовой терапии при психических заболеваниях. Ленинград, 1971. 239 с.
3. Єфименко М. М., Мога М. Д. Адаптивне фізичне виховання та оздоровлення: ранній і дошкільний вік. Програма розвитку дошкільників з порушеннями опорно-рухового апарату. Одеса : типографія ОІВС, 2012. С. 21–50.
4. Довбуш Р. А. Способность к труду. Киев : Полит издание Украины, 1988. 110 с.
5. Климов Е. А. Психологическое содержание труда и вопросы воспитания. Москва : Знание, 1986. 80 с.

Анна Кіріллова,
студентка 4 курсу спеціальності
Спеціальна освіта факультету реабілітаційної
педагогіки та соціальної роботи
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна
Науковий керівник – Артем Овчинников,
старший викладач кафедри фізичної реабілітації
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

РОЗВИТОК ДРІБНОЇ МОТОРИКИ РУК У ДІТЕЙ ІЗ ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЦП

Останнім часом різко зросла кількість дітей із порушеннями психофізичного розвитку. Проаналізувавши дані ООН та ВООЗ, ми з'ясували, що 10% населення планети складають люди з обмеженими життєвими і соціальними функціями. З них приблизно 120 млн. дітей та підлітків. Якщо говорити про нашу країну, то кількість дітей із порушеннями психофізичного розвитку зросла на 22%, щорічно на 5-6 тисяч збільшується число дітей із дитячим церебральним паралічем.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це непрогресуюча рухова неповноцінність, викликана аномальним розвитком або пошкодженням несформованого головного мозку. Дитячий церебральний параліч – це швидше характерний тип порушень нервово-м'язового розвитку, ніж хвороба. Основу клінічної картини ДЦП становлять рухові розлади – паралічі, насильницькі рухи, порушення координації рухів. Рухові розлади також проявляються в порушенні дрібної моторики рук (це сукупність скоординованих рухів, м'язової, кісткової і нервової системи людини, найчастіше в поєднанні із зоровою системою у виконанні дрібних, точних рухів кистями і пальцями рук).

Рівень розвитку дрібної моторики дитини впливає на становлення її мовлення, працездатність, уважність, є стимулом до інтелектуальної та творчої діяльності. Рівень розвитку дрібної моторики – один із показників інтелектуальної готовності до шкільного навчання. Зазвичай дитина, що має високий рівень розвитку дрібної моторики, вміє логічно міркувати, у неї досить розвинені пам'ять і увага, зв'язне мовлення. Особливо важливо розвивати дрібну моторику у дітей із ДЦП, адже вони мають мовленнєві порушення у вигляді дизартричних розладів (дизартрія – порушення вимовної сторони мовлення, спричинене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату). Звичайно, для подолання порушень мовлення такі діти потребують допомоги логопеда. Але додаткова стимуляція рухових центрів мозку буде допомагати у процесі подолання мовленнєвих розладів, адже рухові та мовленнєві зони в мозку розташовані поруч. Таку роботу слід починати із самого дитинства, для більшої ефективності. При ДЦП таку роботу повноцінно проводити можливо вже в кінці першого року життя дитини, коли лікарі офіційно ставлять діагноз. Хоча, навіть при нормотиповому розвитку пальчикова гімнастика, масаж долоньок чи будь-які інші вправи не зашкодять немовляті, а лише будуть стимулювати мовленнєве та загальне становлення.

У віці 1-3 роки на основі предметно-маніпулятивної діяльності відбувається закріплення зв'язків між словом, предметом та дією, що стимулює розвиток сенсорних функцій з одночасною корекцією рухових порушень. У цей час діти повинні у грі використовувати обидві руки, щоб удосконалити зорове сприймання та встановити тактильні зв'язки. Для цього можна використовувати ігри на співвідношення за формою, розміром і довжиною, збирати іграшки з декількох великих частин, збирати пірамідку, ігри в піску, воді, з пластиліном, ігри на липучках, або липучки на одягу, малювання долоньками та пальчиками тощо.

Пізніше, у віці до 5 років, робота продовжується, але замінюється більш складними завданнями, змінюються розміри іграшок (вони стають менше, використовується більше деталей, додаються інші кольори). У цей час повинна закладатися база для подальшого оволодіння навичкою письма: дитина повинна частіше малювати олівцями, вміти шнурувати, зав'язувати та розв'язувати стрічку, нанизувати намистинки та нитку, сортувати предмети за різними ознаками тощо.

До 7 років робота над підготовкою руки до письма продовжується. Паралельно розвиваються просторові уявлення, окомір у процесі графічної діяльності та власне засвоюється навичка письма окремих елементів та цілих літер.

Але це вікові показники для дитини з нормотиповим розвитком. ДЦП ускладнює процес розвитку дрібної моторики, тому дитина оволодіє всіма навичками набагато пізніше. Головне щодня приділяти увагу розвитку дрібної моторики та ретельно добирати завдання. Залежно від віку та можливостей дітям можна пропонувати такі завдання: масаж і самомасаж кистей і пальців рук; щоденна пальчикова гімнастика та пальчикові ігри (з віршами, скоромовками); тіньовий, пальчиковий театр; вправи в обводі контурів предметів; малювання нескладних геометричних фігур, букв у повітрі і на столі ведучою рукою, потім іншою рукою і обома руками разом; почергове малювання кожним пальцем однієї, потім іншої руки; конструювання та робота з мозаїкою, пазлами; викладання фігур із парних паличок; освоєння ремесел: шиття, вишивання, в'язання, плетіння, робота з бісером та ін.; виконання домашніх справ: перемотування ниток; зав'язування і розв'язування вузликів; догляд за зрізаними і живими квітами; водні процедури, переливання води (миття посуду, прання лялькової білизни (пояснити і показати попередньо всі процеси: змочування, намилювання, перетирання, полоскання, віджимання); збирання розрізних картинок; розбір круп і т. д. Завдання можна ускладнити тим, що запропонувати дитині коментувати свої дії, або розказати свої враження. Таким чином ми зможемо формувати зв'язне мовлення.

Але слід пам'ятати, що дитині буде легше та цікавіше виконувати завдання, коли це буде відбуватися в ігровій формі, коли батьки будуть виконувати це разом з нею та коли буде певна мотивація.

Отже, необхідно розвивати дрібну моторику рук у дітей із ДЦП із самого народження для успішного усунення мовленнєвих порушень та загального розвитку. Для цього з ними можна виконувати вправи, які відповідають їхньому віку та ступеню тяжкості порушення.

Список використаних джерел:

1. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Київ, 2011. 264 с.
2. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Москва, 2001. 192 с.
3. Шеремет М. К. Логопедія. 4-те вид., перер. та доповн. Київ, 2017. 856 с.
4. Яловська О. О. Пальчики дошкільнят: розвиваємо руку – розвиваємо мозок. Тернопіль, 2010. 228 с.

УДК 376

Аліна Литвиненко,
студентка 4 курсу спеціальності
Спеціальна освіта факультету реабілітаційної
педагогіки та соціальної роботи
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна
Науковий керівник – **Артем Овчинніков,**
старший викладач кафедри фізичної реабілітації
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

ЕРГОТЕРАПІЯ ЯК ОДИН ІЗ НАПРЯМІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ДЦП

Проблема дитячого церебрального паралічу (ДЦП) є однією з найбільш актуальних у дитячій неврології та реабілітації. Останнє обумовлено значним поширенням ДЦП, складністю, тяжкістю клінічних проявів, труднощами у лікуванні та реабілітації дітей із цим порушенням.

Провідною у клініці ДЦП є патологія рухової сфери, що проявляється порушенням елементарних рухів через спастичність, ригідність, дистонію або гіпотонію окремих м'язів або м'язів, функціонально об'єднаних у м'язову синергію [5, с. 21]. Маючи серйозні обмеження рухової, а, отже, і пізнавальної активності, відчуваючи труднощі навіть у найелементарніших діях, дитина із ДЦП часто змушена обмежувати свою активність і життєдіяльність межами свого будинку, не беручи участь в суспільному житті. Тому на сьогодні актуальною є рання комплексна реабілітація дітей, направлена на корекцію порушень та на досягнення успішної соціалізації в соціум.

Існує велика кількість методик відновлювального лікування рухових, мовленнєвих і психічних функцій дітей, які мають ДЦП. До сучасних методик, що отримали розвиток відносяться методики ерготерапії, які значно покращують у дітей з особливими можливостями здоров'я активність в повсякденному житті та навички самообслуговування, що сприяє їхній соціалізації та інтеграції в суспільство.

Сучасне поняття ерготерапії включає в себе комплекс заходів, спрямованих як на відновлення виконання дитиною з особливими можливостями здоров'я повсякденних функцій організму, так і на створення комфортних умов життя, адаптацію середовища, забезпечення можливості відновлення їхніх трудових навичок та забезпечення соціальної адаптації. Ерготерапія пропонує унікальний міждисциплінарний реабілітаційний підхід, який поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації та компенсації (адаптації) [3].

Сутність ерготерапії полягає в:

- спеціально підібраних методах навчання дитини та / або її батьків і людей, що за нею доглядають;
- прийомах, які допомагають дитині виконати той чи інший компонент обраної активності;
- прийомах модифікації і адаптації завдання, яке стоїть перед дитиною, що полегшують його виконання;
- різноманітні прийоми розвитку і тренування функції руки і кисті;
- техніки і прийоми правильного переміщення, догляду та допомоги у виконанні всіх необхідних видів діяльності;
- використання різноманітних методів адаптації навколишнього середовища;
- підбір та адаптація технічних допоміжних засобів реабілітації.

Методи ерготерапії довели свою ефективність в реабілітації дітей із ДЦП, із захворюваннями і травмами опорно-рухового апарату, а також станів після інсульту та черепно-мозкових травм. Цей метод сприяє поліпшенню не тільки рухових, але когнітивних, емоційних можливостей. Існують такі методи ерготерапії:

- навчання незалежності в побуті;
- навчання самостійного ведення домашнього господарства;
- тренування пересування;
- навчання процесу прийому їжі;
- сенсомоторні тренування (формування правильного рухового стереотипу, створення на його основі моторної програми і впровадження її в головний мозок);
- графомоторика.

Таким чином, головна мета реабілітації та, зокрема ерготерапії, полягає в соціальній адаптації. Для ерготерапії характерний комплексний та індивідуальний підхід. Основне завдання ерготерапії – покращити якість життя та досягнути максимальної незалежності у всіх аспектах життя. Також ерготерапія перешкоджає зниженню активності дитини, посиленню порушень і погіршенню її стану.

Список використаних джерел:

1. Алексеева К. С., Пустовойт Б. А. Сучасні принципи фізичної реабілітації хворих на ДЦП. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*: збірник наукових праць. 2017. № 2. С. 4–10.
2. Кравчук Л. С. Фізична терапія, ерготерапія: тлумачення професійної діяльності. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. № 13. С. 37–40.

3. Потапова Л. В., Козачок А. В., Потапова О. В. Ерготерапія як новий підхід до фізичної реабілітації. *Вісник Запорізького національного університету*: збірник наукових праць. 2017. № 1. С. 154–160.

4. Середа Л., Лянной Ю. Порушення функцій опорно-рухового апарату в дітей дошкільного віку як сучасна проблема. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*: збірник наукових праць. 2013. № 1. С. 306–310.

5. Яценко К. В. Дитячий церебральний параліч: етіопатогенез, клініко-нейрофізіологічні аспекти та можливості неврологічної реабілітації. *Український неврологічний журнал*. 2015. № 2. С. 19–24.

УДК 376

Микола Мога,
кандидат педагогічних наук, докторант кафедри
ортопедagogіки, ортопсихології і реабілітології
Національного педагогічного університету
імені М. П. Драгоманова,
м. Київ, Україна

ПРЕДМЕТНО-ПРОСТОРОВЕ СЕРЕДОВИЩЕ В КОРЕКЦІЙНОМУ ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ЗІ СПАСТИЧНИМ СИНДРОМОМ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ

Матеріально-технічному забезпеченню фізичної реабілітації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату присвячено чимало робіт [1 – 10], але їхній аналіз довів достатньо обмежену інформацію щодо використання з метою корекції умовного корекційного 3D-простору рухово-ігрової зони та застосування тренажерів у роботі з дітьми раннього та молодшого віку зі спастичним синдромом рухових порушень. Є окремі рекомендації щодо використання медичного обладнання, валиків, кушеток, але цілісної системи педагогічних технічних засобів не було виявлено. Така ситуація робить дослідження цього напрямку вельми актуальним.

Узагальнюючи багаторічний досвід фізичної реабілітації дітей із порушеннями опорно-рухового апарату, пропонуємо нове методологічне відношення до звичайних параметрів простору: довжини, ширини та висоти [7, 10]. На корекційних заняттях із дітьми зі спастичним синдромом рухових порушень було помічено, що цими параметрами можна варіювати для вирішення того чи іншого завдання з корекції наявних рухових порушень. Можна вести мову про **коригуюче моделювання внутрішньої архітектоніки зали, або про коригуючий 3 D-простір**. За таким підходом звичайні просторові параметри стають достатньо ефективними корекційними засобами у вирішенні необхідних педагогічних завдань. Цю головну ідею можна використовувати наступним чином:

1. Штучно зменшувати просторові параметри рухово-ігрової зони.
2. Штучно збільшувати просторові параметри рухово-ігрової зони.
3. Штучно порушувати гармонійні відносини параметрів рухово-ігрової зони: довжини, ширини та висоти.
4. Штучно ускладнювати просторові параметри рухово-ігрової зони.

Наприклад, розглянемо методичні можливості **цілеспрямованого штучного збільшення простору рухово-ігрової коригуючої зони**, у якій періодично протягом заняття буде знаходитись дитина. Цей напрям передбачає такі його використання:

- Штучне збільшення простору (довжини) для вихідного положення дитини з метою розтягнення спазмованих м'язових груп.
- Робота зі сферичними поверхнями, які стимулюють розгинання кінцівок та розтягнення спазмованих м'язів-згиначів.
- Штучне збільшення висоти розташування ігрових предметів-стимулів для посилення тенденцій до випрямлення та розгинання зігнутих кінцівок дитини зі спастичним синдромом.

- Збільшення довжини дистанції, яку дитина повинна подолати на занятті різними засобами: за допомогою перекочування, повзання, пересування на сідницях, навшпильки, на колінах, на ступнях тощо.

- Збільшення висоти, на яку дитина має самостійно або з допомогою дорослого залізти різними засобами, використовуючи шведську драбину, або іншу конструкцію для лазіння.

- Збільшення довжини та висоти траєкторії у метаннях різних предметів.

Тепер докладніше зупинимось на **можливостях матеріально-технічного забезпечення (МТЗ) корекції рухових порушень** [9] у дітей зі спастичним синдромом, на їхньому класифікуванні. Ми дотримуємось підходу, який було сформульовано нами значно раніше відносно використання МТЗ у руховій реабілітації дітей із порушеннями опорно-рухового апарату [7]. Цей підхід передбачає три основні види МТЗ у системі корекційного фізичного виховання зазначеної категорії дітей:

1. Відносно великогабаритне стаціонарне фізкультурне обладнання, яке формує основу архітекtonіки фізкультурної зали або майданчика.

2. Фізкультурні тренажери (типові, авторські, нестандартні).

3. Відносно дрібний індивідуальний фізкультурно-ігровий інвентар.

Головною вимогою до тренажерів є побажання зробити з них **тренажер-іграшку** [8], щоб маленькі діти зі спастичними проблемами відносилися до них позитивно, як до великої іграшки. Насамперед, це стосується ігрового образу тренажера, який повинен асоціюватися у дитини з якимось відомим їй предметом або (що краще!) з живим персонажем казок, мультиків, комп'ютерних ігор. Позитивне відношення до казкового, образного тренажера значно підвищить мотивацію дитини до вправлення та дозволить досягти більшого корекційного ефекту.

Відносно малюків зі спастичним синдромом рухових порушень, слід зазначити, що в індивідуальній роботі з ними слід віддавати перевагу так званому **біологічному тренажеру**, яким за умов вмілого використання може стати тіло дорослого (педагога). У практиці фізичної реабілітації дітей, страждаючих на церебральний параліч, вже відносно давно існує метод «ТАН-ДО», в якому дорослий штучно об'єднується з хворою дитиною спеціальними фіксаторами, і вони разом (при керуючій ролі дорослого) намагаються засвоювати правильні рухові патерни. Загальновідомо, що для дитини раннього віку тілесний контакт із дорослою людиною (матір'ю, батьком, рідними, педагогом) має велике психофізіологічне значення: заспокоює дитину, розслаблює її під час тимчасового напруження, надає впевненості в собі, відчуття захищеності і сприяє таким чином досягненню необхідного корекційного ефекту.

Резюмуючи зміст викладеного вище, необхідно зробити попередні висновки:

1. У доступній нам літературі не було знайдено інформацію про системне використання корекційного 3D-простору рухово-ігрової зони для дітей раннього віку зі спастичним синдромом рухових порушень.

2. У фізичній реабілітації зазначеного контингенту дітей корекційні можливості 3D-простору можна реалізовувати за такими напрямками: штучне зменшення простору, штучне збільшення простору, штучне ускладнення простору.

3. Матеріальне забезпечення фізичної реабілітації зазначеного контингенту дітей доцільно поділяти на три основні види: відносно великогабаритне стаціонарне фізкультурне обладнання, фізкультурні тренажери та відносно дрібний індивідуальний рухово-ігровий інвентар, зберігаючи домінуюче значення використання саме спеціальних тренажерів.

4. Найбільший корекційний ефект використання предметно-просторового середовища для корекції рухових порушень дає правильне поєднання можливостей умовного 3D-простору і матеріально-технічного забезпечення фізичної реабілітації дітей раннього віку зі спастичним синдромом рухових порушень.

Перспективи подальшого дослідження зазначеної проблеми бачимо в попередній розробці та практичній апробації найбільш ефективних варіантів поєднання можливостей умовного корекційного 3D-простору та матеріально-технічного забезпечення для подолання конкретних рухових порушень у дітей раннього віку зі спастичним синдромом.

Список використаних джерел:

1. Абуков А. Ф., Ефименко Н. Н. Технические системы обратной связи (ТСОС) в физическом воспитании и оздоровлении детей. *Наша школа*. 2002. № 1. С. 62–65.
2. Верхало Ю. Н. Тренажёры и устройства для восстановления здоровья и рекреации инвалидов. Москва : Советский спорт, 2004. 536 с.
3. Гросс Н. А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Москва : Советский спорт, 2000. 220 с.
4. Гросс Ю. А. Применение тренажёрных устройств в реабилитационных занятиях физическими упражнениями детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : автореф. дис. ... канд. пед. наук. Москва, 1998. 21 с.
5. Евсеев С. П., Курдыбайло С. Ф., Сусяев В. Г. Материально-техническое обеспечение в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для вузов. Москва : Советский спорт, 2000. 152 с.
6. Евсеев С. П., Илларионов В. И., Певченко В. В. Тан-до: профессия – тренажер. *Адаптивная физическая культура*. 2000. № 1–2. С. 21–24.
7. Ефименко Н. Н., Мога Н. Д. Авторские тренажёры в физическом воспитании и двигательной реабилитации детей : учебное пособие. Винница : Глобус Пресс, 2011. 218 с.
8. Мога Н. Д., Ефименко Н. Н. Тренажеры-игрушки (материально-техническое обеспечение физического воспитания и оздоровления детей). *Наша школа*. 2003. № 3. С. 35–39.
9. Мога Н. Д. Принципы использования тренажёров в физическом воспитании дошкольников, страдающих ДЦП. *Медработник дошкольного образовательного учреждения*. 2009. № 1. С. 35–43.
10. Мога Н. Д. Коррекция двигательных нарушений у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03. Одесса, 2008. 215 с.

УДК 618.19-089.87

Тетяна Одинець,

доктор наук з фізичного виховання
та спорту, доцент,
м. Запоріжжя, Україна

Юрій Бріскін,

доктор наук з фізичного виховання
та спорту, професор,
м. Львів, Україна

**ОСОБЛИВОСТІ ФАКТОРНОЇ СТРУКТУРИ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ
ЖІНОК ІЗ ПОСТМАСТЕКТОМІЧНИМ СИНДРОМОМ ІЗ РІЗНИМИ РІВНЯМИ
ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ**

Вступ. Провідні літературні джерела [2, 3] вказують на те, що рак молочної залози посідає чільне місце серед жіночого населення. Найчастішим наслідком лікування раку молочної залози є постмастектомічний синдром (ПМЕС), що включає прояв таких симптомів, як: лімфостаз верхньої кінцівки, кардіотоксичність, обмеження амплітуди рухів в плечовому суглобі, порушення роботи серцево-судинної та респіраторної систем, якості життя, негативні психоемоційні наслідки тощо [2, 4]. Оцінка рівня функціонального стану серцево-судинної системи має вирішальну роль у визначенні спроможності жінки з постмастектомічним синдромом до виконання навантаження різного характеру, а також може слугувати критерієм ефективності процесу фізичної реабілітації та можливості внесення коректив у програму занять [1, 2].

Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених вивченню рівня фізичного стану осіб різних вікових груп, залишається малодослідженим питання оцінки його серед жінок із постмастектомічним синдромом. Окрім того, дуже важливим є саме врахування об'єктивних інтегральних показників роботи серцево-судинної системи, які всебічно характеризують рівень

функціонального стану та визначення пріоритетних чинників у виборі засобів фізичної реабілітації жінок даної нозології.

Мета дослідження: визначити особливості факторної структури функціональних показників жінок із постмастектомічним синдромом із різними рівнями функціонального стану серцево-судинної системи.

Матеріал і методи дослідження: в дослідженні брало участь 115 жінок з постмастектомічним синдромом, середній вік досліджуваних склав $60,27 \pm 0,79$ років. За ступенем поширення пухлинного процесу у жінок діагностовано I, II-а та II-б стадію пухлинного процесу ($T_{1-2}N_{0-1}M_0$); усім хворим виконувалась ад'ювантна променева терапія. Функціональний стан серцево-судинної системи досліджувався за допомогою рівняння регресії. До моделі множинної регресії для оцінювання рівня функціонального стану (РФС) залучали фактори, які мають статистично значущі коефіцієнти кореляції [1].

Результати дослідження та їхнє обговорення. Факторна структура функціональної забезпеченості пацієнток із постмастектомічним синдромом із низьким рівнем функціонального стану на диспансерному етапі реабілітації представлена в таблиці 1. Сумарний відсоток дисперсії всіх факторів функціональної забезпеченості низького рівня функціонального стану жінок після радикальної мастектомії становить 59,79 % та відображає загальну факторизацію масиву вихідних показників.

Найвагоміший фактор (гемодинамічний, Г) серед низького рівня функціонального стану жінок пояснює 22,37 % дисперсії і містить показники центральної гемодинаміки з такими факторними навантаженнями: ударний та хвилинний об'єм крові ($r=0,90$), ударний індекс ($r=0,92$), серцевий індекс ($r=0,89$), робота лівого шлуночка ($r=0,75$); негативний коефіцієнт кореляції мав загальний периферичний опір ($r=-0,88$), які посередньо відображають рівень артеріального тиску.

Факторна структура функціональних показників у жінок з рівнем функціонального стану нижчим за середній представлена в таблиці 2.

Таблиця 1

Факторна структура функціональної забезпеченості жінок із ПМЕС із низьким рівнем функціонального стану на диспансерному етапі реабілітації

Фактори		% дисперсії	Найвагоміші показники узагальненого фактору	Факторне навантаження
1	Г	22,37	УОК	0,9017
			УІ	0,9282
			ХОК	0,9039
			СІ	0,8983
			ЗПОС	-0,8884
			ПЛШ	0,5656
			РЛШ	0,7560
2	Е	17,15	ОФВ ₁	0,8898
			ПОШ	0,9124
			МОШ ₂₅	0,9593
			МОШ ₅₀	0,8677
3	В	11,21	SDNN	0,8522
			RMSSD	0,8857

4	ВЛ	9,06	TP	0,8174
			HF	0,8568
			LF/HF	-0,7329
			Набряк у ділянці плеча	-0,7371
			Набряк у ділянці передпліччя	-0,8104
			Набряк у ділянці кисті	-0,7887

У жінок із рівнем функціонального стану нижчим за середній (таблиця 2) у загальній структурі функціональної забезпеченості виділилося також 4 фактори, загальний внесок у дисперсію яких склав 60,28 %. Перший (гемодинамічний, Г, відсоток від загальної дисперсії становить 21,24 %) та другий (експіраторний, Е, відсоток від загальної дисперсії дорівнює 16,74 %) об'єднав у собі відповідно показники серцево-судинної та дихальної системи аналогічно попередньому рівневі.

Тобто, для жінок із низьким та нижчим за середній рівнями функціонального стану першорядного значення набуває саме функціональний стан кардіореспіраторної системи при складанні програми фізичної реабілітації.

Таблиця 2

**Факторна структура функціональної забезпеченості жінок
із ПМЕС із нижчим за середній рівнем функціонального стану
на диспансерному етапі реабілітації**

Фактори		% дисперсії	Найвагоміші показники узагальненого фактору	Факторне навантаження
1	Г	21,24	УОК	0,9014
			УІ	0,9264
			ХОК	0,9393
			СІ	0,9646
			ЗПОС	-0,9183
			РЛШ	0,8627
2	Е	16,74	ОФВ ₁	0,8367
			ПОШ	0,8396
			МОШ ₂₅	0,8603
			МОШ ₅₀	0,8585
3	В	13,29	SDNN	0,8659
			RMSSD	0,8372
			TP	0,8471
			HF	0,8908
			Si	-0,8033
4	ВЛ	9,01	VLF	-0,6112
			Набряк у ділянці плеча	-0,6213
			Набряк у ділянці передпліччя	-0,5939
			Набряк у ділянці кисті	-0,5885

Таким чином, отримані результати дають нам підставу для вибору пріоритетних засобів фізичної реабілітації при розробці програми реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом із різними рівнями функціонального стану серцево-судинної системи.

Висновки. Розроблений спосіб визначення рівня функціонального стану серцево-судинної системи організму жінки з постмастектомічним синдромом включає визначення віку, частоти серцевих скорочень, хвилинного об'єму крові та роботи лівого шлуночка на підставі об'єктивно визначених параметрів центральної гемодинаміки з урахуванням їх вагомих коефіцієнтів в структурі інтегрального показника. У факторній структурі функціональної забезпеченості пацієнток на диспансерному етапі гемодинамічний чинник охоплював 22,37 % дисперсії у жінок із низьким рівнем функціонального стану серцево-судинної системи, 21,24 % – з нижче середнім; експіраторний – 17,15 % та 16,74 %; вегетативний – 11,21 % та 13,29 % відповідно.

Список використаних джерел:

1. Бріскін Ю. А., Одінець Т. Є. Алгоритм прогнозування функціонального стану жінок з постмастектомічним синдромом. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2016. № 4 (54). С. 22–25.
2. Одінець Т. Е., Бріскін Ю. А. Коррекция функционального состояния вегетативной нервной системы женщин с постмастэктомическим синдромом на стационарном этапе реабилитации. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2016. № 3. С. 34–37.
3. Adraskela K., Veisaki E., Koutsilieris M., Philippou A. Physical Exercise Positively Influences Breast Cancer Evolution. *Clin Breast Cancer*. 2017. Vol. 17 (6). P. 408–417.
4. Anulika Aweto H., Akinbo S. R., Olawale O. A. Effects of Combined Aerobic and Stretching Exercises on the Cardiopulmonary Parameters of Premenopausal and Postmenopausal Breast Cancer Survivors. *Nig Q J Hosp Med*. 2015. Vol. 25 (3). P. 177–183.

УДК 796-085

Тетяна Одінець,
доктор наук з фізичного виховання
та спорту, доцент,
м. Запоріжжя, Україна
Іван Панченко,
магістр, м. Запоріжжя, Україна

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ОСІБ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧОВОЇ КІСТКИ

Вступ. Оптимізація методів лікування переломів плечової кістки становить медико-соціальну проблему сучасної травматології [1; 2]. Незадовільні результати лікування, що становлять до 25 % і, як наслідок, висока інвалідність пацієнтів – до 30 %, зумовили величезне різноманіття способів стимуляції кісткової регенерації. Лікування переломів проксимального відділу плечової кістки є найбільш складним та не до кінця вирішеним питанням сучасної хірургії. Незважаючи на постійне вдосконалення методів лікування переломів, частота ускладнень та інвалідності має незначну тенденцію до зниження. Ранній початок фізичної терапії при переломах проксимального відділу плечової кістки веде до більш ефективного відновлення функціонального стану пацієнтів [3; 4].

Мета дослідження: визначити ефективність засобів фізичної терапії на відновлення амплітуди руху у осіб після переломів проксимального відділу плечової кістки.

Матеріал і методи дослідження: Дослідження проводилось на базі ортопедо-травматологічного відділення Херсонської обласної клінічної лікарні. Контингент дослідження – чоловіки середнього віку з переломами проксимального відділу плечової кістки на поліклінічному етапі

реабілітації. В дослідженні брали участь 16 осіб, яких методом випадкової вибірки було розподілено на дві групи. Пацієнти групи порівняння (ГП, $n=8$) займалися за програмою запропонованою лікувальним закладом, а пацієнти основної групи (ОГ, $n = 8$) – за розробленою автором реабілітаційною програмою. Всім пацієнтам був виконаний остеосинтез із приводу перелому проксимального відділу плечової кістки. Дослідження активної амплітуди руху проводилось методом гоніометрії.

Результати дослідження та їхнє обговорення. Розроблена програма фізичної терапії була розподілена на три режими рухової активності, для кожного з яких характерний відповідний анатомо-функціональний стан ушкодженого сегмента та завдання фізичної терапії:

I режим – щадний (7 днів). Основні завдання фізичної терапії цього режиму:

- відновлення порушених функцій проксимального відділу плечової кістки;
- покращення еластичних властивостей суглобово-зв'язкового апарату;
- зміцнення м'язів плеча і ураженої верхньої кінцівки;
- зменшення больових відчуттів;
- підготовка пацієнта до збільшення фізичних навантажень і зміни рухового режиму.

II режим – щадно-тренувальний (14 днів). Основні завдання фізичної терапії цього режиму є:

- максимально можливе відновлення порушених функцій проксимального відділу плечової кістки;

- покращення еластичних властивостей суглобово-зв'язкового апарату;
- відновлення сили м'язів плеча і ураженої верхньої кінцівки;
- адаптація до побутових навантажень;
- зменшення больових відчуттів;
- збільшення витривалості;
- підготовка пацієнта до збільшення фізичних навантажень і зміни рухового режиму.

III режим – щадно-тренувальний (10 днів). Реабілітаційні заходи в цей період спрямовані на:

- остаточне відновлення функцій ураженого суглоба;
- підтримку еластичних властивостей суглобово-зв'язкового апарату;
- відновлення загальної працездатності;
- мотивування пацієнта до систематичних самостійних тренувань.

Програма фізичної терапії включала наступні заходи:

1. Терапевтичні вправи для відновлення функціональних показників проксимального відділу плечової кістки, зміцнення м'язів ураженої кінцівки, збільшення амплітуди рухів, відновлення динамічного стереотипу, збільшення витривалості та поліпшення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи.

2. Фізіотерапевтичні процедури для зменшення больових відчуттів, усунення набряку верхньої кінцівки, покращення трофічних процесів в ураженій ділянці.

3. Елементи мануальної терапії для зменшення болю, збільшення еластичних властивостей суглобово-зв'язкового апарату та амплітуди руху в плечовому суглобі.

Результати оцінювання гоніометрії плечового суглоба у досліджуваних основної групи та групи порівняння представлені в таблиці. Результати повторного вимірювання активної амплітуди руху в плечовому суглобі у хворих після перелому проксимального відділу плечової кістки свідчать про позитивну динаміку відновлення рухів на оперованій стороні в обох групах, однак кращі результати були отримані в основній групі.

Зокрема, під впливом фізичної терапії в основній групі відбулося достовірне поліпшення згинання – на 73,28 градуса ($p<0,05$), розгинання – на 20,16 градуса ($p<0,05$), відведення – на 73,08 градуса ($p<0,05$), а також внутрішньої – на 16,04 градуса ($p<0,05$) – та зовнішньої – на 17,60 градуса ($p<0,05$) – ротації порівняно з вихідними значеннями на оперованій стороні. Під впливом занять за стандартною програмою фізичної реабілітації у групі порівняння відбулося достовірне поліпшення згинання – на 60,32 градуса ($p<0,05$), розгинання – на 6,00 градуса ($p<0,05$), відведення – на 39,76 градуса ($p<0,05$), а також внутрішньої – на 9,8 градуса ($p<0,05$) – та зовнішньої – на 12,44 градуса ($p<0,05$) – ротації порівняно з вихідними значеннями на оперованій стороні.

Таблиця

Зміна показників гоніометрії на оперованій стороні ($M \pm m$) у чоловіків основної групи (ОГ) та групи порівняння (ГП) під впливом терапії в градусах

Показник	ОГ (n=8)			ГП (n=8)		
	до	після	p	до	після	p
Згинання	40,52±2,42	113,80±3,15 *	<0,05	41,72±2,17	102,04±3,06	<0,05
Розгинання	25,20±1,59	45,36±1,77 *	<0,05	25,44±1,49	31,44±1,45	<0,05
Відведення	37,00±1,68	110,08±3,27*	<0,05	39,08±1,69	78,84±5,26	<0,05
Внутрішня ротація	37,40±2,11	53,44±1,83 *	<0,05	35,48±1,97	45,28±2,26	<0,05
Зовнішня ротація	36,64±1,89	54,24±1,34 *	<0,05	37,44±1,65	49,88±1,69	<0,05

Примітки: * – $p < 0,05$ при порівнянні кінцевих показників основної групи та групи порівняння.

Порівнянням кінцевих показників на оперованій стороні між чоловіками основної групи та групи порівняння було виявлено достовірні відмінності за всіма напрямками рухами у плечовому суглобі. Зокрема, показник згинання на оперованій стороні був вищий в ОГ порівняно з ГП на 11,76 градуса ($p < 0,05$), розгинання – на 13,92 ($p < 0,05$), відведення – на 31,24 градуса ($p < 0,05$), зовнішньої ротації – на 8,16 градуса ($p < 0,05$), внутрішньої – на 4,36 градуса ($p < 0,05$).

Висновки. Встановлено, що під впливом розробленої програми фізичної терапії у осіб основної групи відбулися більш виражені, порівняно з хворими групи порівняння зміни за показниками амплітуди руху у плечовому суглобі. Порівнянням кінцевих показників на оперованій стороні між чоловіками основної групи та групи порівняння було виявлено достовірні відмінності за всіма напрямками рухами у плечовому суглобі.

Список використаних джерел:

1. Беликов А. А. О реабилитации при последствиях переломов диафиза длинных трубчатых костей. *Ортопедия и травматология*. 2017. № 8. С. 39–46.
2. Гайко Г. В. Діафізарні переломи в структурі травм опорно-рухової системи у населення України. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2016. № 1. С. 84–87.
3. Герцик А. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації / фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату : монографія. Львів : ЛДУФК, 2018. 388 с.
4. Попадюха Ю. А., Марайта А. М., Литовченко Н. П. Методы и средства физической реабилитации при распространенных повреждениях плеча. *Научный часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. Київ : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2012. Вип. 22. С. 48–60.

УДК 159.922

Микита Панов,

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри спеціальної педагогіки
та спеціальної психології

комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна
академія» Запорізької обласної ради,
м. Запоріжжя, Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ БЕЗРОБІТНИХ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Професійна адаптація (пристосування) – складний і тривалий процес, а психологія цього процесу ґрунтується на мотивації та потребах самого працівника. За своїми психофізіологічними механізмами етап реадаптації має багато спільного з етапом адаптації, але це не просте відновлення, а нове придбання втраченої адаптованості. Здійснюється така реадаптація як старими, вже перевіреними в онто- і філогенезі механізмами, так і новими. В цьому випадку, як вказує Н. Є. Завацька [1], реадаптацію доцільно розглядати як етап пристосування на складному багаторівневому шляху по відновленню прихованих (діючих) функцій, адаптаційних механізмів, призначених для захисту здоров'я людини. Під поняттям «реадаптація» прийнято розуміти комплекс заходів, спрямованих на відновлення фізіологічних і психофізіологічних реакцій людини, що забезпечують її пристосування до певних умов праці і побуту, на що вказує В. Г. Пасічна [2].

Виходячи із цього, під реадаптацією безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату необхідно розуміти повернення людини (раніше працюючої) до первинного стану після припинення шкідливого впливу обставин (результат – внутрішня міграція і таке інше); пристосування до життя на новому робочому місці, повернення до відповідного професійного рівня (за необхідності підвищення) з використанням резервних, компенсаторних можливостей. Професійна реадаптація безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату включає систему заходів, які сприяють професійному становленню працівника у «нових» умовах і формують у нього відповідні професійні якості, а також допомагають в освоєнні працівником елементів «нової» організаційної культури та прийнятті нового соціального статусу. Професійна реадаптація у даному випадку ґрунтується передусім на втраченій раніше самоідентифікації, але вже із «ною роллю», статусній характеристиці і прийнятті культури і цінностей професійного середовища. Отже, професійна реадаптація – це шлях до «самого себе», але на звичному досягнутому професійному рівні, який був втрачений у силу наявної обстановки.

Професійна реадаптація безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату, як правило, здійснюється в наступних основних суміжних сферах у тісній взаємодії із «новим» середовищем:

- соціально-професійної: реадаптація до професійно-рольових соціальних функцій, соціально-професійного статусу (учитель, лікар, військовослужбовець, юрист, інженер) і т. п.;
- професійно-діяльній: реадаптація до професійної діяльності (її новому змісту, цілям, засобам, технології здійснення, режиму і інтенсивності діяльності);
- організаційно-нормативної: реадаптація до вимог виробничої, трудової дисципліни, організаційним нормам, правилам і т. ін.;
- соціально-психологічної: реадаптація до соціально-психологічних рольових функцій, у т. ч. неписаним, неофіційним нормам, правилам, цінностям, відносинам і т. ін. в трудовому колективі, організації.

Відповідно до фізіологічних і психофізіологічних реакцій людини, зокрема стилю реагування та реалізації стратегій подолання перешкод, рівні професійної реадаптації безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату можна представити наступним чином: високий, середній, низький.

1) високий рівень професійної реадaptaції безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату (виявлення та застосування нерозкритого потенціалу, толерантність до невизначеності, прагнення до навчання, змін до кращого, новизни і оригінальності, відкриття «другого дихання» у контексті внутрішнього гасла «Треба жити далі», готовність до кар'єрного зростання в умовах нового соціально-психологічного клімату, професійні навички йдуть на удосконалення);

2) середній рівень професійної реадaptaції безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату (інертність, подекуди амбівалентність до ситуації, зайняття позиції «вичікування», невиправдана консервативність та спокій, компенсаторні можливості на зміни до кращого життя не ввімкнені на «повну силу», прийняття ситуації «Як воно є» або «Час покаже», інтеграція із середовищем не закінчена, професійні навички не розвиваються);

3) низький рівень професійної реадaptaції безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату (внутрішній опір, емоційний дискомфорт, професійна самореалізація на низькому рівні, надмірна орієнтація на норми поведінки свого мікросередовища, пасивність до змін, безініціативність до внесення пропозицій, низький ступінь самосприйняття, виражені невротизація та депресивний настрій, професійні навички йдуть на згасання, адже «Кар'єра закінчена», треба шукати щось нове).

Можна стверджувати, що специфічність реадaptaції до обмежень у професійній реалізації безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату пов'язана передусім із втратою не тільки соціального статусу працюючої людини, але і суб'єктивної приналежності до низькостатусної вже групи – групи безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Соціальна ідентичність переживається як травматична ситуація, яка суттєво знижує позитивне самоставлення. У даній ситуації мова йде про так званий внутрішньоособистісний конфлікт, який є підґрунтям до різноспрямованих тенденцій особистості: спрямованість на збереження незалежності та необхідність зовнішньої опори. Соціальні взаємодії безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату будуються на самодоведенні і самовиправданні. Ставлення до зовнішньої підтримки двозначне, що виражається в надмірній необхідності підтримки і відсутності довіри зовнішнього оточення.

Відповідно до описаних уявлень про професійну реадaptaцію у більшості випадків «ціною» реадaptaції може стати хворобливість, яка може розглядатися як зрив, підриг раніше втраченої адаптації. Дійсно, стресові ситуації, спричинені війною, політичними негараздами, міждержавними конфліктами можуть викликати або підсилювати розвиток гіпертонічної хвороби, атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, психічних і інших захворювань. У цьому випадку професійна реадaptaція безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату може затягнутися на роки, особливо у зоні ризику особи передпенсійного віку. І тут доцільно говорити про коректний психологічний супровід таких осіб.

Виходячи з вищезазначеного, можливо дійти до висновку про те, що пластичність і адаптивність професійної реадaptaції безробітних із порушеннями функцій опорно-рухового апарату, які переживають багатовимірну кризу, виявляється не стільки в зміні способів дій, скільки в зміні самого ставлення до кризової ситуації.

Список використаних джерел:

1. Завацька Н. Є. Професійна реадaptaція безробітних: соціально-психологічний вимір : монографія. Сєвєродонецьк : СНУ ім. В. Даля, 2018. 276 с.
2. Пасічна В. Г. Психологічний аналіз безробіття як соціально-економічного явища. *Проблеми сучасної психології*. 2016. № 34. С. 406–420.

Дар'я Пенькова,
асистент вчителя-реабілітолога
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

СЕНСОРНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Термін «дитячий церебральний параліч» об'єднує групу станів, за яких порушуються рухи й здатність контролювати положення тіла у просторі. Дитина із церебральним паралічем не може керувати своїми рухами так само, як інші діти, вона не може навчитися самостійно сидіти, стояти, говорити і ходити. Її рухи і хода завжди відрізнятимуться від рухів і ходи інших дітей. Різноманітні рухові порушення можуть виявлятися у вигляді обмежень рухових функцій і м'язової сили (парези), надмірних мимовільних рухів (гіперкінези), порушень координації рухів. Іноді таким дітям взагалі буває важко перебувати в будь-якому положенні через постійні рухи, які вони не можуть зупинити. Церебральний параліч виникає під впливом пренатальних, натальних і постнатальних факторів внаслідок ураження різних відділів центральної нервової системи, що контролюють роботу м'язів, відповідають за рівновагу і довільність рухів. У новонародженої дитини ДЦП може виникнути як наслідок менінгіту, енцефаліту, травм голови.

При церебральному паралічі ураження в центральній нервовій системі не прогресує і не розвивається так, як це буває при спадкових. Але в міру розвитку в дитини можуть змінюватися прояви цього захворювання.

У дітей із церебральним паралічем спостерігаються суттєві труднощі просторового аналізу та синтезу, порушення схеми тіла, труднощі мовленнєвого відображення просторових відношень. Вони важко засвоюють форми і величини предметів.

У більшості дітей із церебральним паралічем порушується тактильна чутливість. Вони погано відчують на дотик предмети, не впізнають їх, це перешкоджає успішному психічному розвитку.

Спостерігається порушення діяльності слухового аналізатора. Дитина може не сприймати звуки високої частоти, замінювати іншими звуками. Вона не розрізняє слова, схожі за звучанням.

Останніми роками ДЦП став одним із найпоширеніших захворювань нервової системи в дитячому віці в усіх країнах світу. Це захворювання тяжко позначається на дитині, воно не тільки вражає опорно-рухову систему, а й зумовлює порушення мовлення (80 %), інтелекту (50 %), зору (20 %), слуху (15 %).

Поширеність ДЦП у різних країнах світу становить від 1,5 до 2,5 випадків на одну тисячу дитячого населення. У Швеції – 2,3, в Данії – 3,0; в Україні – 2,5 на 1000 дітей.

Найпоширенішою формою ДЦП є спастична диплегія (двосторонній параліч однойменних частин тіла), яка характеризується підвищеним тонусом м'язів кінцівок. Із часом можуть виникнути контрактури – стійкі обмеження активних і пасивних рухів у суглобах.

Спастична геміплегія характеризується однобічним ураженням м'язів половини тіла, з можливими проявами епілептичних нападів (правобічний, лівобічний геміпарези).

Подвійна геміплегія є найтяжчою формою ДЦП, оскільки має місце тетраплегія (ураження рук і ніг), рухові можливості практично відсутні. У 70 – 80 % дітей наявні судомні напади.

Гіперкінетична форма характеризується невимущеними рухами на зразок хореатетоза, хореїчного гіперкінезу, подвійного атетозу, які посилюються під час спроби цілеспрямованих рухів та при психоемоційному напруженні дитини.

Атонічно-астатична форма характеризується гіпотонією м'язів тулуба і кінцівок за наявності високих сухожильних рефлексів, атаксії (порушення координації) та інших проявів мозочкової недостатності.

Для того аби збагачувати сенсорний розвиток дітей із церебральним паралічем без залежності від наявної форми, необхідно наповнювати досвід базових сенсорних систем: пропріоцептичної, тактильної та вестибулярної.

Удосконалення рухової сфери передбачає розвиток загальної та дрібної моторики, поліпшення координації рухів. Корекція порушень рухової сфери має відбуватися комплексно, систематично, із залученням фахівців. Фізичний терапевт демонструє спеціальний комплекс фізичних вправ і завдань які забезпечують розвиток координації рухів, рівноваги, корекцію тону м'язів рук та ніг, способів пересування, за допомогою яких коригуються неправильне положення тіла та порушені рухові навички кожної дитини. Для кожної дитини у процесі систематичного та комплексного реабілітаційного впливу підбираються оптимальні допоміжні засоби, що поліпшують функціональні вміння, необхідні для навчання та повсякденного життя. До них належать: бандажі, корсети, фіксатори, спеціальні ортопедичні апарати для покращення пересування та утримання тіла й кінцівок у правильному положенні, ортези, ортопедичне взуття, устілки, супінатори.

Розвиток дрібної моторики дітей потребує таких видів роботи з нормалізації функцій дрібних м'язів рук: масаж пальців обох рук; пальчикову гімнастику; корекцію дрібних рухів під час роботи з природним матеріалом; розвиток сили м'язів рук із використанням еспандера, силоміра, розривання паперу, розминання пластиліну, глини тощо; розвиток координації рухів (під час ігор із м'ячем, гімнастичною палицею, стрічкою, обручем, геометричним матеріалом та ін.); малювання пальцями цифр, букв, ліній; використання конструкторів; нанизування намистинок; сортування монет, гудзиків; роботу з мозаїкою, пірамідами.

Розвиток сенсорних функцій є одним із важливих корекційних завдань для дітей із ДЦП, що цілеспрямовано формує вищі психічні функції – мислення, мовлення, пам'ять, увагу. Тому корекційна робота з дитиною спрямована на вдосконалення стереогнозу, кінестетичного, слухового, зорового сприймання, розвиток просторових і часових уявлень. Удосконалення сенсорної діяльності стає основою для подальшого формування чуттєвого пізнання (вміння бачити, чути, відчувати на дотик тощо).

Розвиток стереогнозу (сприймання предметів на дотик) відіграє важливу роль у розвитку пізнавальної діяльності дітей із церебральним паралічем. Це зумовлює особливості предметно-практичної та маніпулятивної діяльності дітей, порушення тактильного сприймання. У процесі корекційної роботи рекомендовані види роботи, котрі учні виконують із заплученими очима спочатку «кращою», а потім «гіршою» рукою: визначення матеріалу, з якого виготовлений предмет (залізний, дерев'яний, скляний тощо); розпізнавання форм предметів (круглий, овальний, прямокутний тощо); визначення різноманітних геометричних тіл (їх величини, товщини тощо).

Отже, можна дійти висновку, що діти з церебральним паралічем потребують комплексної корекційної роботи із сенсорного виховання і навчання, яка повинна бути насичена вправами та завданнями щодо їхнього актуального фізичного стану та здобуттям нового сенсорного досвіду.

Сенсорний розвиток охоплює розвиток зорового, слухового, тактильного та кінестетичного сприймання. Від того, як дитина сприймає навколишнє середовище, залежить становлення її пізнавальної діяльності, формування вищих психічних функцій, що є необхідною умовою для подальшого розвитку.

Список використаних джерел:

1. Данілавичюте Е. А. Нейродинамічна основа моделювання мовлення та дрібної моторики в контексті комплексної технології надання допомоги при ДЦП. *Особлива дитина: навчання і виховання*. Київ, 2015. № 4. С. 8–16.
2. Чеботарьова О. В. Дитина із церебральним паралічем: що мають знати батьки. *Дефектологія*. Київ, 2011. № 4. С. 14–18.
3. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич. Санкт-Петербург, 2011. 327 с.
4. Ханзерук Л. О. Сучасні підходи до психолого-педагогічної корекції розвитку дітей з ДЦП. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського державного університету*. 2013. Вип. XII. С. 326–329.

УДК 376

Анатолій Пронін,
студент спеціальності Фізична терапія,
ерготерапія Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна
Науковий керівник – **Тетяна Баришок**,
кандидат наук з фізичного виховання
та спорту, доцент,
м. Київ, Україна

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КОЛІННОГО СУГЛОБА

В останні роки у всіх країнах нестримно зростає число оперативних втручань по заміні колінного суглоба штучним ендопротезом (National Joint Replacement Registry. Demographics of knee arthroplasty, 2011). Найбільш поширеною причиною первинного ендопротезування колінного суглоба є остеоартрит, на пізніх стадіях якого виконання ТЕП є єдиним методом усунення болю та попередження інвалідності. Однак, як показують численні дослідження, навіть при професійно виконаному оперативному втручанні у більшості пацієнтів після ендопротезування колінних суглобів тривалий час зберігаються функціональні порушення в тих випадках, коли не проводяться кваліфіковані реабілітаційні заходи (Franklin P. D., Li W., Ayers D. C., 2008; Bade M. J., Kohrt W. M., StevensLapsley J. E., 2010).

Метою фізичної терапії після ендопротезування колінного суглоба, з позиції МКФ (Міжнародної класифікації функціонування) є відновлення:

- функції оперованого суглоба (на рівні пошкодження, по МКФ);
- можливостей пересування і самообслуговування (на рівні активності, по МКФ);
- соціальної та професійної активності, поліпшення якості життя (на рівні участі, за МКФ).

Загальною метою фізичної терапії є:

- профілактика післяопераційних ускладнень із боку серцево-судинної системи;
- органів дихання, шлунково-кишкового тракту;
- попередження трофічних розладів (пролежнів);
- зменшення набряку м'яких тканин і створення оптимальних анатомо-фізіологічних умов для загоєння травмованих під час операції тканин;
- відновлення функції опори, руху, навичок самообслуговування, професійної і соціальної активності.

Сучасний підхід до фізичної терапії при ендопротезуванні колінного суглоба

Сучасний підхід до фізичної терапії здійснюється відповідно до наступних принципів:

- інформування пацієнта;
- ранній початок ФТ;
- комплексність;
- обґрунтованість;
- індивідуальний характер;
- мультидисциплінарний характер.

Інформування пацієнта

Пацієнт дізнається, яку роль виконує фізична терапія та ерготерапія в післяопераційний період.

Включаючи таку інформацію:

- запобіжні заходи при ендопротезуванні коліна;
- план підготовки: в день перед операцією почати з вправ та ходьби, це запобігає утворенню тромбів (глибокий венозний тромбоз);
- створення психологічного комфорту та забезпечення дому, щоб запобігти падіння пацієнта;
- використання допоміжних засобів (ходунки або милиці);
- змінні засоби для завдань повсякденного використання.

Ранній початок ФТ

Рання мобілізація сприяє зниженню ускладнень, на відміну від постільного режиму, який провокує ускладнення. Пацієнти, що лежать у ліжку, мають знижену сатурацію порівняно з лежачими або стоять, що може призводити до збільшення періоду регенерації тканин і пневмонії. Пацієнти втрачають м'язову масу і мають підвищений ризик тромбоемболічних ускладнень, появи пролежнів і т. д.

Протокол ФТ:

День перед операцією:

- фізична терапія в день перед операцією 1 раз;
- тренування переміщення в ліжку;
- тренування пересування;
- ходьба-навчання з ходунками або милицями;
- узгодження плану реабілітації.

День операції:

- фізична терапія 2 рази на день;
- тренування переміщення в ліжку та до туалету;
- ходьба навчання з ходунками або милицями;
- лікувальна фізкультура;
- узгодження плану реабілітації.

1-й день після операції:

- фізична терапія 2 рази на день;
- продовження тренування руху в ліжку та пересування;
- ходьба навчання з ходунками або милицями;
- лікувальна фізкультура;
- тренування сидання в автомобіль та ходьби сходами;
- навчання пацієнта / членів сім'ї включаючи переміщення та ходьбу.

2-й+ день після операції:

- фізична терапія 2 рази на день;
- тренування руху в ліжку та переміщення – автомобільний туалет;
- ходьба – навчання з ходунками;
- лікувальна фізкультура;
- тренування сидання в автомобіль та ходьби сходами;
- навчання пацієнта та членів сім'ї, включаючи план реабілітації.

Метою є досягнення функціональних критеріїв виписки, що дозволяє безпечно виписати пацієнта зі стаціонару. Існує безліч різних критеріїв виписки після ендопротезування колінного суглоба деякі є даниною традиції, деякі більш практичні (наприклад, можливість отримати допомогу вдома або, при необхідності, найняти патронажну сестру для догляду на дому).

Функціональні критерії включають:

- самообслуговування, вставати і лягати в ліжку;
- вставати і сідати на стілець і туалет;
- впевнено проходити 70 метрів (довжина коридору);
- згинання в коліні >90 градусів.

Оцінка ефективності ФТ

Для оцінки ефективності ФТ після ендопротезування колінного суглоба використовуються:

- ВАШ (Візуально-аналогова шкала (ВАШ) призначена для вимірювання інтенсивності болю;
- MMT – Даний метод використовується для оцінки сили м'язів із метою диференціювання істинної слабкості від порушень координації рухів або поганій витривалості (по 6-бальній системі);
- гоніометрія – для оцінки амплітуди руху;
- FUNCTIONAL GAIT ASSESSMENT (FGA) ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА ХОДИ;
- (TUG) «Встань та іди».

Список використаних джерел:

1. Мовшович И. А. Оперативная ортопедия. Москва, 1994. 445 с.
2. Bade M. J., Kohrt W. M., Stevens-Lapsley J. E. Outcomes before and after total knee arthroplasty compared to healthy adults. *J. Orthop. Sports Phys Ther.* 2010. 40:559–567.
3. Franklin P. D., Li W., Ayers D. C. The Chitranjan Ranawat Award: functional outcome after total knee replacement varies with patient attributes. *Clin Orthop Relat Res.* 2008. 466: 2597–2604.
4. Nicholas J. Rehabilitation of patients with Rheumatic Disorders. *Physical medicine and rehabilitation* / Braddom R. (ed). W. B. Saunders Company. 1996. P. 711–727.
5. National Joint Replacement Registry. Demographics of knee arthroplasty. 2011.
6. Perala A. Hip- and knee arthroplasties in Finland 2010. National Institute for Health and Welfare, 2011. Report No.: 23/2011.
7. Total Knee Arthroplasty Clinical summary / Bell K. A. and Shovestul A. PTNow, American Physical Therapy Association. 2017.
8. Vuorenmaa M., Ylinen J., Kiviranta I., Intke A., Kautiainen H. J., Malkia E., et al. Changes in pain and physical function during waiting time and 3 months after knee joint arthroplasty. *J. Rehabil Med.* 2008. 40: 570–575.
9. Valtonen A., Poyhonen T., Heinonen A., Sipila S. Muscle deficits persist after unilateral knee replacement and have implications for rehabilitation. *Phys Ther.* 2009. 89: 1072–1079.

УДК: 330.34.1

V. Soroka,

Associate Professor at the Faculty of Medicine
University of Copenhagen,
Copenhagen, Denmark

I. Sokolovska,

Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor, Department of Ecology, ZSMU,
Zaporizhzhia, Ukraine

PEROXIDE OXIDATION OF LIPIDS IN CHRONIC INFLAMMATION

This paper presents the assessment of lipid peroxidation in patients with chronic inflammation of the reproductive system. The authors found an increase in the frequency of visual detection of chylomycorans, cholesterol-lipoproteins of very low density (please put abbreviations (LPVL, LPLD) here and other places instead of repeating the full terms in the text below) as well as increase in the content of low density cholesterol-lipoproteins, triglycerides, malonic dialdehyde. At the same time, we detected decrease in the concentration of high-density lipoprotein cholesterol (LPHD) in studied patients.

Intensity of lipid peroxidation, was measured at the accredited clinical diagnostic laboratory of ZMAPO. Intensity of general X-ray was determined by spectrophotometry using a set of reagents from Philitis Diagnostics, Dnipropetrovsk, Ukraine. The presence of chylomicrons (XM) and cholesterol-LDL was determined by visual evaluation of the blood plasma samples cooled down to a temperature of 0 ° - + 4 ° C. LDL cholesterol concentrations was determined by the Burstein and Samaya method. The concentration of HDL-HDL and TG was analyzed using a set of reagents from Cormay, and Lahema, Czech Republic, respectively.

In modern theoretical and clinical medicine, inflammation remains as one of the main the problems. Through implementation of the latest models and previously inaccessible methods a large volume of experimental and clinical results were obtained in attempts to understand inflammation at various levels of the organization of the organism. Despite the colossal importance of these results, the problem of inflammation is far from exhausted and has not lost its relevance. It ranges from molecular bases to studying a holistic

organism, which makes the problem even more significant, considering evolutionary, comparative-pathological and general-biological aspects.

Recently, attention of fundamental and practical medicine was focused on determining the role of the inflammatory process in the development of atherosclerosis, thrombosis and cardiovascular diseases. The causes and consequences of vascular endothelium damage constitute an urgent problem since endothelial dysfunction is the earliest stage in the development of dyslipoproteinemia and atherosclerosis.

Study of the state of lipid metabolism is very important for the course, development of complications and the effectiveness of treatment of infectious inflammatory diseases. Within immune-inflammatory processes, a lipid imbalance can be caused by an imbalance between pro- and antioxidant systems.

Unfortunately, published results on the characteristics of lipid peroxidation during chronic inflammatory process are not sufficient. Therefore, the main objectives of this study were to compare the lipid metabolism and lipid peroxidation intensity in practically healthy individuals with those suffering from the chronic inflammatory process of the reproductive system. The revealed dyslipidemia, dislipoproteinemia, and increased peroxide lipid oxidation were mostly atherogenic. We found an increase in total cholesterol and malonic dialdehyde in patients of all groups with different infections. At the same time, we detected a decrease in high cholesterol-lipoprotein cholesterol levels in patients with *Trichomonas vaginalis*, fungal and mixed flora. An increase in the incidence of atherogenic type dislipoproteinemia and hypercholesterolemia in all groups indicate an elevated risk of atherogenesis in patients with chronic non-specific inflammatory diseases of genitals.

It should be noted that increase in the concentration of cholesterol in the blood plasma of sick women and men correlates with increased proportion of the middle-aged patients in groups, while in K (Control group?) this was not observed. Presence of chylomicrons in blood plasma in patients of both sexes in groups 2 and 3 was significantly higher (9 out of 58 and 10 out of 54) than in the control group (1 out of 35). The incidence of cases when the visually determined presence of cholesterol - (LPVL?) in the plasma of sick women and men in group 1 (5 out of 64) tended to increase, whereas in patients of the 2nd (12th out of 58th) and 3rd (22 out of 44) groups it was significantly higher ($p < 0.05$) than in the control (1 out of 30 and 0 out of 35). The level of (LPLD) in the blood plasma of women of the 1st and 2nd groups tended to increase, and in women of the 3rd group it was 1.4 times higher ($p < 0.05$) than in the control.

There was no change in the concentration of low density cholesterol-lipoproteins in the blood plasma of male patients. In patients of the 3rd group, the decrease in concentration of high-density lipoprotein cholesterol-lipoproteins in plasma was 1.4 times ($p < 0.05$). We did not find any significant changes of LPHD concentration in male patients of all three age groups.

The concentration of triglycerides in plasma of sick women increased as the average age increased. In female patients of the 2nd and 3rd groups this increase was 1.3 times ($p < 0.05$). In male patients of group 2, the concentration of triglycerides in blood plasma increased by 1.2 times ($p < 0.05$) compared with control male group. In patients of group 3 this increase was 1.3 times ($p < 0.005$).

Table 1 Lipid plasma spectrum of patients with chronic non-specific inflammatory diseases compared with healthy? donors (or control group?)

Group	CMn	LPV LD n	LPLD mmol.l-1	LPHD mmol.l-1	Cholesterol mmol.l-1	Triglycerid es mmol.l- 1	Malonum dialaldehyde mcmol.l-1
C1	0	0	3,42±0,29	1,35±0,11	4,70±0,51	0,98±0,07	3,88±0,31
	0	0	2,83±0,37	1,33±0,14	4,13±0,41	1,25±0,12	3,18±0,36
C2	0	0	3,85±0,40	1,40±0,15	5,20±0,54	1,23±0,5	4,02±0,38
	0	0	3,09±0,27	1,37±0,13	4,52±0,38	1,27±0,7	3,21±0,33
C3	0	0	3,69±0,32	1,75±0,20	5,45±0,43	1,35±0,12	4,0±0,34

		0	0	3,31±0,29	1,40±0,29	4,60±0,33	1,33±0,15	3,26±0,30
1		0	2	3,90±0,31	1,32±0,18	5,25±0,58	1,29±0,09	4,92±0,21*
		0	3	3,34±0,61	1,60±0,14	4,99±0,32	1,45±0,15	3,84±0,33
2		4*	5*	4,17±0,55	1,28±0,19	5,45±0,44	1,42±0,08	6,41±0,73*
		5*	9*	3,90±0,38	1,44±0,05	5,44±0,62	1,62±0,12*	5,23±0,44*
3		5*	12*	4,12±0,44	1,20±0,07	5,32±0,47	1,58±0,06*	6,47±0,71*
		5*	10*	4,49±0,23*	1,02±0,12*	5,51±0,45*	1,68±0,05*	5,93±0,62*

Notes.

1 n - the number of positive results;

2 * - p < 0,05, significance of the differences compared with the control group

References:

1. Adaskevich V. P. Sexually transmitted diseases. Vitebsk : edit. Vitebsk medical university. 2014. P. 310.
2. Gus'kov A. R., Yacevich G. B., Turna A. A. Laboratory monitoring of aspirate in transurethral drainage of the prostate gland in patients with chronic obstructive prostatitis. Urology, 2011. Pp. 15–20.
3. Mavrov G. I., Unuchko S. V., Bondarenko G. M. Dermatology and Venereology. 2004. Pp. 67–71.
4. Abu Ebeyn Ahmad Mohamed. Clinico-immunological and pharmacological aspects in the local treatment of chronic prostatitis. Urology, 2003. Pp. 66–68.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Basel: S. Karger AG, 2014 [updated 27 February 2014; cited 27 April 2014]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25277682>
6. Bazhenova N. G. The role of the lipid spectrum of membranes in the violation of the superficial architectonics of erythrocytes in patients with malignant neoplasms. Tomsk, 2014. Pp. 20–30.
7. Moore K. J., Tabas I. Macrophages in the pathogenesis of atherosclerosis. Cell 145, 2011. Pp. 341–355.
8. Ilyenko L. N., Ivanova E. V. Evaluation of the effectiveness of the use of the drug Enterosgel in the complex treatment of recurrent forms of nonspecific vaginitis. Art of treatment, 2014. Pp. 84–85.

УДК 615.83

Наталія Сергата,

кандидат наук з фізичного виховання та спорту,

доцент, доцент кафедри фізичної реабілітації

Хортицької національної академії,

м. Запоріжжя, Україна

ХАРАКТЕРИСТИКА ІСНУЮЧИХ СУЧАСНИХ МЕТОДИК ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ ПРАВИЛЬНОГО СТЕРЕОТИПУ ХОДЬБИ У ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Рухові порушення, являючись однією з основних причин неповноцінності дитини, ставлять проблему дитячих церебральних паралічів у ряд важливих завдань соціальної педіатрії, дитячої неврології і фізичної реабілітації [1].

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є узагальнюючим терміном для групи захворювань, які проявляються в першу чергу порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла. Діти з церебральними

паралічами переважно відстають у своєму моторному розвитку і пізніше за всіх досягають таких складових моторного розвитку, як перевертання, сидіння, повзання та хода.

Для всіх пацієнтів із церебральними паралічами є однаково тяжким завданням контроль над власними рухами та координування роботи м'язів. Через це навіть простий рух є складним для виконання при ДЦП [2].

Найсуттєвішою в клінічній картині ДЦП є патологія пози, ходьби [3; 4]. Клінічні прояви при ДЦП можуть коливатись від незначних симптомів до виражених порушень. Важкість захворювання пов'язана з характером, ступенем і локалізацією пошкодження структур мозку. Перші прояви хвороби можуть бути очевидними зразу після народження дитини, а явні ознаки ДЦП – вже в грудному віці.

Порушення пози залежить від форми церебрального паралічу. Наприклад, замість того, щоб стояти у симетричній і вільній позі, дитина з геміпарезом буде стояти, повернувши стопу досередини, зігнувши лікоть і кисть, ніби тримаючи руку біля живота, а не опустивши донизу. Дитині з гіперкінетичною формою церебрального паралічу дуже складно стояти нерухомо через постійні мимовільні рухи [2].

Проблема вивчення порушення стереотипу ходьби у дітей із церебральним паралічем актуальна не лише в Україні, але й у всьому світі. Велика кількість дослідників займалась вивченням проблеми формування стереотипу ходьби у хворих із церебральним паралічем [2; 4; 5; 6], і дотепер залишаються актуальними питання оптимізації заходів фізичної терапії серед молоді та дорослих із ДЦП [6].

Метою роботи – було охарактеризувати сучасні методики фізичної терапії для формування правильного стереотипу ходьби у дітей із церебральним паралічем.

У зв'язку з тим, що для розвитку стереотипу ходьби більш сприятливим є дитячий вік, то існує багато методик, які розроблені саме для дітей. Для розвитку правильного стереотипу ходьби у дитячому віці при ДЦП, у фізичній терапії найчастіше використовують такі методики, як кондуктивна педагогіка за Петьо, Войт – терапія та іпотерапія [4; 5].

Метод Войта – це метод рефлекс – локомоції. На думку автора, формування важливих рухових моделей можна стимулювати ще в ранньому віці, створюючи «будівельні блоки», необхідні для моторного розвитку.

Тому такі моторні реакції складають основу реабілітації рухів у пацієнтів із ДЦП. Вони викликаються дозованим натиском на певні ділянки тіла пацієнтів, які знаходяться в положенні лежачи на животі, або на боці.

Метою методу рефлекс – локомоції є розвиток у дитини опорної функції кінцівок, навиків контролю положення тіла і координації рухів. У різній формі ці навики порушені у всіх пацієнтів із ДЦП.

Основою методу рефлекс – локомоції є використання двох координаційних комплексів – рефлексу повзання і рефлексу перевертання.

Лікувальний ефект досягається при багаторазовому повторенні вправ протягом тривалого часу. Виконання вправи полягає у фіксації дитини в певній позі рефлексу і надавлюванні рукою на обрану ділянку тіла.

Метод рефлекс – локомоції спрямований не на тренування конкретного руху, а на створення моделей координованої роботи м'язів, які в подальшому можуть бути використані для побудови ланцюга необхідних рухів [5].

Метод Петьо – це кондуктивна педагогіка, яка базується на освітній моделі втручання та об'єднує педагогічні та реабілітаційні завдання. Ця концепція спрямована на те, щоб допомогти людям із руховими порушеннями набути «ортофункції», що визначається, як здатність функціонувати у суспільстві, незважаючи на свою неповноцінність.

Заняття проводяться в ігровій формі. Група складається з 10–25 дітей із однотипними формами ДЦП. Програма розрахована на роки тривалої роботи з пацієнтами. Заняття відбувається з музичним супроводом, що дозволяє покращити психоемоційний стан дітей.

Важливою складовою методу є психологічний вплив на мотивацію до занять реабілітацією. Оскільки, діти з ДЦП є більш пасивними не лише у своїх діях, а й у своїх бажаннях, метод кондуктивної педагогіки потребує від дитини подолання почуття власної неповноцінності [6].

Іпотерапія – це метод фізичної терапії, який базується на взаємодії дитини і коня, який спеціально навчений для роботи з такими дітьми.

Іпотерапія, певною мірою є різновидом лікувальних фізичних вправ. Відмінністю цього методу є застосування коня і верхової їзди як засобів фізичної терапії. Іпотерапія позитивно впливає на організм дитини через два чинники: моторний і біомеханічний.

Лікувальний вплив цього методу полягає у тому, що під час їзди дитина намагається втримати рівновагу на підсвідомому рівні і таким чином задіюються всі м'язи тіла, не створюючи дискомфорту для дитини. Окрім того, в дитячому віці виникає бажання сісти на коня, подолати страх. Це грає неабияку роль у формуванні впевненості у власних силах, самодисципліні та хоробрості. Також це сприяє виникненню мотивації до занять.

Можна назвати два основні чинники позитивного впливу іпотерапії на організм хворої дитини: це емоційний зв'язок дитини з твариною і активна мобілізація фізичних і психічних зусиль дитини для верхової їзди. Саме їхнє поєднання створює умови для позитивного впливу цього методу фізичної реабілітації на організм хворої дитини [2; 3].

Розглянуті сучасні методики фізичної терапії при церебральному паралічі мають свої переваги, але майже у всіх відсутній комплексний підхід до фізичної реабілітації, що у випадку з церебральним паралічем є необхідним чинником. Всі вищеназвані методики фізичної терапії є визнані, але не призначаються для якоїсь конкретної форми церебрального паралічу. Тому існує гостра необхідність створення, або вдосконалення вже наявних програм фізичної терапії для досягнення максимально можливого позитивного результату та покращень загального фізичного стану таких хворих.

Список використаних джерел:

1. Березовський А. І. Фізична реабілітація хворих при дитячих церебральних паралічах. *Актуальні проблеми юнацького спорту* : зб. наук. пр. Херсон, 2018. С. 193–198.
2. Власенко С. В. Комплексная коррекция патологической позы и ходьбы у больных ДЦП. URL: <http://www.disability.ru/story/show.php?id=1378> (дата обращения: 18.09.2019).
3. Воронанська Л. К. Сучасні методи фізичної реабілітації дітей, хворих на дитячий церебральний параліч. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. Харків, 2018. № 3. С. 214–217.
4. Воронін Д. Методика фізичної реабілітації дітей 6–10 років з ДЦП. *Молода спортивна наука України* : зб. наук. пр. з фіз. культури і спорту. Львів, 2017. Вип. 10. Т. 4. С. 36–39.
5. Морозова Е. М. Физическая реабилитация при ДЦП. *Теория и методика физического воспитания и спорта в высших учебных заведениях*. Белгород, 2018. № 3. С. 92–96.
6. Перхурова И. С. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе. Минск, 2017. 238 с.

УДК 615.83.23

Микола Сергатий,

кандидат юридичних наук, доцент, доцент
кафедри фізичної реабілітації
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ІЗ ПЛОСКОСТОПІСТЮ

За останні роки стан здоров'я дітей прогресивно погіршується. Протягом останніх років зберігається стійка тенденція до зростання патології кістково-м'язової системи серед дитячого населення. Вроджені і набуті ортопедичні захворювання стопи відносяться до найбільш частоті патології опорно-рухової системи. Поширеність плоскостопості коливається у широких межах і може досягати 77,9% і становить 26,4% серед всієї ортопедичної патології. За даними медичної статистики понад 80% дітей дошкільного та молодшого шкільного віку страждають на різні захворюваннями. Одним із них є

плоскостопість, яка зустрічається у 30-40% дітей дошкільного віку (4-6 років). На сьогодні під статичними деформаціями розуміють такі типові деформації опорно-рухового апарату, які виникають у зовні фізично здорових людей під впливом гравітаційного навантаження. Із сучасних позицій у розвитку цієї патології, як правило, беруть участь три групи факторів: вроджена схильність, зміни в загальному фізичному статусі організму людини й порушення в розподілі фізичного навантаження на опорно-руховий апарат [4]. Корекція плоскостопості у дітей на сьогодні є однією з найсерйозніших медичних та соціальних проблем. Адже, плоскостопість є суттєвим порушенням, а її наслідки негативно впливають на формування постави, діяльність органів та систем організму і в тяжких випадках можуть призводити до інвалідності. Важливо вчасно (з раннього дитячого віку) діагностувати та провести відповідне лікування із застосуванням засобів фізичної реабілітації.

Вивчення науково-методичної літератури показало, що сучасна система реабілітації дітей з ортопедичною патологією передбачає використання різних засобів і методів кінезитерапії, де особливе місце відводиться гімнастичним та спортивно-прикладним вправам, спрямованим на зміцнення м'язів, що формують склепіння стопи [2; 3; 5]. Таким чином, в системі заходів щодо попередження плоскостопості у дітей головна роль відводиться засобам фізичного виховання і, зокрема, фізичним вправам, механізми профілактичного і корекційного впливу яких сьогодні досить добре вивчені. Однак, хоча деякими програмами дошкільного фізичного виховання передбачено формування склепін'я стопи у дітей, – досі не обумовлені засоби і методи вирішення цього завдання, а сформовані підходи, що очевидно, є недостатньо ефективними. Таким чином, існують суперечності між соціальною потребою в попередженні плоскостопості у дітей і виховання, які використовуються в дошкільних закладах, в молодшій школі, і відсутністю науково обґрунтованої системи їх застосування в попередженні плоскостопості у дітей; необхідністю вдосконалення профілактичної фізкультурно-оздоровчої роботи і недостатнім рівнем її науково-методичного забезпечення в педагогічній науці і практиці, що не дозволяє в повній мірі використовувати можливості фізичного виховання в попередженні плоскостопості у дітей [5; 6]. Викладене вище обумовлює необхідність вдосконалення системи фізичного виховання дітей як у плані традиційно використовуваних, так і для впровадження нових засобів, форм і методів занять фізичними вправами. У цьому контексті особливий інтерес представляє використання ігрового методу й вправ з арсеналу спортивних ігор як у системі фізичного виховання дітей, так і в позаурочний час в умовах спортивно-ігрового центру. Фізкультурні заняття, побудовані на використанні елементів спортивних ігор і вправ, у значній мірі сприятимуть підвищенню рівня фізичної підготовленості, фізичному й психічному розвитку, викликають підвищений інтерес до занять руховою діяльністю [1; 5; 7].

На думку О. А. Данилова, О. М. Звіряки, Ю. М. Коржа, плоскостопість – це деформація стопи, що характеризується сплюсненням її склепін'я [2; 3; 6]. Як зазначають В. М. Мухін, Ю. М. Корж, розрізняють поздовжнє і поперечне склепіння. В нормальній стопі поздовжнє склепіння має форму ніші і простягається від основи великого пальця до початку п'яти та від внутрішнього краю підшви до її середини. Поперечне склепіння являє собою дугу, що утворюється головками плескових кісток з опорою на 1-шу і 5-ту. Головною силою, що підтримує склепіння стопи, є м'язи-супінатори (передній і задній – великогомілкові м'язи) і м'язи-згиначі (особливо довгий згинач великого пальця) [5; 7].

При зниженні поздовжнього склепіння стопи виникає поздовжня, а поперечного – поперечна плоскостопість. Іноді ці форми плоскостопості сполучаються [7].

Як зазначає Ю. М. Корж, при поздовжній і поперечній плоскостопості слабшають м'язи-згиначі стопи і пальців, а також міжкісткові фасції і підшовний апоневроз. За формою стопу розрізняють: нормальну, сплюснену, плоску та полу (сильно склепінчасту) [2; 3].

Стопа виконує три біомеханічних функції: ресорну, балансувальну і відштовхувальну [5]. Ресорна функція стопи полягає у пом'якшенні поштовхів у ходьбі, бігу, стрибках. Ця функція можлива завдяки здатності стопи пружно розпластуватися під дією навантаження з подальшим набуттям первісної форми. При плоскостопості поштовхи більш різко передаються на суглоби нижніх кінцівок, хребта, внутрішні органи, що сприяє погіршенню умов для їх функціонування, мікротравмуванню, зсувам [7].

Балансувальна функція стопи полягає в регулюванні пози людини під час рухів [7]. Ця функція стопи виконується завдяки можливості руху в суглобах стопи в трьох площинах і великій кількості

рецепторів у суглобово-зв'язковому апараті. Здорова стопа скульптурно охоплює нерівності опори. Людина відчуває площу, по якій проходить.

При плоскостопості положення кісток і суглобів змінюється, зв'язковий апарат деформується, внаслідок чого у дітей страждає координація рухів, стійкість.

Відштовхувальна функція стопи – це здійснення прискорення тіла людини в рухах. Це найскладніша функція стопи, тому що в ній задіюються й вищезгадані функції стопи (ресорна і балансувальна) [3; 7]. Ослаблення цієї функції найбільш наочно проявляється при бігу, стрибках та інших навантаженнях.

Як зазначає В. М. Мухін, фізична терапія при плоскостопості комплексна, тривала. Широко використовують фізіотерапевтичні вправи, лікувальний масаж, фізіотерапію, спеціальне взуття і устілки-супінатори, загальні гігієнічні засоби. При значній плоскостопості корекції досягають гіпсовими пов'язками з фіксацією стопи у варусному положенні, а інколи вдаються до хірургічного втручання. Ефективність фізіотерапевтичних вправ при плоскостопості проявляється в зменшенні або повному зникненні неприємних відчуттів і болю при тривалому стоянні і ходьбі, усуненні дефекту стоп, нормалізації постави та ходи, поліпшенні фізичної працездатності [7].

Фізіотерапевтичні вправи застосовуються при всіх видах плоскостопості. Ю. М. Корж та В. М. Мухін виділяють такі завдання: зміцнення всього організму, підвищення силової витривалості м'язів нижніх кінцівок; корекція деформації стоп, усунення вальгусної постановки п'яти і збільшення висоти склепінь стопи; формування і закріплення стереотипу правильної постави та поліпшення функціонального стану кардіо-респіраторної та нервової систем [1; 6].

Проаналізувавши спеціальну та науково-методичну літературу, з'ясовано, що проблема ранньої діагностики порушень та розладів нижніх кінцівок, зокрема стоп, у дітей молодшого віку є актуальною для своєчасної профілактики та корекції її порушень. Визначили поняття плоскостопості та описали її види і форми. У статті висвітлили розповсюджені методи діагностики плоскостопості. З'ясовано, що наслідки плоскостопості негативно впливають на формування постави, діяльність органів та систем організму і в тяжких випадках можуть призводити до інвалідності. Саме тому діагностику, профілактику і корекцію плоскостопості необхідно проводити якомога раніше.

Список використаних джерел:

1. Бичук І. О. Вплив програми профілактики плоскостопості на біомеханічні характеристики стопи дошкільнят. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. Харків, 2011. № 2. С. 10–13.
2. Данилов О. А. Застосування біогенних стимуляторів у лікуванні статичної плоскостопості у дітей. *Хірургія дитячого віку*. Київ, 2015. № 3. С. 77–85.
3. Корж Ю. М. Експериментальна авторська методика оздоровчої корекційної гімнастики «Богатир» для дітей старшого дошкільного віку з порушеннями опорно-рухового апарату : навч. посіб. Суми, 2012. 160 с.
4. Куц О. Порівняльна характеристика аеробної та анаеробної продуктивності організму студентів із порушенням та без порушення постави. *Молода спортивна наука України*. Київ, 2013. Вип. 17. С. 151–155.
5. Мухін В. М. Фізична реабілітація. Київ, 2005. 472 с.
6. Мухін В. Н. Гидрокинезотерапия в системе оздоровительной физической культуры. Витебск, 2007. С. 96–97.
7. Чередніченко П. П. Вплив засобів фізичної реабілітації на опорно-ресорні показники стопи у дітей дошкільного віку із плоскостопією. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Київ, 2015. Вип. 11. С. 170–173.

УДК 159.922

Оксана Середа,
вчитель лікувальної фізкультури,
м. Запоріжжя, Україна

ІПОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Проблема фізичної реабілітації та здоров'язбережувальних технологій є надзвичайно актуальною в сучасному суспільстві, яке характеризується прогресивним зниженням стану здоров'я українців і зростанням числа тих осіб, які потребують реабілітації, тобто відновлення втраченого здоров'я.

Застосування методу іпотерапії може значно підвищити ефективність використання відновлювального комплексу з поєднанням різних методів реабілітації. Перебування на свіжому повітрі та контакт із природою мають відомий загальнооздоровчий ефект. Іпотерапія – це не лише метод лікарської реабілітації при важких захворюваннях, але й дієвий спосіб боротьби зі стресами, при перенавантаженнях як фізичних, так і психологічних. З кінця 50-х років XX століття її почали застосовувати при психічних і неврологічних захворюваннях. Зараз в 45 країнах Європи і Північної Америки створено центри лікувальної верхової їзди. Іпотерапію використовують при порушеннях опорно-рухового апарату, атеросклерозі, черепно-мозкових травмах, поліомієліті, шлунково-кишкових захворюваннях, простатиті, сколіозі, розумовій відсталості. Спілкування з конем створює стійкий позитивний емоційний фон, який сам по собі є цілющим.

Іпотерапія має лікувальний ефект не лише від їзди на коні, але й завдяки безпосередньому контакту та спілкуванню із твариною, а також від догляду за нею. Такий комплекс допомагає усунути стресовий стан, позбутися напруги, почуття страху або тривоги. Іпотерапевтичні заняття допомагають розвинути такі особистісні якості, як уважність, чуйність, швидкість реакції, подолання страхів, набуття впевненості, позбавлення агресивності, збудливості та замкнутості. Іпотерапія сприяє поліпшенню роботи нервової та ендокринної систем, що в свою чергу позитивно впливає на роботу внутрішніх органів, сприяє психологічній та соціальній адаптації особистості, допомагаючи подолати страх, невпевненість, позитивно впливає на мотивацію та волю, позбавляючи від почуття неповноцінності, безпорадності і ряду психологічних комплексів. Задоволення психоемоційну потребу в контакті і прихильності до домашніх тварин, тренує волюві процеси і навички спілкування не тільки з твариною, а й з людьми [2].

Коні є неперевершеними «терапевтами». Катання на конях допомагає людям із порушенням психіки. Лікувальна їзда верхи стала одним із ефективних засобів реабілітації осіб із порушеннями функцій опорно-рухового апарату, особливо дітей. Секрет іпотерапії простий: людину саджають на коня, а висота і хитке положення миттєво пробуджують у неї інстинкт самозбереження та потребу в досягненні гармонії з навколишнім світом.

Важливим аспектом іпотерапії вважається відсутність у коней другої сигнальної системи. Спілкування з твариною на мові емоцій виключає боязнь дитини здатися смішною, незграбною, що характерно для людського спілкування.

Іпотерапія як одна з форм лікувальної фізкультури дозволяє вирішувати наступні завдання [1]:

- протидіяти негативному впливу гіпокінезії, зумовленої хворобою, розвивати фізичну активність хворого;
- сприяти відновленню порушених функцій;
- відновлювати втрачені навички;
- забезпечувати професійну реабілітацію, формувати нові навички;
- адаптувати організм хворого до фізичних навантажень;
- покращувати стан здоров'я.

Принципова відмінність іпотерапії від всіх інших видів лікувальної фізкультури полягає в тому, що в ній, як ніде більше, забезпечується одночасне включення в роботу практично всіх груп м'язів тіла вершника. Причому це відбувається на рефлексорному рівні, оскільки, сидячи на коні, рухаючись разом

з ним і на ньому, пацієнт протягом всього сеансу інстинктивно намагається зберегти рівновагу, щоб не впасти з коня, тим самим спонукає до активної роботи як здорові, так і уражені хворобою м'язи свого тіла.

У порівнянні із традиційними методами відновлювального лікування іпотерапія має значні додаткові переваги. Як і лікувальна фізична культура, вона ґрунтується на використанні біологічної функції живого організму – функції руху, що має для людини не тільки біологічне, але і соціальне значення. Іпотерапія діє на організм як на єдине ціле і за своєю природою не є локалістичною. Цим пояснюється успішність її застосування при різних захворюваннях. Вона дозволяє відновити і навіть покращити фізичний стан осіб з обмеженими руховими можливостями, а також сприяє вирішенню конкретних психолого-педагогічних завдань та питань психосоціальної реабілітації та соціальної інтеграції осіб із церебральним паралічем. Основою оздоровчого впливу іпотерапії є природні рухи коня, що дозволяють вершнику організувати та систематизувати свої рухи.

Можна виділити кілька факторів впливу іпотерапії на особу з порушеннями опорно-рухового апарату. Одним з найбільш ефективних можна вважати координаторне навантаження. При посадці на коня формується визначена схема фіксації тіла. Вершник утримується, перш за все, напруженням привідних м'язів стегна, що фіксує таз у сидлі чи безпосередньо на тілі тварини. При ході коня кроком вершнику передається від 90 до 110 різноманітних рухових імпульсів на хвилину, що рефлекторно нормалізує тонус м'язів, координує та приводить до симетрії рухи. При цьому їзда верхи поліпшує кровообіг та оксигенацію центральної нервової системи, що приводить до зниження судомного порогу мозку.

В утриманні тіла у вертикальному положенні значну роль має система координації та активність м'язів спини. Навантаження на м'язи нижніх кінцівок може регулюватися зміною ступеня опори на стремена (при їх використанні). При сильній опорі ступінь напруження привідних м'язів – низький, при слабкій – вищий. Сама по собі опора на стремена у фіксації тіла здорового вершника має не таку значну роль, як при посадці особи з руховими розладами. Опора здійснюється, перш за все, на стопи, що фіксовані у стременах, які зберігають рухливість як мінімум у сагітальній площині та обмежуються у фронтальній. У такому випадку створюється можливість перемінного навантаження на м'язи не тільки задньої, але й передньої групою м'язів гомілки при відносній фіксації гомілковостопного суглоба в положенні, близькому до фізіологічного.

Опора на стремена та використання верхніх кінцівок для утримання тіла на коні мають своє значення на початковому етапі роботи з особами, які мають виражені моторні та координаційні розлади. У процесі занять іпотерапією особа з порушеннями функцій опорно-рухового апарату поступово вивільнює свої верхні кінцівки для керування конем за допомогою вузди та знижує ступінь опори на стремена, наближуючись до властивої здоровій людині посадки. Визначеність природного положення вершника, як єдиної фізіологічно і біомеханічно правильної, також виступає в ролі терапевтичного фактору.

Поступальний рух коня надає поперемінне навантаження на м'язи тулуба та кінцівок, що беруть участь в утриманні вершника на коні, що несе в собі природний елемент тренінгу. Симетричність навантажень за всіма векторами зумовлює необхідність симетричного функціонування всіх груп м'язів, що забезпечують посадку особи з церебральним паралічем. Цей фактор є дуже важливим при роботі з особами, які мають асиметричні рухові розлади. Можна виділити також дію на мускулатуру вершника низькочастотних коливань тіла рухомої тварини, що призводить до зниження підвищеного тону та зростання обсягу рухів у кінцівках. Дозовані навантаження на вестибулярний аналізатор, що несуть елементи тренінгу, забезпечують нормалізацію його функцій, що покращує статико-кінетичну організацію моторики, сприяючи набуттю особами з обмеженими руховими можливостями впевненості у своїх рухах.

Таким чином, зростання інтересу до іпотерапії можна пояснити необхідністю доповнення фармакологічних ефектів допоміжними методами реабілітації. Не слід очікувати від іпотерапевтичних занять такого результату, як повне одужання від певного захворювання, але, впливаючи на організм особи з порушеннями опорно-рухового апарату багатфакторно і інтегрально, іпотерапія здатна значно поліпшити її стан.

Список використаних джерел:

1. Воронін Д. М. Церебральний параліч та реабілітація його спастичних форм. Хмельницький : ХНУ, 2008. 155 с.
2. Батышева Т. Т. Иппотерапия при детском церебральном параличе : методические рекомендации. Москва, 2012. 87 с.

УДК 376

Мар'ян Тріпак,

кандидат економічних наук, доцент,
директор Подільського спеціального
навчально-реабілітаційного соціально-
економічного коледжу,
Заслужений працівник освіти України,
м. Кам'янець-Подільський, Україна

Ірина Гуменюк,

кандидат економічних наук,
заступник директора з наукової, інноваційної
та міжнародної діяльності Подільського
спеціального навчально-реабілітаційного
соціально-економічного коледжу,
м. Кам'янець-Подільський, Україна

**ПРАГМАТИЗМ ДІЯЛЬНОСТІ
НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО КОЛЕДЖУ: ПАРАДИГМА ФАХОВОЇ
ПРЕДВИЩОЇ ТА ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Навчання в інклюзивних освітніх закладах є корисним як для дітей з особливими освітніми потребами, так і для звичайних дітей, членів родин та суспільства в цілому. Як свідчать дослідження, в інклюзивних закладах освіти наголос робиться в першу чергу на розвитку сильних якостей і талантів дітей, а не на їхніх проблемах. Взаємодія з іншими дітьми сприяє когнітивному, фізичному, мовному, соціальному та емоційному розвитку дітей з особливими потребами. При цьому діти з типовим рівнем розвитку демонструють відповідні моделі поведінки дітям з особливими освітніми потребами і мотивують їх до розвитку та цілеспрямованого використання нових знань і вмінь. Взаємодія між «здоровими» дітьми і дітьми з особливими потребами в інклюзивних класах сприяє налагодженню між ними дружніх стосунків [1]. Завдяки такій взаємодії діти вчаться природно сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей, вони стають більш чуйними, готовими до взаємодопомоги.

Пріоритетом розвитку сучасного суспільства є повага до людського розмаїття, утвердження принципів солідарності, що забезпечує повну інтеграцію у соціум усіх верств населення. В основу цього твердження закладено принцип доступності та дотримання прав людини щодо рівного доступу до здобуття якісної освіти. В передових країнах Західної Європи, починаючи з 70-х років ХХ ст., розпочинаються активні процеси організації навчання дітей з особливостями розвитку. Характеризуючи Європейську освітню ситуацію, норвезький професор С. Станжвік, зазначив, що процес інклюзії знаходиться на завершальному етапі, однак, на це потрібно було 20 років [1]. Приєднавшись до міжнародних договорів у сфері прав людини (Декларації ООН про права людини, Конвенції ООН про права інвалідів, про права дитини), Україна взяла на себе зобов'язання щодо дотримання загальнолюдських прав, зокрема щодо забезпечення права на освіту дітей з особливими освітніми потребами.

З метою забезпечення права на якісну освіту дітей з особливими освітніми потребами **затверджено Концепцію розвитку інклюзивного навчання, Порядок організації інклюзивного**

навчання у загальноосвітніх навчальних закладах про інклюзивне навчання. Процес розробки документів, які рекламуються інклюзивні процеси, триває. Відбувається узгоджених дій органів освіти, охорони здоров'я та соціального захисту в напрямку становлення інклюзивної освіти. Активно створюються нові типи освітніх закладів, зокрема навчально-реабілітаційні центри, для яких характерна власна методологія функціонування установи та філософія «життєдіяльності» вихованців з особливими освітніми потребами.

48-річна освітня діяльність Кам'янець-Подільського планово-економічного технікуму-інтернату (Подільський спеціальний навчально-реабілітаційний соціально-економічний коледж) підтверджує переваги інклюзивної освіти (активна взаємодія дітей з особливими освітніми потребами з іншими дітьми, налагодження між ними дружніх стосунків; демонстрація здоровими дітьми відповідних моделі поведінки дітям з особливими освітніми потребами, а в результаті взаємодії мотивація їх до розвитку; підвищення самооцінки дітей з особливими освітніми потребами, утвердження їхнього відчуття «Я – частина цілого» тощо). Однак, не дивлячись на вищезазначене, впровадження інклюзивної освіти в Україні етапі є складною та багатоаспектною проблемою. Окрім того, досліджуючи питання інклюзії в освіті, робимо висновки, що визначено основні переваги, недоліки, принципи інклюзивної освіти переважно у сфері загальноосвітньої підготовки.

Революційним в питаннях вищої освіти I і II рівня акредитації стало прийняття Закону України «Про вищу освіту» [2]. Цей Закон встановлює основні правові, організаційні, фінансові засади функціонування системи вищої освіти, створює умови для посилення співпраці державних органів і бізнесу з вищими навчальними закладами на принципах автономії вищих навчальних закладів, поєднання освіти з наукою та виробництвом з метою підготовки конкурентоспроможного людського капіталу для високотехнологічного та інноваційного розвитку країни, самореалізації особистості, забезпечення потреб суспільства, ринку праці та держави у кваліфікованих фахівцях. Згідно Закону України «Про вищу освіту» у структурі закладу вищої освіти може бути створений «спеціальний навчально-реабілітаційний підрозділ» [2], який утворюється з метою організації інклюзивного освітнього процесу та спеціального навчально-реабілітаційного супроводу здобувачів вищої освіти з особливими освітніми потребами, забезпечення їм доступу до якісної вищої освіти з урахуванням обмежень життєдіяльності. Законом України «Про вищу освіту» коледж – це галузевий вищий навчальний заклад, що провадить освітню діяльність, пов'язану із здобуттям бакалавра і проводить прикладні наукові дослідження [2].

Тобто, сучасний коледж відповідно до діючого законодавства, який ліцензував перший (бакалаврський) рівень вищої освіти, стає на рівні з вищими навчальними закладами як інститут або університет (див. рис. 1).

Де згідно статуту реструктуризованого коледжу утворюється колегіальний орган управління – Вчена рада, яка визначає стратегію і перспективні напрями розвитку освітньої, наукової та інноваційної діяльності вузу. Тоді, як основними структурними підрозділами коледжу є факультети, кафедри, бібліотека, управління тощо.

Дуже важливо, що освітня діяльність за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодшого спеціаліста, яка провадиться Коледжем і започаткована до набрання чинності Закону України «Про вищу освіту», продовжується у межах строку навчання за певною освітньо-професійною. Тоді як з 2020 року українські коледжі та технікуми почнуть надавати фахову передвищу освіту і готуватимуть фахових молодших бакалаврів. В аналізованому коледжі всі випускники за освітньо-кваліфікаційним рівнем молодшого спеціаліста та молодшого бакалавра з фізичними обмеженими можливостями мають змогу продовжувати свою фахову підготовку за освітнім ступенем «Бакалавр» і отримувати вищу освіту у спеціалізованому вузі.

Отже, як свідчать соціологічні дослідження, у своїй переважній більшості інститути, університети зреалізували вимоги інклюзивної освіти, однак, потреба у спеціальних закладах вищої освіти залишається досить висока. Актуальною є потреба та доцільність у функціонуванні в Україні – спеціальних навчально-реабілітаційних закладів вищої освіти.

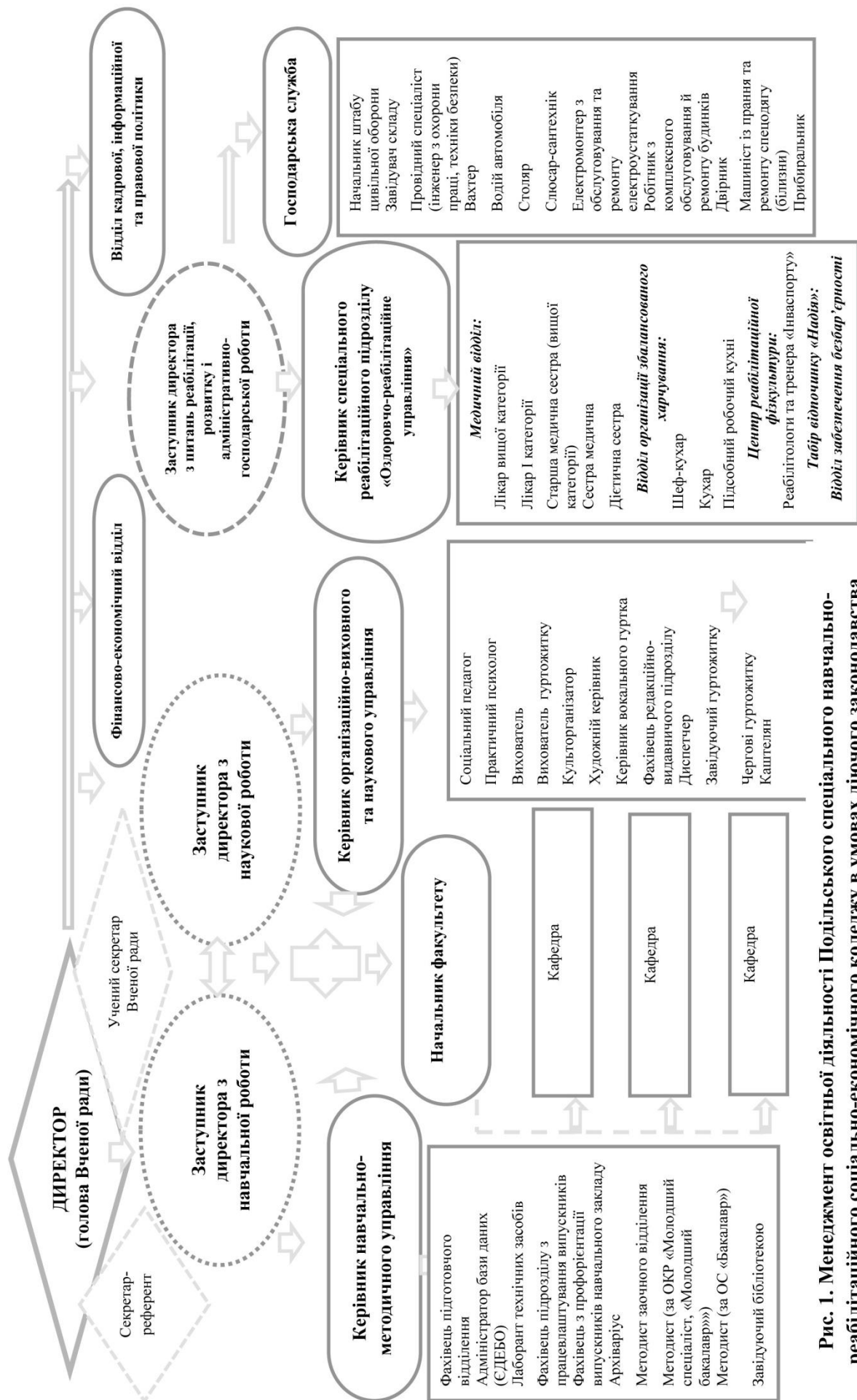


Рис. 1. Менеджмент освітньої діяльності Подільського спеціального навчально-реабілітаційного соціально-економічного коледжу в умовах діючого законодавства

Список використаних джерел:

1. Колупаєва А. А. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання : наук.-метод. посіб. Видання доповнене та перероблене. Київ : Видавнича група «АТОПОЛ», 2011. 274 с.
2. Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (дата звернення 10.09.2019).
3. Луговий В. І. Якість вищої освіти – виклик для України. *Вища освіта України*. 2012. № 3 (додаток 2). С. 5–9.

УДК 376

Катерина Храпач,
студентка 4 курсу спеціальності
Спеціальна освіта факультету реабілітаційної
педагогіки та соціальної роботи
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна
Науковий керівник – **Артем Овчинніков,**
старший викладач кафедри фізичної реабілітації
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

ГІДРОКІНЕЗОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Організація рухової активності дітей із порушеннями функцій опорно-рухового апарату в результаті ураження центральної нервової системи представляє певні труднощі. Це пов'язано, перш за все, з відсутністю або обмеженням здатності до вольового управління процесом руху, що підтверджується проявом порушень розвитку дитини через деякий час після народження з початком формування довільних рухів.

Фізична реабілітація дітей із порушеннями опорно-рухового апарату має проводитися в якомога більш ранньому віці, комплексно і безперервно. Вважається, що вона найбільш ефективна в період становлення рухових, мовленнєвих і психічних функцій, тобто до 3 років, коли з навчанням рухам відбувається паралельно придбання сенсорного досвіду [4]. В той же час роботу з розвитку рухових функцій дитини необхідно починати відразу після встановлення діагнозу, а не після розвитку ознак порушення цих функцій [1].

Велике значення для розвитку і нормалізації рухів у дітей із порушеннями опорно-рухового апарату має проведення фізичних вправ у воді – гідрокінезотерапія. Лікувальна гімнастика у воді особливо корисна в період початкового формування рухів. Крім вправ у воді, важливе місце в реабілітації займає водолікування, яке сприятливо впливає на стан нервової системи дитини [4].

За допомогою водолікування нормалізуються процеси збудження і гальмування, поліпшується сон, зменшуються насильницькі рухи, знижується м'язовий тонус, поліпшується кровопостачання органів і тканин [2].

Водолікування завдяки своїй ефективності та доступності вважається одним із найбільш часто використовуваних методів фізіотерапії. Вода є природним біологічним подразником, з яким людина постійно зустрічається в повсякденному житті, її висока теплопровідність і теплоємність, здатність розчиняти найважливіші для організму органічні і неорганічні речовини, гази, а також деякі інші фізичні властивості роблять воду унікальним середовищем, через яку можуть здійснюватися різноспрямовані впливи на організм [2].

У практиці водолікування найбільш часто використовуються ванни індиферентної температури (35-37°C), яка істотно не відрізняється від внутрішньої температури тіла. При дії таких ванн на організм зменшується кількість імпульсів, що надходять в центральну нервову систему. В результаті гальмується

активність кори головного мозку, що веде до зниження м'язового тону, больових відчуттів і гіперкінезів [1].

В період формування активних рухів найбільш корисна лікувальна гімнастика у воді. Використання засобів лікувальної гімнастики у воді проводиться тільки за показаннями лікаря з урахуванням рухового порушення і загального стану дитини.

Плавання пов'язано з руховою активністю у водному середовищі. У водному середовищі організм людини піддається подвійному впливу і подвійному опору: з одного боку на нього впливають фізичні вправи, з іншого водне середовище. Плавання відбувається при горизонтальному положенні тіла, що сприяє поліпшенню і розслабленню м'язів і функції суглобів, що знаходяться у водному середовищі під час плавання протягом тривалого часу в стані гідростатичної невагомості, що розвантажує опорно-руховий апарат від тиску на нього ваги тіла – це створює умови для нормування порушень постави, сприяє збільшенню рухових можливостей і сприяє їхньому розвитку. Розвитку мускулатури сприяють вправи з участю рук і ніг, а також різні вправи з використанням додаткового обладнання, таких як: дошка для плавання, різні об'єкти. Плавання є одним із нетравматичних видів спорту. Під час плавання значно знижено навантаження на опорно-руховий апарат. Укріпленню м'язового корсету, м'язів спини і хребта, зменшення застійних явищ, збільшення амплітуди в суглобах сприяють заняття таким видом як плавання [4].

Важливим компонентом абілітації дітей при порушеннях опорно-рухового апарату є плавання в силу вираженого впливу водного середовища. У водному середовищі легше формувати функції оволодіння навичкою пересування у воді, а також заняття в басейні в значній мірі сприяють підвищенню рівня розвитку фізичних і психічних якостей. Специфічний вплив водного середовища на вестибулярний, опорно-руховий апарат, центральну нервову систему, вегетативні та інші органи здатний забезпечити компенсаторний вплив на порушені функції організму реабілітанта. Засобами плавання в достатньому ступені можна домогтися розвитку гнучкості, що дозволяє застосовувати його в розвитку контрактур суглобів [3].

Таким чином, одним із найефективніших засобів абілітації дітей із порушеннями опорно-рухового апарату є гідрокінезотерапія. Основними завданнями занять є стимуляція загального фізичного розвитку дитини і корекція її порушених рухових функцій. Заняття включають в себе виконання загальнорозвиваючих і коригуючих вправ. Кожне заняття є комплексним, що включає всі види вправ.

Серед коригуючих вправ найбільше значення мають дихальні, вправи на розслаблення, на нормалізацію поз і положень голови і кінцівок, на розвиток координації рухів, функцій рівноваги, на корекцію прямостояння і ходьби, розвиток ритму і просторової організації рухів.

Таким чином, аналіз літератури показав, що застосування засобів гідрокінезотерапії при порушеннях опорно-рухового апарату є однією з основних форм розвитку рухів.

Список використаних джерел:

1. Аксенова Л. И., Архипов Б. А., Беякова Л. И. Специальная педагогика / под ред. Назаровой Н. М. Москва, 2001. 245 с.
2. Беляя Н. А. Руководство по лечебному массажу. 2-е изд. Москва : Медицина, 1983. 288 с.
3. Акош К., Акош М. Помощь детям с церебральным параличом кондуктивная педагогика / пер. с англ. Москва : Улисс, 1994. С. 36–42.
4. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детский церебральный паралич. Киев : Здоровья, 1988. С. 320–327.

Анастасія Штепенко,
студентка 3 курсу спеціальності
Фізична терапія факультету реабілітаційної
педагогіки та соціальної роботи
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна
Світлана Яценко,
студентка 2 курсу магістратури спеціальності
Фізична терапія факультету реабілітаційної
педагогіки та соціальної роботи
Хортицької національної академії,
м. Запоріжжя, Україна

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ОСІБ ІЗ ПОРУШЕННЯМ СТОПИ

Захворювання опорно-рухового апарату (ОРА) і порушення функції нижніх кінцівок зокрема складають значну частину хвороб кістково-м'язової системи і впливають на якість життя.

Біль у стопі та гомілці є майже у кожного. З часом проблеми стопи можуть ускладнюватися і бути причиною порушень функції ходи. Ця проблема є особливо актуальна для осіб похилого віку [4].

Фізіологія м'язового скорочення базується на тому, що під впливом імпульсу з центральної нервової системи м'яз виконує роботу і скорочується. Розтягнення ж м'яза здійснюється за допомогою лише м'яза-антагоніста, іншого механізму розтягнення м'язів немає. Оскільки окремі пучки м'яза скорочуються нерівномірно, а потім теж нерівномірно розтягуються, в м'язах залишаються частково скорочені міофібрили. Саме ці скорочені частки м'язів вже не можуть виконувати роботу м'яза у повному обсягу, і м'яз губить властиві йому пружність та еластичності. Разом із цим численність моторних одиниць цього м'яза теж зменшується.

На сьогоднішній момент багато досліджень, які присвячені темі плоскостопості та іншим проблемам стопи. Але таке поняття як покращення працездатності стопи, її функцій та вплив методів фізичної терапії на працездатність стопи досліджено недостатньо. У зв'язку з цим виникає необхідність дослідити кореляцію між покращенням функції м'язів стопи та біллю в стопі і гомілці.

На сьогоднішній день біомеханіка ходьби описана докладно багатьма авторами [1, 2, 5].

За цикл кроку відбувається рух не тільки в суглобах стопи і гомілки, але і в колінних, тазостегнових і крижово-клубовому суглобах. Тому порушення в роботі стопи, зміни її структури або функції позначаються на верхніх структурах.

Таким чином, програма фізичної терапії для м'язів стопи повинна враховувати ці взаємовпливи та охоплювати не тільки м'язи самої стопи, але і зовнішні м'язи стопи та гомілки.

Тому для відновлення еластичних якостей м'яза ми пропонуємо включити метод роботи з міофасціальними ролами (механічне розтягування м'язів та сухожиль).

Сила м'язів – залежить від регулярності тренувань та розвитку таких навиків як гнучкість, витривалість, спритність та швидкість [3, 6].

Для вдосконалення функцій стопи пропонується програма працездатності стопи, яка складається з самостійної роботи з міофасціальним ролом для розтягнення м'язів та покращення еластичності; розтягування м'яз за допомогою маси тіла; вправ для реєдукації стопи, які призначені для навчання м'яза рухатися в новій амплітуді; вправ для нарощування сили м'язів; вправи на рівновагу.

Програма включає наступні групи вправ: на подошвену частку стопи – робота з м'ячем: на задню поверхню гомілки; на передню поверхню гомілки, на зовнішню поверхню гомілки; вправи для пальців ніг; на короткі згиначі, вправи для великого пальця; функціональні завдання; вправи на рівновагу.

Таким чином, в доступних нам джерелах показано, що захворювання ОРА та нижніх кінцівок у тому числі складає 11,1 % інвалідизації в Україні; можливо припустити, що покращення працездатності

стопи буде здійснюватися методами фізичної терапії, які складені з фізичних вправ та самостійного міофасціального релізу.

Список використаних джерел:

1. Аруин А. С., Зациорский В. М. Эргономическая биомеханика ходьбы и бега. Москва : ГЦОЛИФК, 1983. 52 с.
2. Зациорский В., Каймин М. Биомеханика ходьбы. Москва, 1978. 65 с.
3. Казаров Д., Шапков Ю. Двигательные единицы скелетных мышц человека. Москва, 1983. 243 с.
4. Князева В. Н., Шаргородский В. С. Возрастные особенности формы и функции стопы человека. *Проблемы геронтологии и гериатрии в ортопедии и травматологии*. Киев, 1966. С. 83–84.
5. Скворцов Д. В. Клинический анализ движений. Анализ походки. Москва : Стимул, 1996. 375 с.
6. Теоретичні і методичні основи виховання фізичних якостей : навч. посіб. / під ред. Чиженок Т. М., Коваленко Ю. О. Запоріжжя, 2014. 122 с.

РОЗДІЛ 5. АНІМАЛОТЕРАПІЯ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

УДК 37.091.2 -7.012

Ольга Беляєва,
голова Шепетівської міської
молодіжної громадської кінологічної
організації «Фенікс», керівник гуртка,
методист, інструктор з робочих якостей собак
(кінологічний фрістайл),
м. Шепетівка, Україна

МАЛЮВАННЯ ІЗ СОБАКОЮ, ЯК ЗАСІБ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ. ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЕКТУ «МАЛЮВАННЯ ІЗ СОБАКОЮ»

В даний час ізотерапія (малювання) широко використовується в корекції різних відхилень і порушень розвитку дитини, кністерапія ж в таких випадках - не метод лікування, а реабілітація за допомогою спеціально навчених собак. При спілкуванні із собакою задіяні всі органи чуття, що само по собі корисно і ефективно.

Співпраця із собакою допомагає дітям з особливими потребами набутти впевненості в собі, набутти здатності до адаптації, навчити самовиражатися, а також побачити всю красу навколишнього світу, його кольорове розмаїття і гармонію. Собака допомагає зняти стрес, знайти гармонію з навколишнім світом. І справа не тільки в емоційному зв'язку, є й медичні обґрунтування. До того ж собака поводить себе природно, що знімає багато психологічних бар'єрів.

Малювання із собакою – це розвиток всіх органів почуттів: зору, дотику, формування образного просторового мислення, інтелектуальної та емоційної сфери, розкриття і розвитку творчого потенціалу.

Метою проекту є привернення уваги населення до нового методу реабілітації та соціальної адаптації дітей з особливими потребами, засобами кністерапії, зокрема, ізотерапія із собакою.

Завдання проекту:

- ознайомлення з теоретичними аспектами впровадження ізотерапії в поєднанні з кністерапією;
- розроблення комплексу вправ для занять із дітьми;
- практична організація занять малювання із собаками з дітьми різних категорій;
- розроблення рекомендацій щодо здійснення соціалізації та реабілітації дітей з особливими потребами за допомогою методу малювання з собаками.

Малювання разом з собакою не ставить перед дитиною непосильних завдань і не призводить до розчарування. У дитини не виникає установки «я не вмію малювати». А тренеру із собакою потрібно лише залучити дитину до творчого процесу так, щоб вона відчула, що в неї все виходить.

На заняттях із малювання з собакою малюнок розглядається як діагностичний матеріал. Аналізуючи малюнок, можна сказати про здатність дитини сприймати дійсність, висловлювати ставлення до неї.

Самовираження за допомогою малюнка виявляється більш символічним ніж мова. Для дітей малюнок зазвичай не предмет, а знання про нього, тому дитяче малювання називають графічною промовою. Іноді дитина здатна пояснити символи, намальовані собакою, і розкривається при спробі пояснити глибинний сенс намальованого чотирилапим компаньйоном.

Іноді «собачий малюнок» збігається з внутрішнім станом дитини, що створює чуттєвий симбіоз у парі дитина-собака. І тут вже завдання тренера – не втратити час для витягування дитини із замкнутого кола хвороби.

Корекційні можливості проекту «Малювання із собакою» по відношенню до дітей з обмеженими можливостями пов'язані з тим, що вплив методу направлено на емоційно-чуттєву сферу, як більш чутливу і сприйнятливую.

Основні функції, що вирішуються під час занять:

- стабілізаційна – звільнення від нашарування негативних станів, зняття емоційного напруження;
- регуляторна – розвиток здатності саморегуляції засобами каністерапії;
- адаптаційна – спрямована на подолання труднощів комунікації, формування впевненості в собі і емоційно-практичну форму вираження (символізм) творчих робіт.

Власне реалізація проекту полягає у проведенні занять із дітьми різних категорій: перша група – здорові діти, друга група – діти з особливими потребами. В залежності від індивідуальних особливостей дитини заняття може тривати від 15 до 35 хвилин.

Заняття проводились в індивідуальній або груповій формі.

Споглядання за дією проекту проходило протягом 6 місяців.

Висновки про результати та ефективність зроблені на основі опитування та анкетування батьків.

Для кожного конкретного випадку каністерапевт розробляє комплекс вправ.

1. Заняття завжди починається зі знайомства. Деяким дітям потрібно чимало часу, щоб звикнути або побороти страх перед собакою. Але фахівець завжди допоможе налагодити контакт. Потрібно дуже ретельно спостерігати за реакцією дитини. Якщо вона боїться, собаку слід тримати на відстані. Багатьом дітям простіше, коли тварина сидить або лежить боком. Тоді відсутній контакт очима.

2. Після етапу знайомства можна переходити до так званих дистанційних вправа. Спеціаліст йде поруч з дитиною, ведучи з іншого боку тварину на повідку, не наближаючи її. Коли дитина звикне, собака може робити зупинки, повороти. Потім можна доручити дитині її розчесати. І коли етап звикання завершено, дитина може самостійно давати команди собаці.

3. Наступна вправа вимагає від дитини зосередженості і розвиває певні навички: орієнтуватися в просторі, послідовно виконувати дії. Дитині дається завдання підвести собаку до певного предмета або людини, потім взяти якусь іграшку і разом із твариною віднести її у призначене місце. Якщо собака вміє виконувати трюки, нехай дитина попросить її виконати один із них. Це дуже підвищить самооцінку малюка.

4. Наступна вправа виходить із попередньої. Собака пензликом починає наносити на папір точки, хвилясті і прямі лінії, дуги і смужки. Вправа може виконуватися пащею з пензликом або лапами. Тоді собака, занурюючи лапу в фарбу, ставить відбитки на папері. Таку ж дію ми пропонуємо повторити дитині. Намалювати пензликом або ставити відбитки долонею. Спільна творчість сприяє розкриттю і пробудженню фантазії. Наступним етапом можна запропонувати пояснити значення намальованого.

5. Чергова вправа виконується на килимку. Дитина лягає поруч із собакою, можна на неї опертися, притискається до неї або просто обіймає. Температура тіла собаки вище, ніж у нас, тому такий тісний контакт корисний для м'язів. При цьому собака може тримати олівець чи фломастер, мордою підсуває баночку, передає іграшку. А дитина малює свої враження, страхи, фобії, відповідно позбавляючись від негативу і формуючи позитив. В неї вже зменшується почуття тривоги, поліпшується моторика і навіть мова.

6. У змішаних групах заняття можна проводити за столами, де вже підготовлені фарби, олівці, папір і все необхідне. Діти малюють самі, а собаки знаходяться поруч за столом або споглядають на відстані. Також собака може втручатись у процес малювання, подати олівець, іграшку, підсунути баночку з водою та інше.

7. Черговий етап може проходити на вулиці. Собаки і діти відчувають свободу, свіже повітря стимулює творчу енергію. Собак може бути кілька. Хтось буде моделлю, хтось помічником. Дозволяється рухатись, грати з собаками. Тренер повинен вловити момент, коли починає наростати збудження, і в цей момент запропонувати показати це на папері. Діти можуть малювати індивідуально, кожен на своєму листку, або зобразити на загальному полотні. А потім будь-хто зможе побачити, що відчував кожен у цей час і як це відобразилося на малюнку.

До речі, на заняттях бажана присутність психолога, який відразу зможе побачити динаміку розвитку: позитивну чи негативну.

Подібні спільні заняття допомагають вирішити ряд проблем та розвинути «сплячі» здібності, наприклад:

- недостатність орієнтації в просторі;

- проблеми взаємодії і комунікації;
- робота над мотивацією до творчості, зокрема малювання;
- допомога у формуванні опорної функції рук, дрібної моторики, захоплення, перенесення і відпускання предметів;
- вчить проявляти ініціативу і креативність;
- подолання страхів і тривожних станів;
- розвиток інтелектуальних і пізнавальних здібностей.

Обов'язково потрібно дотримуватися заходів безпеки, уникати предметів, що б'ються, гострих, тих що легко розколюються, що можуть нашкодити дітям і тваринам.

Під час роботи над проектом були зроблені такі висновки:

1. Використання методу малювання із собаками дає позитивні результати у вирішенні ряду актуальних розвиткових та корекційних завдань у роботі з дітьми з особливими потребами.
2. Діти-волонтери, що беруть участь у проекті, формують і вдосконалюють навички роботи із собаками в процесі роботи з дітьми з особливими потребами, що допоможе їм у подальшому житті.
3. Проект окреслив окремі аспекти та методи соціальної реабілітації та адаптації, а також розвиткові здібності дітей з особливими потребами за допомогою малювання із собакою.
4. Практичні і методологічні напрацювання, а також деякі окремі елементи можуть використовуватися при роботі в спеціалізованих установах, практичними психологами, тренерами-каністерапевтами та кінологами-аматорами.

Список використаних джерел

1. Буровкіна Л. А. Комплексний підхід до навчання школярів декоративно-прикладного мистецтва в системі безперервної освіти *Виховання школярів*. 2010. № 4. С. 36-39.
2. Виготський Л. С. Уява і творчість у дитячому віці. Психологічний нарис. Москва : Просвещение, 1991. 99 с.
3. Власенко О. Таємниці досвідченого дресирувальника: нестандартні та екстремальні ситуації. М. : ООО «Видавництво Астрель», 2002.
4. Джеральд О., Гоулд П. Малюнок в психотерапії: Методичний посібник. Москва : Прогрес, 2001. 184 с.
5. Доренський В. Мистецтво як феномен людино творення Філософська думка. 2009. № 6. С. 61–78
6. Кисельова М. В. Арт-терапія в роботі з дітьми: керівництво для дитячих психологів, педагогів, лікарів і фахівців, що працюють з дітьми. СПб. : Мова, 2006. 160 с.
7. Соціально-педагогічні основи діяльності сучасного позашкільного навчального закладу. *Матеріали доповідей та виступів міжнародної науково-практичної конференції 23-25 жовтня 2002 року*. Київ, 2003
8. Технології творчої реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Укл. : Донченко А. С., Філіппова Е. Н., Холматова Н. В Сургут, 2012. 116 с. URL : https://www.google.com.ua/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwik_Z3WltvKAhVAwcQBHRbBA10QFjABegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fdepsr.admhmao.ru%2Fupload%2Fiblock%2F79e%2F7._tehnologiya_tvorcheskoy_reab._detey_s_o_granich._vozmozh..pdf&usg=AOvVaw1JHDXb57x6mFdEfeqboKIF

УДК 615.851:636.7.08

Ганна Бураго,
президент ГО «Іпотерапевтичний центр «Спірит»,
Ольга Берегела,
дитячий невролог,
ГО «Іпотерапевтичний центр «Спірит»,
Олександр Мірошников,
дитячий невролог, ДУ «Інститут педіатрії,
акушерства і гінекології НАМН
імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України»,
м. Київ, Україна

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ІПОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ РОЗВИТКУ МОВИ

Актуальність. За останні роки у всьому світі відзначається стрімке збільшення кількості дітей з утрудненнями під час оволодіння усним та писемним мовленням. За різними статистичними даними чисельність таких дітей в Україні становить від 50% до 60%.

Для ефективної реабілітації таких дітей потрібна не лише злагоджена робота фахівців із розвитку мови даних спеціалістів, а й використання фізіотерапевтичних методів, зокрема іпотерапії.

Відомо 8 систематичних оглядів, 98 рецензованих статей і 11 рецензованих тематичних досліджень, які підтверджують цінність використання іпотерапії у покращенні функціонування нейромоторних систем, що сприяє покращенню когнітивних, мовних та поведінкових навичок.

Метою даної роботи є оцінка ефективності іпотерапії у складі комплексної терапії дітей із порушеннями розвитку мови, у порівнянні з традиційною логопедичною корекцією.

Методи. Протягом 2018-2019 рр. на базі іпотерапевтичного центру реабілітації «СПІРИТ» обстежено 81 дитину з порушеннями розвитку мови різного ступеню, включаючи дітей з розладами аутистичного спектру (29 %) та синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (9 %). Віковий діапазон становив 2,5 – 10 років. Серед них 30 дітям (37 %) був проведений курс іпотерапії (10 занять тривалістю 30 хв.) за індивідуальною програмою, що розроблялась з огляду на початковий рівень мовного та психоемоційного розвитку дитини. 20 дітей (25 %) отримували лише логопедичну корекцію, а 31 дитина (38 %) отримувала іпотерапію у поєднанні з логопедичною корекцією.

Результати та їхнє обговорення. Оцінка ефективності проводилася за результатами опитування батьків після проходження курсу лікування. Батькам було запропоновано обрати один із наступних варіантів відповіді:

- 1 – значне покращення мовного розвитку (поява мови у дитини, що взагалі не говорила, значне покращення активного говоріння);
- 2 – суттєве покращення мовного розвитку у вигляді появи нових слів та звуків;
- 3 – слабе покращення мовного розвитку;
- 4 – відсутність покращення

Ефективність	Методи реабілітації (n - кількість дітей)		
	Іпотерапія, n=30 (37 %)	Логопедична корекція (20-25 %)	Іпотерапія + логопедична корекція (31-38 %)
Значне покращення	9 (30 %)	8 (40 %)	15 (48 %)
Помірне покращення	11(37 %)	8 (40 %)	13 (42 %)
Слабе покращення	6 (20 %)	3 (15 %)	2 (7 %)
Відсутність покращення	4 (13 %)	3 (15 %)	1 (3 %)

Таким чином, помірне та значне покращення відмічалось у 67 % дітей, що отримували виключно іпотерапію, у 80 % дітей, що отримували логопедичну корекцію, та у 90 % дітей, що проходили іпотерапію у поєднанні з логопедичною корекцією (відмінність між групами статистично не значима).

Висновки. Підсумовуючи отримані результати, можна зробити висновок про підвищення позитивного ефекту у реабілітації дітей із мовними порушеннями при поєднанні логопедичної та іпотерапевтичної методик. Також хочеться відмітити позитивний вплив іпотерапії не лише на мовні навички, а й на загальний фізичний стан дітей (покращення м'язової сили і координації) та появи великої кількості позитивних емоцій, що з'являються під час терапії. Отримані результати дають змогу рекомендувати включення іпотерапії до схем комплексної реабілітації дітей із порушеннями розвитку мови. Проведене дослідження є пілотним та має ряд обмежень, а саме: малий обсяг вибірки, відсутність розподілу за віком, статтю та супутніми діагнозами.

Список використаних джерел

1. Atun-Einy O., Lotan M. A Systematic Review of Hippotherapy (horseback riding) for Individuals with Autism is the Cognitive Level Considered?
2. Stergiou A¹, Tzoufi M, Ntzani E, Varvarousis D, Beris A, Ploumis A. Therapeutic Effects of Horseback Riding Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. m J Phys Med Rehabil. 2017 Oct;96(10):717-725. doi: 10.1097/PHM.0000000000000726.

УДК 615.815:636.7

А. Вдовиченко,

кандидат психологічних наук,

практичний психолог ОЦКРДЗІ «Відродження»,

М. Кулько,

кінолог ОЦКРДЗІ «Відродження»,

м. Чернігів, Україна

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КАНІСТЕРАПІЇ В ОБЛАСНОМУ ЦЕНТРІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ «ВІДРОДЖЕННЯ»

Собака – найрозповсюдженіша домашня тварина у світі. Сьогодні все більше уваги приділяється особливостям взаємодії собаки і людини. Науковці довели, що існує безпосередній позитивний вплив собаки на психофізичний розвиток, емоційний, душевний стан людини. В сучасній міжнародній класифікації розглядають чотири напрямки залучення собаки: взаємодія із собакою, активність, навчання, терапія за допомогою собаки. Саме ці напрямки роботи і є основою каністерапії.

Каністерапія (лат. «canis» – собака і грецьк. Θεραπεία [therapeia] – лікування, оздоровлення) – один із різновидів лікування і реабілітації, адаптації, соціалізації та корекції порушень розвитку людини за допомогою звичайних або спеціально відібраних і навчених собак під наглядом кваліфікованих фахівців (також – відома, як лікувальна кінологія) [2, 3].

Сьогодні каністерапія використовується в роботі з різними категоріями людей. Каністерапія виявляється найбільш ефективним методом реабілітації, соціалізації, адаптації, ресоціалізації, корекції, психопрофілактики і психопідтримки для такої вікової категорії як діти і літні люди. Особливу значимість має каністерапія для категорії дітей з обмеженнями у розвитку, собака дає їм можливість не тільки знайти собі друга, але і справлятися зі своїми вадами, приймати себе. Собаки допомагають подолати самотність, невпевненість, знімають психоемоційне напруження, покращують настрій і емоції, формують позитивне ставлення до життя, а також полегшують біль [3, 5].

Робота із собакою дозволяє знизити тривожність, відпрацювати певні фобічні та астеноневротичні розлади, зняти емоційну напругу, депресію, знизити неухважність, покращити когнітивний потенціал і мобілізувати рухові функції. Неговіркі починають більше говорити, а люди з

емоційною некомпетентністю (набутою або вродженою) – виявляти здатність реагувати на тварин із несподіваним почуттям і розумінням. Однак, ряд спеціалістів стверджують, що ефективність і успіх каністерапії залежить насамперед від того, які відносини між твариною і пацієнтом були встановлені ще в дитинстві, зокрема у віці 6-13 років.

У Чернігівському обласному центрі комплексної реабілітації дітей з інвалідністю «Відродження» вже протягом 7 років активно застосовується метод каністерапії в комплексній реабілітації дітей з обмеженими психофізичними можливостями. Метою діяльності Центру є максимальна соціалізація і інтеграція дітей з інвалідністю в суспільство. Багаторічний досвід роботи доводить, що саме комплексна реабілітація є підґрунтям подальшого функціонування і розвитку особи з інвалідністю. Це і якість життя, через відновлення здоров'я, доступ до освітніх послуг, активне соціальне і культурне життя.

З вересня 2011 року в Центрі ефективно застосовується метод каністерапії, ініціатором впровадження якого був практичний психолог центру. Собака-терапевт по кличці Ніка (її замінила Лілу), італійської породи кане-корса, була надана для занять із дітьми власником, місцевим підприємцем, директором компанії «COLLAR» Юрієм Синицею. Саме пан Юрій у вигляді благодійної акції два рази на тиждень забезпечує доставку Лілу у супроводі кінолога до Центру. Завдяки професійному ставленню кінолога до тварини Лілу має дуже витриманий, лагідний, передбачуваний характер, що стало запорукою позитивних результатів із нашими маленькими пацієнтами. Заняття з каністерапії мають психокорекційну мету і проводяться у тісному тандемі – практичним психологом Центру, кінологом і, звісно, Лілу. Вони будуються з урахуванням принципу індивідуального підходу (віку, діагнозу, специфічних потреб дитини) за допомогою спеціально підібраних ігор та вправ із собакою. Заняття проводяться двічі на тиждень, як індивідуально, так і в невеличких групах (від 3 до 5 дітей), носять як активний так і пасивний характер щодо участі дітей. Діти можуть спостерігати, емоційно поєднуючи себе при цьому із тими, хто виконує вправу з собакою, або ж активно залучаються до заняття, опановуючи рухові навички, вчаться розмовляти, концентруватись, запам'ятовувати і відтворювати, розвивають міжпівкулеву взаємодію та покращують реабілітаційний потенціал у цілому. Заняття ґрунтуються на розвитку рухових навичок, за допомогою нейропсихологічних і кінезіологічних вправ, включаючи поступово мислення; координацію аудіального і зорового сприйняття з роботою рук [2, 5, 9].

Протягом всього заняття відбувається тісний емоційний і тактильний контакт дитини із собакою, а також формується зворотній зв'язок. На заняттях ми намагаємось скоординувати дії важливих систем: нервової, м'язової і кісткової.

Важливим напрямком каністерапії в обласному центрі є проведення занять із пацієнтами дитячого паліативного відділення. Близько півтора року тому на базі відділення цілодобового перебування було створено і відкрито паліативне відділення на 9 ліжок-місць для дітей із генетичними, психоневрологічними хворобами, які обмежують термін життя. В даному випадку застосування методу каністерапії направлене для підвищення адаптивних можливостей дитини на больові і дискомфортні подразники, полегшення симптомів болю, долаючи сенсорний голод, здійснюючи розслаблюючий і заспокійливий ефект.

Тож, багаторічний досвід застосування методу каністерапії в ОЦКРДІ «Відродження» свідчить, що даний різновид терапії є ефективним у комплексній реабілітаційній і корекційній практиці для дітей з обмеженими психофізичними можливостями і гідний уваги реабілітологів і психологів.

Список використаних джерел

1. Агафонов В. Как нас лечат собаки. Москва, 2008.
2. Анцупова И. И. Анималотерапия Москва, «Вокруг света» : журнал «Вокруг света» № 12 (2795) декабрь, 2006.
3. Годик М. А., Шанина Т. А., Шитикова Г. Ф. О методике тестирования физического состояния детей. Москва : 1998. № 8.
4. Кряжева Н. Л. Кот и пес спешат на помощь. Анималотерапия для детей. Академия Развития, Академия И. К°, 2000г.
5. Карвасарский Б.Д.. Психотерапия. Питер, 2007.
6. Криволапчук Н. Собака + целитель. Как воспитать своего домашнего доктора. СПб., 2007.

7. Медведев А., Медведева И. Собака-целитель. 10 основных методов канистерапии. Москва, 2007.
8. Субботин А. В., Ращевская Л. Л. Лечебная кинология. Теоретические подходы и практическая реализация. Москва, 2004.
9. Фабри К. Э. Основы зоопсихологии. Москва : Российское психологическое общество, 1999.

УДК 615.851:376-056.36.016

Ніна Кравець,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри психокорекційної педагогіки
Національного педагогічного університету
імені М. П. Драгоманова,
м. Київ, Україна,
Тетяна Яцемірська,
магістр спеціальної освіти,
директор закладу дошкільної освіти –
закладу загальної середньої освіти
I ступеня «Ля Малюк»,
м. Київ, Україна

ПРИРОДА – ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З РОЗВИТКУ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Одним із найважливіших показників людини є здоров'я. Тому збереження здоров'я підростаючого покоління належить батькам та освіті, насамперед її першій ланці – дошкільній освіті. У дошкільному віці відбувається інтенсивний психічний розвиток дитини, зокрема сприймання, мислення, мовлення, формуються психологічні механізми особистості, нові якості поведінки, закладаються основи подальшого розвитку дитини. Процес сприймання дошкільниками здійснюється в різних видах діяльності: навчальній, ігровій, предметно-маніпулятивній. Пізнавальна активність дошкільнят формується завдяки психолого-педагогічній техніці, зокрема ігротерапії, яка має виражений корекційний і компенсаторний вплив. У дітей із мовленнєвими порушеннями ігрові дії відбуваються у процесі обмеженого мовленнєвого спілкування, що призводить до порушень гри, її сюжетної обмеженості. Отже, основні знання і враження діти отримують лише в процесі цілеспрямованої ігрової діяльності, організованої переважно у природному середовищі.

У дитячому садку «Ля Малюк» діти безпосередньо знайомляться з природою та змінами, що відбуваються в ній. На основі набутих знань у дошкільнят формуються такі якості, як реалістичне сприйняття явищ природи, допитливість, вміння спостерігати, логічно мислити, правильно оформляти власні висловлювання, естетично ставитися до всього живого. Любов до природи, навички бережливого ставлення до неї, сприяють не лише релаксації, але й породжують інтерес до природи.

Різнорічність тварин і рослин, яке діти спостерігають у природі, утруднює виокремлення загального, суттєвого та закономірного у житті тваринного і рослинного світу. Тому в дитячому садку «Ля Малюк» функціонує кімната природничого характеру «Острівець природи», яка надає можливість зосередити увагу дітей на невеликій кількості мешканців, найбільш типових їх ознаках і тим самим забезпечити глибші й міцніші знання про них. Ознайомлення з обмеженою кількістю спеціально підібраних об'єктів у кімнаті «Острівець природи» дозволяє вирішити це складне й важливе завдання. Має значення й просторова близькість, оскільки діти отримують можливість безпосередньо добре роздивитися кожну тваринку і рослину, спостерігати за ними тривалий час. За мешканцями «Острівця природи» малюки спостерігають щодня, що полегшує роботу вихователя, під безпосереднім керівництвом якого відбуваються систематичні спостереження і догляд за тваринами і рослинами.

Завдяки вдало організованій діяльності діти набувають знань про різноманітність тваринного і рослинного світу про те, як ростуть і розвиваються тварини і рослини, які умови для них потрібно створювати. У них розширюються знання про тваринний і рослинний світ. Знайомство з живими об'єктами сприяє розвитку спостережливості, інтересу до природи. Крім того, природнича кімната забезпечує корекцію пізнавальних психічних процесів у дітей (сприйняття, мислення, уява, увага, пам'ять, мовлення), збагачення словникового запасу різноманітною лексикою, формуючи уміння діалогічного й монологічного мовлення. Діти вчать мислити: встановлюють причинно-наслідкові зв'язки, запам'ятовують назви мешканців, придумують ігри. Водночас застосовується орнітотерапія – взаємодія дошкільнят із птахами (папуги) задля цілей реабілітації шляхом візуального спілкування з птахами.

У процесі спостереження дітьми тварин, птахів, рослин цінним є метод казкотерапії. Казку використовуємо з метою психодіагностики, психокорекції, корекції мовлення дошкільників. Казка водночас зі спогляданням живої істоти сприяє розвитку фонематичного слуху, вихованню звукової культури мовлення. Діти мріють і фантазують, намагаючись переказати почуте, інсценізувати його. Казкотерапія забезпечує створення пізнавальної атмосфери, яка робить мрії кожної дитини дійсністю через особливу казкову атмосферу, що дозволяє вступати в боротьбу зі своїм страхом, сором'язливістю, перемагати їх. Основний принцип казкотерапії – цілісний розвиток особистості дитини.

Працюючи з казковими героями, застосовуємо метод сторітеллінгу, завдяки якому діти спочатку слухають продовження історій про казкових героїв, а потім з допомогою дорослого намагаються самостійно продукувати історії про істоту, яка була персонажем казки та яку вони споглядають у «Острівці природи». Технологія сторітеллінгу допомагає долати тривожність, різноманітні страхи, агресивність, адаптує дітей до різних соціальних умов. Сторітеллінг ми використовуємо у роботі з агресивними, невпевненими, сором'язливими дітьми, у випадках різного роду психічних і соматичних захворювань. Завдяки сторітеллінгу гармонізується психоемоційний стан дошкільнят, який є важливою умовою навчання, виховання й розвитку. Позитивні емоції дозволяють відчувати і переживати навколишню дійсність [2].

Доглядаючи за тваринками і рослинами, діти виконують індивідуальні, групові й колективні творчі завдання: складання невеличких розповідей про тваринку, рослинку, придумування цікавих історій. Виконуючи завдання, стають впевненішими, розкутішими, навчаються робити правильні висновки; у них значно знижується рівень тривожності або зникає повністю. Дотик і близькість живої істоти приносять комфорт та підтримку. Присутність тварини, рослини викликає седативний ефект у гіперактивних дітей, пробуджує почуття відповідальності, приносячи радість і задоволення. Під час догляду за мешканцями «Острівця природи» у вихованців формуються трудові навички і такі цінні якості, як: працелюбність, відповідальність, екологічна грамотність.

Анімалотерапія як компонент системи психологічної корекції, сприяє вихованню в дітей соціального інтересу, оптимізує адаптацію в соціумі.

Спостерігаючи за живими істотами, діти не лише отримують нові враження, а й збагачуються емоційно. Кімната природничого характеру «Острівець природи» спонукає дошкільнят до проявів творчості, активності в пізнанні довкілля, спілкуванні, забезпечує поступове зростання пізнавальних можливостей кожної дитини. Завдяки терапевтичним функціям кімнати: корекційна, психофізіологічна, реабілітаційна, психотерапевтична, виховна, культурологічна, розвимова, соціальна, естетична – у дітей формується гуманістичний світогляд, критичне мислення у процесі аргументованих та емоційних висловлювань власних думок, розвиваються й коригуються процеси сприймання, мислення, мовлення, пам'яті, уваги, уяви, коригується емоційно-вольова та поведінкова сфери.

Список використаних джерел

1. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальному дошкільному закладі для дітей з особливими потребами: навчальний посібник. Суми: Університетська книга, 2008. 302 с.
2. Кравець Н. П. Сторітеллінг и подготовка первоклассников с нарушениями интеллектуального развития к овладению грамотой *Дзіцячы сад – пачатковая школа: вопыт, перажыццэ, перспектывы: зборнік артыкулаў / УАМДПУ імя І. П. Шамякіна; рэдкал: Б. А. Крук (адж. рэд.) [і інш.]*. Мазыр: МДПУ імя І. П. Шамякіна, 2018. С. 199-201.

3. Кравець Н. П., Яцемірська Т. П. Стан мовленнєвої готовності дошкільників із порушеннями інтелектуального розвитку до опанування грамоти. *Проблеми та перспективи сучасної науки: IX Міжнародна науково-практична інтернет-конференція: тези доповідей*, Дніпро, 28 вересня 2018 року. Ч. 2. Дніпро : НБК, 2018. С. 39-45.

УДК 376–056.48: 616.896: 373.3.043.2–056

Ірина Шаповалова,
кандидат педагогічних наук,
м. Запоріжжя, Україна

ІПОТЕРАПІЯ ЯК СУЧАСНИЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ РАННІМ ДИТЯЧИМ АУТИЗМОМ

Надзвичайно актуальною проблемою сьогодення є стрімке збільшення народження дітей з раннім дитячим аутизмом. За даними статистики, такий діагноз мають майже 1 % дітей світу. Проте механізми розладів раннього дитячого аутизму вивчені недостатньо. Згідно з офіційними статистичними даними МОЗ України показник первинної захворюваності впродовж років стабільно збільшувався: в 2007 р. – на 28,2 %; у 2008 р. – на 32,0 %; в 2009 р. – на 27,2 %, у 2010 – на 35,7 %; в 2011 р. – на 21,2 %; у 2012 р. – на 25,3 %. Кількість зареєстрованих пацієнтів з дитячим аутизмом у 2005 р. складала 662 людини, а в 2018 р. – зросла до 7 630 пацієнтів [6].

Частота виникнення дитячого аутизму не залежить від географічного, расового, національного чинників, від інтелектуального рівня та соціального статусу батьків. Прояви раннього дитячого аутизму не проходять із віком, а можуть лише змінюватися [3]. Самітність, безпорадність та непристосованість дітей із раннім дитячим аутизмом набуває широкого розмаху, загострює необхідність пошуку ефективних шляхів фізичної реабілітації таких дітей впродовж усього життя.

Діти з раннім дитячим аутизмом є найменш захищеною категорією населення в Україні й потребують особливої уваги з боку держави, вчених, лікарів, психологів, педагогів, реабілітологів.

Ранній дитячий аутизм науковці визначають як розлад, що виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку й характеризується вираженням і всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування, а також обмеженими інтересами й повторюваними діями [4, 5, 6].

Основними визначальними ознаками його є аутистичні форми контактів, розлад мови, її комунікативної функції, порушення соціальної адаптації, розлади моторики, стереотипна діяльність, порушення розвитку. Всі вказані ознаки починають проявлятися у віці до трьох років (І. Марценковський, І. Марценковська [6]; Т. Скрипник [4]; А. Чуприков [5] та ін.). Схожі стани, які характеризуються м'якими ознаками й симптомами, відносять до розладів аутистичного спектра (К. Гальчин [1], К. Гілберт [2] та ін.).

Під час пошуку необхідних шляхів реабілітації дітей з раннім дитячим аутизмом ми обрали іпотерапію як важливий засіб адаптації дітей до сучасного соціуму.

Термін «іпотерапія» виник порівняно недавно і походить від грецького слова *hippos* – кінь. Загалом під поняттям «іпотерапія» вважають форму лікувальної фізичної культури, де як інструмент реабілітації виступає кінь. У світовій реабілітаційній практиці лікувальна верхова їзда розглядається як багатофункціональний метод реабілітації, що дозволяє враховувати психологічний і фізіологічний статуси людини. Цей метод чинить комплексний позитивний вплив не тільки на фізичний статус пацієнта, але і на його психоемоційний стан, сприяє максимальній мобілізації вольової діяльності, соціалізації, а також формування більш гармонійних відносин зі світом [8].

Засновником іпотерапії вважається француз Ю. Лаллері, який визначив метод як психосоматичну терапію, мета та завдання якої – допомагати досягненню рухової, психологічної незалежності й зробити людину з відхиленнями в стані здоров'я, здатну пристосуватися до нових обставин, які змінюються [3]. Іпотерапія – фізіотерапевтичне лікування, засноване на нейрофізіології, у

процесі якого використовується кінь та верхова їзда для зміцнення фізичних можливостей і вдосконалення рухових функцій організму.

Верхова їзда – один з найдавніших і найпоширеніших способів пересування людей. Її сприятлива дія на хворих і поранених була відомою ще в глибокої давнини, про що свідчать записи у працях античних лікарів і цілителів середньовіччя. Однак, незважаючи на те, що верхова їзда знайома ще з давніх часів, вивчення її цілісного впливу на організм людини і можливостей використання з лікувальною метою стали займатися наприкінці минулого століття [3].

Український науковець Т. Скрипник пояснює аутизм як біологічний за своєю природою розвиток, що зумовлює особливу будову та функціонування головного мозку і, як наслідок цього, порушення соціального, мовленнєвого розвитку у дитини, зумовлює специфічні особливості її поведінки уже з раннього віку. Учений наголошує на необхідності систематизації підходів до корекції порушень аутичного спектра, підкреслюючи необхідність забезпечення мікросоціального контексту розвитку дитини з аутизмом і виокремлюючи методи корекції та анімалотерапію (терапію за допомогою тварин), окремі аспекти яких апробовані в нашому дослідженні [4].

Іпотерапія в усьому світі вважається одним із кращих способів соціалізації дітей, які страждають розладами аутистичного спектра. Кінь стає сполучною ланкою між внутрішнім світом дитини-аутиста і навколишньою дійсністю. При заняттях іпотерапією дитина аутист залишається всередині свого, безпечного і звичного світу, але в той же час змушена взаємодіяти з оточенням [7].

На думку науковця Д. Цверави, у дітей із раннім дитячим аутизмом заняття з іпотерапії стимулюють інтеграцію сенсорної інформації. Важливим результатом іпотерапії він вважає мультисенсорну стимуляцію [8].

З огляду на ознаки порушень засобами фізичної терапії дітей із раннім дитячим аутизмом з метою реабілітації було обрано іпотерапію, заняття з якої проводилися 1 раз на тиждень упродовж 15–20 хв.

Незважаючи на те, що заняття відбувалися в індивідуальній формі, всі діти були присутніми на заняттях і спостерігали за тим, що на них відбувалося. Залежно від форми прояву аутизму не всі діти на початковому етапі дослідження могли займатися іпотерапією, знаходити контакт із твариною, але, перебуваючи у групі, вони за рахунок активації в лобній долі головного мозку дзеркально-нейронних систем, спостерігаючи за діями інших, з часом змогли проявити здатність наслідувати та імітувати дії інших дітей.

Виконувалися вправи для зміцнення м'язового корсета й освоєння правильної постави, зміцнення внутрішньої поверхні стегна, вправи на рівновагу за рахунок постійного утримання тулубу у правильному положенні.

Виконання вправ проводилося за трьома осями: сагітальній, фронтальній та горизонтальній. Проводилися вправи на координацію рухів, а також на розвиток гнучкості. Іпотерапія забезпечила одночасне включення в роботу практично всіх груп м'язів тіла вершника, тому що сидячи на коні та рухаючись разом з ним, дитина впродовж усього сеансу інстинктивно прагнула зберігати рівновагу.

Внаслідок занять з іпотерапії у дітей із раннім дитячим аутизмом збільшилась витривалість по відношенню до сенсорних подразників, покращились координаційні здібності та моторика, з'явилася здатність до емоційної регуляції.

Отже, в ході проведеного дослідження було експериментально перевірено ефективність застосування іпотерапії в реабілітації дітей із раннім дитячим аутизмом, визначено сприяння покращенню їхніх координаційних здібностей, емоційному стану, прискоренню соціалізації й адаптації до взаємодії із сучасним соціумом.

Список використаних джерел

1. Гальчин К. Раннє виявлення ознак розладів спектру аутизму у дітей. Дитяча та підліткова психіатрія. 2015. № 2(47) С. 51–56.
2. Гилберт К. Аутизм: медицинское и педагогическое воздействие: кн. для педагогов-дефектологов. Москва : Владос, 2003. 144 с.

3. Китайкина Н. А., Нарыкина Ж. К. Лечебная верховая езда в реабилитации детей с ограниченными возможностями. *Вестник Сургутского государственного педагогического университета*. №1 (4). С. 59–65.
4. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія. Київ : Фенікс, 2010. 320 с.
5. Чуприков А. П. Хворова Г. М. Розлади спектру аутизму: медична та психологічна допомога. Львів, 2012. 184 с.
6. Марценковський І. А., Марценковська І. І. Розлади аутистичного спектра: фактори ризику, особливості діагностики й терапії. *Міжнародний неврологічний журнал*. № 4. 2018. С. 95-103.
7. Темерівська Т. Г., Ворнічеса Т. В. Особливості фізичної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру. *Молодий вчений* № 3.3. (55.3) 2018. с. 167-170.
8. Цвєрава Д. М. Иппотерапия. Лечебная верховая езда. К. : ООО ИД Украинский Медиа Холдинг», 2012. 152 с.

УХВАЛА

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

Міністерство освіти і науки України
Факультет спеціальної та інклюзивної освіти НПУ імені М. П. Драгоманова
Кафедра ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології
Комунальний заклад вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія»
Запорізької обласної ради
ВГО «Наукове товариство інвалідів «Інститут соціальної політики»

4-5 жовтня 2019 р.

м. Запоріжжя, Україна

III Міжнародна науково-практична конференція: «АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОРТОПЕДАГОГІКИ, ОРТОПСИХОЛОГІЇ ТА РЕАБІЛІТОЛОГІЇ» була проведена відповідно до плану науково-практичних заходів Міністерства освіти і науки України.

Під час конференції обговорювалися науково-практичні питання за такими напрямками:

1. Новітні технології корекційної навчально-виховної та реабілітаційної роботи з дітьми з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.
2. Актуальні проблеми інклюзивного (інтегрованого) навчання дітей та дорослих з порушеннями моторної сфери.
3. Зміст підготовки та перепідготовки фахівців у галузі корекційно-реабілітаційної роботи з особами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.
4. Проблеми професійної реабілітації та працевлаштування дорослих з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.
5. Фізична реабілітація, ерготерапія та відновне лікування дітей і дорослих з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.
6. Анімалотерапія в контексті розвитку сучасних методів комплексної реабілітації.
7. Організаційно-методичні засади інклюзивного навчання дітей у контексті реалізації Концепції Нової української школи.

До участі в конференції долучилися:

представники Міністерства освіти і науки України, Запорізької обласної державної адміністрації, Запорізької обласної ради, Запорізької міської ради, Державної наукової установи «Інститут модернізації змісту освіти»;

представники закладів вищої та післядипломної освіти України: НПУ імені М. П. Драгоманова, Хортицької національної навчально-реабілітаційної академії, НМАПО імені П. Л. Шупика, Харківської гуманітарно-педагогічної академії, Уманського гуманітарно-педагогічного коледжу імені Т. Г. Шевченка, МДПУ імені Богдана Хмельницького, Таврійського державного агротехнологічного університету імені Дмитра Моторного, Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, Львівського національного університету імені Івана Франка, Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, Класичного приватного університету, Національного університету біоресурсів та природокористування України, Національного університету «Запорізька політехніка», Національного університету імені Василя Стефаника, Дніпровського національного університету імені Олеся Гончара, Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя, Подільського спеціального навчально-реабілітаційного соціально-економічного коледжу, Запорізького державного медичного університету, Миколаївського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти, КЗВО «Одеська академія неперервної освіти одеської обласної ради»; закладів загальної середньої освіти України: комунального закладу «Корсунь-Шевченківський багатoproфільний навчально-реабілітаційний центр «Надія» Черкаської обласної ради, Самгородоцької спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату I-III ступенів, комунального закладу

«Харківська спеціальна школа № 8» Харківської обласної ради, спеціальної школи-інтернату для дітей з вадами розумового розвитку № 26 м. Київ, КЗ ЛОР «Навчально-реабілітаційний центр I-II ст. Святого Миколая», ЗЗСО № 91 м. Запоріжжя; закладів дошкільної освіти України: дошкільного навчального закладу (ясла-садок) комбінованого типу № 167 «Каштан» Запорізької міської ради, дошкільного навчального закладу № 272 м. Запоріжжя, дошкільного навчального закладу (ясла-садок) компенсуючого типу «Посмішка Пізнайки» №12 Енергодарської міської ради, закладу дошкільної освіти (ясел-садка) компенсуючого типу (спеціального) «Центр Пагінець»;

представники Всеукраїнських об'єднань громадян: ВГО «Наукове товариство осіб з інвалідністю «Інститут соціальної політики», ВГО «Українська асоціація корекційних педагогів», ГС «Асоціація іпотерапевтів України», ГО «Українська асоціація каністерапії», ГО «РЦ «Майбутнє», ВГО «Кінологічна Спілка України», ГО «Серце на двох», БО «Іпотерапевтичний центр «Спірит», МБО «Екологія-Право-Людина», ГО «Форум ЮА-ВЕТ», ГО «Джем ШМ», ТОВ «Чотири лапи Україна», ГО «Форум розвитку громадянського суспільства»;

представники: Громадської Ради Львівської обласної держадміністрації, Шепетівської міської молодіжної громадської кінологічної організації «Фенікс», Литовської асоціації каністерапії, Центру каністерапії для дітей і дорослих «DR.DOG»;

іноземні науковці та фахівці з реабілітації: представники Батумського державного університету імені Шота Руставелі (м. Батумі, Грузія), Кутаїського університету (м. Кутаїсі, Грузія), приватного закладу «Академія «Болашак» (м. Караганда, Республіка Казахстан), Острівського університету (м. Острава, Чехія), Копенгагенського університету (м. Копенгаген, Данія), Сілезького університету у Катовіце (м. Катовіце, Польща), Університету Траз-уж-монтіш і Алту Доуру (м. Віла-Реал, Португалія), Прешовського університету (м. Прешів, Словачія), Білоруського республіканського Центрального науково-дослідницького інституту (м. Мінськ, Республіка Білорусь), Вільнюського університету (м. Вільнюс, Литва), Резікненської академії технологій (м. Резекне, Латвія), спортивно-оздоровчого комплексу «Гімнастика золотих зірок» (м. Саннівейл, Каліфорнія, США);

представники реабілітаційних і медичних установ: Державної реабілітаційної установи «Центр комплексної реабілітації дітей з інвалідністю «Мрія» (м. Миколаїв, Україна), БО «Іпотерапевтичний центр «Спірит»» (м. Київ, Україна), Запорізької обласної клінічної лікарні (м. Запоріжжя, Україна).

Загалом у роботі конференції взяли участь 311 учасників, в тому числі 245 доповідачів із 47 міст України, 18 фахівців із 11 зарубіжних країн (Чехії, Польщі, Словачії, Данії, Португалії, Республіки Білорусь, Литви, Латвії, Грузії, Казахстану, США).

В рамках Міжнародної конференції проведено 1 пленарне засідання, 7 секційних засідань за найбільш актуальними напрямками ортопедагогіки, ортопсихології і реабілітології та 12 майстер-класів, у яких взяли участь 156 фахівців.

У ході виконання наукової програми III Міжнародної конференції були обговорені питання підготовки кадрів в галузі корекційної та інклюзивної педагогіки, проведені презентації наукових і практичних робіт, які підтверджували ефективність застосування медико-психолого-педагогічних технологій у системі комплексної реабілітації осіб з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Учасники конференції відзначають провідну роль Міністерства освіти і науки України, факультету спеціальної та інклюзивної освіти НПУ імені М. П. Драгоманова та комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради в розвитку освітньо-реабілітаційного простору України та науково-методичному супроводі реалізації державної освітньої політики щодо вирішення актуальних завдань спеціальної та інклюзивної освіти.

Учасники висловлюють вдячність науково-педагогічним працівникам кафедри ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова та колективу комунального закладу вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради за відмінну організацію конференції, проведення пленарних засідань та майстер-класів. Окрема подяка громадським організаціям, фондам та представникам організацій за представлені проекти і практичні показові виступи.

Учасники прийшли до висновку, що консолідованих зусиль менеджерів освіти, науковців, практичних фахівців і громадськості вимагає подальший розвиток та інституціалізація інноваційних галузей міждисциплінарного знання – ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології у зв'язку з

розвитком системи інклюзивної освіти в Україні, формуванням нової філософії державної політики щодо дітей з особливими освітніми потребами, необхідністю підтримки одного з пріоритетних напрямків державної політики в медичній сфері – комплексу дій, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я громадян України. Враховуючи це,

учасники конференції УХВАЛИЛИ:

1. Звернутися із клопотанням до Міністерства освіти і науки України про порушення питання з фінансування та розвитку спеціальних шкіл-інтернатів, про сприяння поширенню інноваційного досвіду навчально-виховної та реабілітаційної роботи з дітьми, які мають порушення функцій опорно-рухового апарату, розробці та імплементації в системі вищої та післядипломної педагогічної освіти курсів за темою: «Ортопедагогіка, ортопсихологія і реабілітологія», висвітленню в засобах масової інформації та доведенню рекомендацій конференції до відома регіональних органів управління освітою, педагогів загальноосвітніх навчальних закладів і співробітників закладів вищої освіти, громадських організацій, які опікуються проблемами освіти та реабілітації дітей та молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

2. Звернутися із пропозицією до Факультету спеціальної та інклюзивної освіти Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова та Національної академії педагогічних наук України про забезпечення координації дослідно-експериментальної діяльності в регіонах України щодо обґрунтування організаційно-методичних засад комплексного супроводу інклюзивного навчання дітей з порушеннями моторної сфери.

3. Звернутися із проханням до Державної наукової установи «Інститут модернізації змісту освіти» про забезпечення поширення інноваційних корекційно-реабілітаційних технологій роботи з дітьми з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в системі дошкільної, загальної середньої, професійно-технічної та вищої освіти України.

4. Розмістити текст Ухвали на офіційних сайтах факультету спеціальної та інклюзивної освіти НПУ імені М. П. Драгоманова, КЗВО «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» ЗОР, ВГО «Наукове товариство осіб з інвалідністю «Інститут соціальної політики».

За дорученням учасників конференції,

Шеремет Марія Купріянівна,
почесний академік НАПН України,
доктор педагогічних наук, професор,
декан факультету спеціальної та інклюзивної освіти
Національного педагогічного університету
імені М. П. Драгоманова

Шевцов Андрій Гаррійович,
член-кореспондент НАПН України,
доктор педагогічних наук, професор,
директор департаменту ліцензування
Міністерства освіти і науки України

Нечипоренко Валентина Василівна,
доктор педагогічних наук, доцент,
ректор Хортицької національної академії

Наукове видання

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
III Міжнародної науково-практичної конференції
«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОРТОПЕДАГОГІКИ, ОРТОПСИХОЛОГІЇ
ТА РЕАБІЛІТОЛОГІЇ»
присвяченої 185-річчю Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова
та 100-річчю Факультету спеціальної та інклюзивної освіти

4-5 жовтня 2019 р., м. Запоріжжя

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

За загальною редакцією
доктора педагогічних наук,
професора А. Г. Шевцова

Літературний редактор – Є. Шатохіна
Комп'ютерна верстка та макет – П. Демченко
Дизайн обкладинки – Т. Геворкян-Тарасова

Матеріали тез подані мовою оригіналу.
Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за підбір,
точність наведених фактів, цитат, економіко-статистичних даних,
власних імен та інших відомостей

Підписано до друку 07.11.2019
Формат 60х84/8. Папір офсетний.
Гарнітура Arial Narrow. Друк Riso.
Ум. друк. арк. 33,02.
Наклад 300 пр. Зам. №80

Видавництво комунального закладу вищої освіти
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради
Україна, 69017, м. Запоріжжя, вул. Наукове містечко, 59 (о. Хортиця).
Свідоцтво: ДК №5058 від 10.03.2016 р.
тел./факс: +38 (061) 286-53-04, 283-20-01.
E-mail: p26052017@gmail.com
E-mail: info@khnnra.zp.ua
Сайт: khnnra.edu.ua