



Нагорна О.Б.

Особливості корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами

Навчальний посібник



Рівне - 2016



УДК 96:616.899.3 – 085

Схвалено до друку науково-методичною радою ДНВЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України (протокол № 7 від 11 жовтня 2012).

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Григус І. М. – доктор медичних наук, доцент, професор кафедри фізичної реабілітації Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука;

Михайлова Н. Є. – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання та адаптивної фізичної культури Міжнародного економіко-гуманітарного університету імені академіка Степана Дем'янчука.

Савчук Л. О. – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри корекційної освіти рівненського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти.

Коротун Н. М. – вчитель-методист Рівненського навчально-реабілітаційного центру «Особлива дитина».

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

У навчально-методичному посібнику висвітлено проблеми корекційно-виховної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами. Розглянуто основні теоретичні засади загальних і специфічних закономірностей розвитку дітей з порушеннями, практичні питання діагностування та корекційно-виховного супроводу. Висвітлено можливості застосування здоров'язберігаючих технологій у навчальному процесі дітей з вадами. Запропоновано шляхи залучення батьків до корекційно-виховного процесу на рівні партнерства та активної співпраці.

Рекомендовано для педагогів, що працюють у галузі спеціальної та інклюзивної освіти, працівників закладів охорони здоров'я, батьків дітей із особливостями розвитку, студентів.

Впровадження корекційно-оздоровчих методик допоможе якісно покращити виховний процес дітей з особливими освітніми потребами.



ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. Організація навчання дітей з освітніми потребами в Україні	5
1.1 Структура спеціальної освіти в Україні для дітей з особливими освітніми потребами	6
1.2 Інтегроване навчання	10
1.3 Інклюзивне навчання	11
1.4 Індивідуальна форма навчання	13
РОЗДІЛ 2. Загальні закономірності психомоторного розвитку дітей з особливими освітніми потребами. Діагностування дітей з порушеннями	14
2.1 Види порушень психофізичного розвитку	14
2.2. Проведення діагностики дітей з особливими освітніми потребами	15
2.3. Типи комунікаційних бар'єрів	17
РОЗДІЛ 3. Формування корекційно-виховної програми для дітей з особливими освітніми потребами	19
РОЗДІЛ 4. Особливості психомоторного розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем	23
4.1 Діагностика розвитку моторної сфери	25
4.2 Особливості інтелектуального дефекту при ДЦП	27
РОЗДІЛ 5. Аналіз характерних особливостей розвитку дітей з синдромом Дауна та дітей з аутизмом	30
5.1. Загальна характеристика розвитку дітей із синдромом Дауна	31
5.3. Основні якісні порушення при аутизмі	33
5.4. Аутична дитина в школі	35
5.5. Специфічні розлади мовленнєвого розвитку у дітей з аутизмом	36
РОЗДІЛ 6. Здоров'язберігаючі технології для «особливих дітей»	37
6.1. Методика проведення дихальної гімнастики	42
6.2. Методика проведення звукової гімнастики	42
6.3. Методика проведення пальчикової гімнастики	43
6.4. Методика проведення фізкультхвилинок	45
6.5. Особливості рухової терапії дітям з обмеженими руховими функціями	50
6.6. Проведення гідротерапії дітям з особливими освітніми потребами	51
РОЗДІЛ 7. Психолого-педагогічний супровід родини та дитини	53
ГЛОСАРІЙ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	60
ДОДАТКИ	64
Додаток 1. Загальна оцінка основних видів та навичок самообслуговування	64
Додаток 2. Загальна оцінка основних рухових функцій	65
Додаток 3. Перелік центрів (відділень) медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України	73
Додаток 4. Етапи розвитку здорових дітей	76
Додаток 5. Моторно-психічний розвиток недоношених дітей	78
Додаток 6 Мюнхенська функціональна діагностика розвитку дрібної моторики	79
Додаток 7. Орієнтовні вправи для розвитку дихання	80
Додаток 8. Зразковий комплекс вправ гімнастики для очей	82
Додаток 9. Зразкові вправи для рухової терапії	83
Додаток 10. Закон України про освіту осіб з обмеженими можливостями здоров'я (спеціальну освіту)	85
Додаток 11. Постанова про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами	96
Додаток 12. Моніторинг стану здоров'я учнів	103



ВСТУП

Об'єктом особливої уваги державної політики України є діти з особливими потребами. Щоб забезпечити їхній розвиток і надання можливості отримання якісної освіти створюється розгалужена мережа спеціальних освітніх закладів, проводиться реформування освіти та вдосконалюються форми навчання «особливих дітей» для створення найсприятливіших умов їхньої інтеграції в суспільство. Організація освіти, зорієнтованої на ті чи інші проблеми розвитку дитини, передбачає комплексну медико-педагогічну, фізичну, соціальну абілітацію дітей упродовж усього періоду їхнього навчання. Водночас специфіка навчальної діяльності дітей з особливими потребами вимагає внесення суттєвих корективів до змісту, структури та організації навчальної та корекційно-виховної роботи.

В Україні впроваджуються всі необхідні заходи для того, щоб зберегти набутий досвід спеціальної освіти, примножити його, виробити нову стратегію корекційно-виховної роботи з цією категорією дітей, створити умови для реалізації їхнього права на вибір типу навчального закладу та змісту і форм освіти. Відтворення молодого покоління, збереження його фізичного й морального здоров'я, забезпечення умов для якнайповнішої реалізації потенційних можливостей кожної дитини стали пріоритетними напрямками Національної програми "Діти України", розроблено Концепцію «Спеціальна освіта осіб з фізичними та психічними вадами в найближчі роки і перспективу» (1996 р.) та Концепцію «Реабілітація дітей-інвалідів та дітей з обмеженими фізичними чи розумовими можливостями» (1998 р.). Головною метою даних концепцій передбачається активізація соціальної політики держави, відродження духовності та національної самосвідомості, посилення громадського інтересу до потреб спеціальної освіти цієї категорії дітей.



Національний університет
водного господарства
та природокористування

Знедолена природою дитина не повинна знати, що вона малоздібна, що в неї слабкий розум, слабкі сили.

Виховання такої дитини повинно бути у сто разів ніжнішим, чуйнішим, дбайливішим"

В.О. Сухомлинський



Розділ 1. Організація навчання дітей з особливими освітніми потребами в Україні

Одна з найтривожніших відмітних ознак нинішньої демографічної ситуації – зростання кількості дітей, які мають психофізичні, і тих, яких відносять до „групи ризику“. За офіційними даними департаменту медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України на 2010 навчальний рік в нашій державі 135 773 тис. дітей мають порушення психофізичного розвитку. Це становить 1,5% від загальної кількості дітей країни. За статистичними даними, із 129 тис. дітей з особливими освітніми потребами, які інтегровані до загальноосвітніх навчальних закладів, 45 відсотків складають діти з інвалідністю.

Дані психолого-медико-педагогічних консультацій, що функціонують в Україні, засвідчують, що дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, в Україні понад 1 млн. Це становить 12,2% від загальної кількості дітей у країні. Спостереження засвідчують, що кількість дітей з порушеннями психофізичного розвитку та що потребують допомоги, щорічно зростає. Окрім зростання кількості дітей з обмеженими можливостями, наголошується тенденція якісної зміни структури дефекту, комплексного характеру порушення у кожній окремій дитині. Така тенденція

«Діти з особливими освітніми потребами» – поняття, яке широко охоплює всіх дітей, чий освітні потреби виходять за межі загальноприйнятої норми. Воно зокрема стосується дітей з порушеннями психофізичного розвитку, дітей-інвалідів, дітей із соціально вразливих груп та інших.

У межах міжнародного руху «Освіта для всіх» (Education For All (EFA)), ініційованого ЮНЕСКО, першочерговим завданням суспільного розвитку стає забезпечення кожного правом на отримання якісної базової освіти. У цьому контексті особливої актуальності набуває проблема задоволення освітніх потреб дітей і молоді з обмеженими можливостями, зокрема проблема інклюзивної освіти.

У 1993 році Генеральна Асамблея ООН прийняла стандартні правила рівних можливостей осіб із вадами розвитку. Значною стала Саламенкська декларація та «Програма дій щодо освіти дітей з особливими потребами», одностайно ухвалена на Всесвітній конференції «Освіта для дітей з особливими потребами: доступність і якість» (1994). Нова методологія спеціальної освіти дітей з особливостями психофізичного розвитку обґрунтована у «Концепції спеціальної освіти дітей з особливостями психофізичного розвитку на найближчі роки і перспективу» (1996), «Концепції реабілітації дітей з обмеженими фізичними чи розумовими можливостями» (1998), «Концепції державного стандарту спеціальної освіти» (1999), «Проекті державного стандарту спеціальної освіти» (2004).

Один з останніх нормативних документів (наказ Міністерства освіти і науки України № 691 від 2 грудня 2005 року «Про створення умов щодо забезпечення права на освіту осіб з інвалідністю») використовує ряд термінів, таких як «діти з особливими освітніми потребами», «молодь з інвалідністю», «діти з важкими порушеннями розвитку», «діти з обмеженими можливостями здоров'я», які переважно відображають медичну модель, яка «розглядає ваду здоров'я як характеристику особи, що може бути викликана хворобою, травмою чи станом здоров'я» і, відповідно, потребує медичного чи іншого втручання з метою «корекції» відповідної проблеми особи.

Найбільш поширене та прийнятне стандартне визначення „особливих потреб“, зокрема в країнах Європейської Спільноти, подано в Міжнародній класифікації стандартів освіти (International Standart Classification of Education): „Особливі навчальні потреби мають особи, навчання яких потребує додаткових ресурсів. Додатковими ресурсами можуть бути: персонал (для надання допомоги у процесі навчання); матеріали (різноманітні засоби навчання, в тому числі допоміжні та корекційні); фінансові (бюджетні асигнування для одержання додаткових спеціальних послуг)“. T.Shea, A.Vauer зазначають, що це визначення достатньо широке і охоплює три категорії учнів:

- категорія А – труднощі навчання зумовлені інвалідністю, яка спричинена психофізичними вадами має чіткі біологічні причини;
- категорія Б – труднощі навчання не пов'язані з відхиленнями в розвитку;
- категорія В – труднощі навчання, зумовлені соціальними причинами.



На сьогодні як в міжнародній термінології, так і в Україні зокрема запропоновано використовувати для дітей із порушеннями термін «**діти з особливими освітніми потребами**», який стосується різних нозологій та порушень різного ступеня ураження: як інвалідності у важкій формі, так і середнього ступеня тяжкості. До них належать: порушення слуху (глухі, зі зниженим слухом); порушення зору (сліпі, зі зниженим зором); порушення мовлення; порушення опорно-рухового апарату; розумова відсталість; затримка психічного розвитку.

Проблема навчання дітей з особливими потребами в Україні стоїть особливо гостро. Попри те, що наявна досить розгалужена та розвинена система спеціальної освіти в Україні, значна частина дітей з особливими навчальними потребами не одержує спеціальної допомоги і не має змоги задовольнити свої особливі навчальні потреби. Адаже більшість із них, перебуваючи вдома або в інтернаті, не мають можливості отримати в належній мірі той рівень освіти, знань, умінь та навичок, які б забезпечили в подальшому максимальну реалізацію потенціалу дитини, її природні здібності. Особливо важливим є те, що вони виявляються невідповідними до життя: потребують постійного побутового супроводу, недостатньо володіють навичками самообслуговування, не обізнані з соціальними взаємозв'язками, не можуть конкурувати на ринку праці, навіть за умови здобуття вищої освіти.

1.1 Структура спеціальної освіти в Україні

Спеціальне навчання в нашій країні здійснюється за трьома напрямками:

- Спеціальні школи (школи-інтернати).
- Інтегроване навчання в умовах загальноосвітньої школи.
- Інклюзивне навчання - спільне перебування дітей із різними порушеннями психофізичного розвитку з їхніми здоровими ровесниками.

Створена розгалужена мережа інтернатних закладів, які забезпечують навчання, виховання, комплекс корекційно-реабілітаційних, лікувально-оздоровчих заходів дітей із порушеннями розвитку. Проте, ще Л. Виготський вказував на необхідність створення такої системи навчання, яка б органічно пов'язувала спеціальне навчання з навчанням дітей з нормальним розвитком. Вчений наголошував: "При всіх перевагах наша спеціальна школа відрізняється тим основним недоліком, що вона замикає свого вихованця... у вузьке коло шкільного колективу, створює відрізаний і замкнутий світ, в якому все прилаштовано і пристосовано до дефекту дитини, фіксує її увагу на тілесному недоліку і не вводить її у справжнє життя. Наша спеціальна школа натомість, щоб виводити дитину з ізольованого світу, як правило, розвиває в ній навички, які призводять до ще більшої ізольованості і посилюють її сегрегацію. Через ці недоліки не лише паралізується загальне виховання дитини, а й спеціальна виучка зводиться майже нанівець".

Нині в Україні функціонує 396 спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів, де навчається 54,1 тис. дітей (за даними Міністерства освіти та науки України). Окрім цього в системі Міністерства освіти та науки України функціонує близько 40 навчально-реабілітаційних центрів для дітей з порушеннями психофізичного розвитку, 142 спеціальні дошкільні навчальні заклади та 1200 спеціальних груп в дошкільних навчальних закладах загального типу, де навчається близько 45 тис. дошкільників.

У підпорядкуванні Міністерства праці та соціальної політики України функціонує 298 реабілітаційних центрів, з них 208 - центрів ранньої реабілітації дітей з порушеннями розвитку, 90 - центрів медико-соціальної та професійно-трудової реабілітації. Реабілітаційні послуги діти з обмеженими можливостями здоров'я одержують і в 46 центрах соціально-психологічної реабілітації, підвідомчих Міністерству України у справах сім'ї, молоді та спорту.

На рис. 1 наведено структуру системи освіти дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, в Україні.

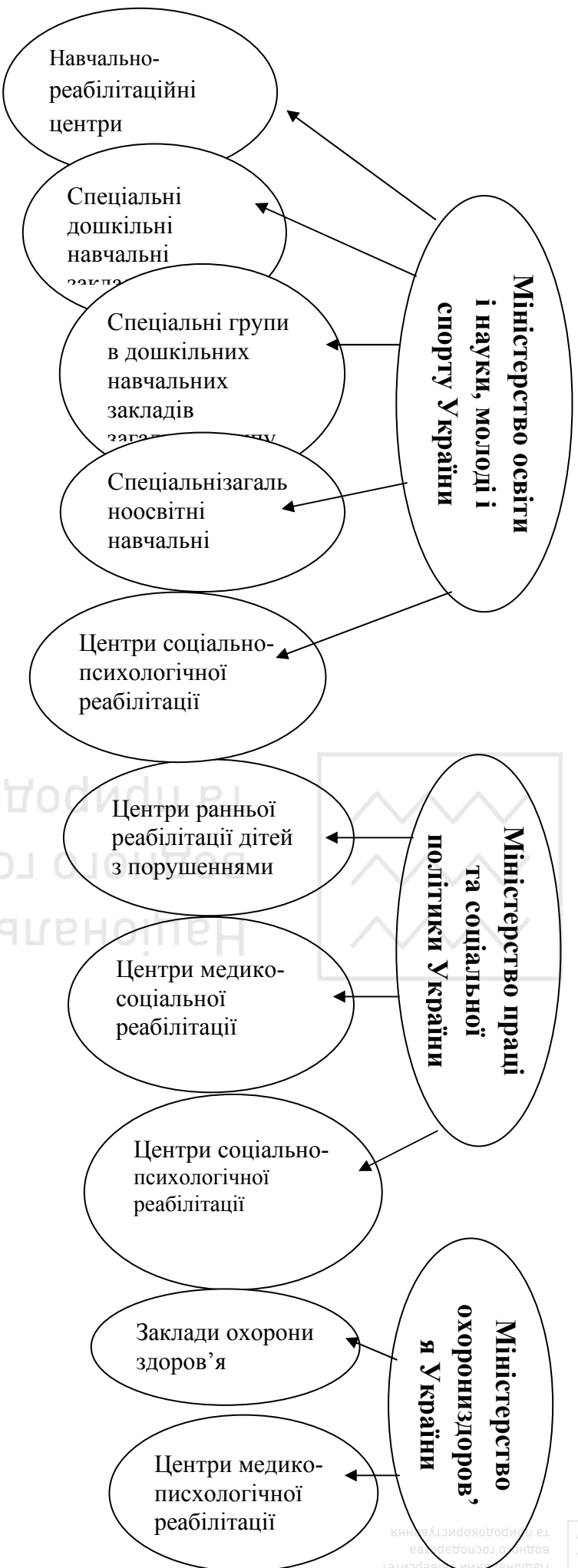


Рис.1 Система допомоги дітям, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку в Україні



Система спеціальної освіти в Україні має *вертикально-горизонтальну* структуру.

Вертикальна структура базується на вікових особливостях учнів та рівнях загальноосвітніх програм.

Вертикальна структура визначається наступними віковими періодами:

- раннього дитинства (від 0 до 3 років);
- дошкільний період (з 3 до 6-7 років);
- період шкільного та професійного навчання (з 6-7 до 16-21 років).

В залежності від вікового періоду дітям надають корекційну допомогу в центрах раннього втручання, центрах реабілітації, психолого-медико-педагогічних центрах та спеціальних дошкільних закладах (рис. 2).

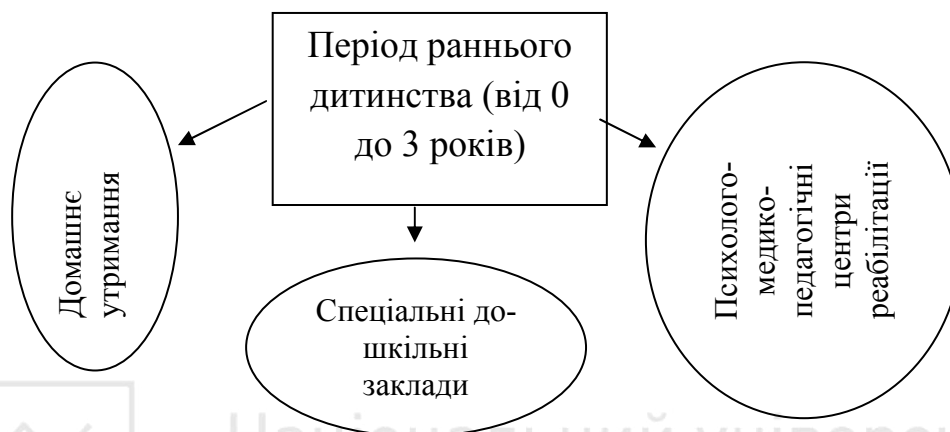


Рис. 2 Надання корекційної допомоги дітям раннього віку

Для дітей дошкільного віку з особливостями психофізичного розвитку також функціонує мережа освітніх закладів (рис.3).

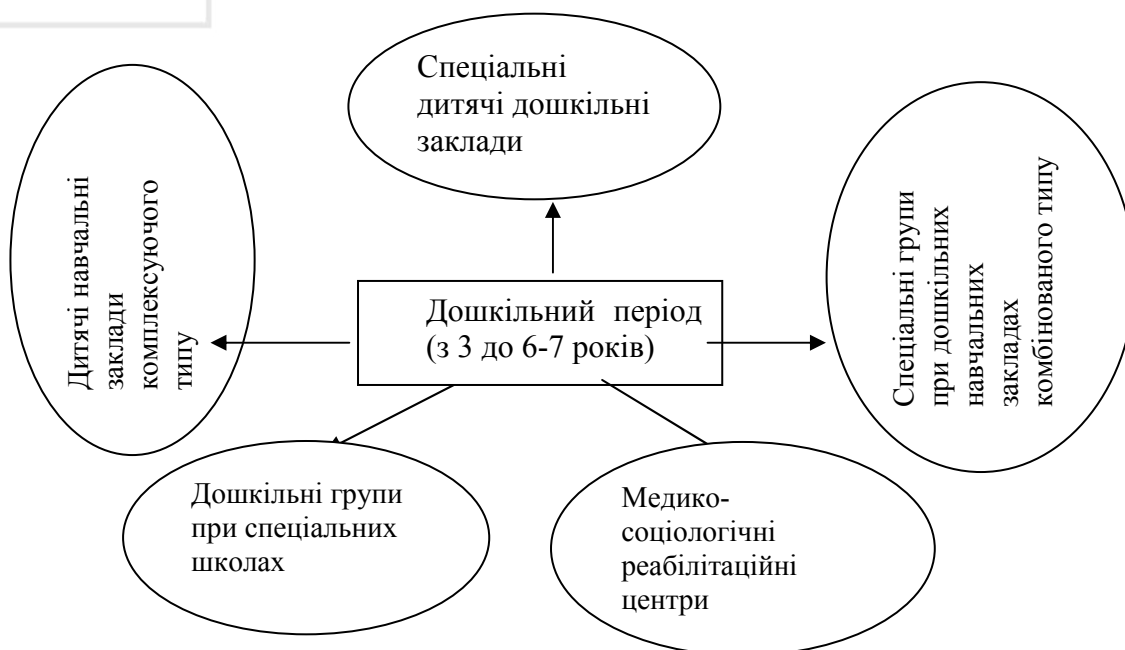


Рис. 3 Надання корекційної допомоги дітям дошкільного віку



Спеціальні навчальні заклади для дітей з особливостями психофізичного розвитку реалізують програми початкової, основної та середньої (повної) загальної освіти, складені на основі Державного стандарту спеціальної освіти (рис. 4).



Рис.4 Надання корекційної допомоги дітям шкільного віку

Горизонтальна структура враховує психофізичний розвиток дитини, особливості її пізнавальної діяльності і характер порушення та представлена 8-ма типами спеціальних закладів: для дітей з порушеннями слуху, слабочуючих, з порушеннями зору, слабозорих, з тяжкими порушеннями мовлення, з порушеннями опорно-рухового апарату, для розумово відсталих, з затримкою психічного розвитку.

Спеціальні школи в основному забезпечені сучасними навчально-методичними матеріалами, які розроблені у відповідності до вимог сьогодення. Проте, на думку Л.Виготського, основним завданням виховання дитини з порушеннями розвитку є її включення в життя і здійснення компенсацій порушень шляхом активізації діяльності збережених аналізаторів, оскільки «дитяча дефективність» пов'язана не стільки з біологічними факторами, скільки з соціальними наслідками. Соціалізація розглядається як кінцева мета навчання: випускник з особливостями психофізичного розвитку має інтегруватися у суспільстві як повноправний громадянин, готовий до самостійного життя і продуктивної діяльності, взаємодії з оточуючими людьми.

Розкриття потенційних можливостей дітей з психофізичними порушеннями залежить не стільки від форм навчання (інтернатна чи інклюзивна), хоча вони й визначають різний ступінь соціальної адаптованості, скільки від гнучкості системи спеціальної освіти, рівня та діапазону наданих послуг, які задовольняють їхні потреби (раннє виявлення порушень, єдність діагностики і корекції розвитку, наступність дошкільного, шкільного і після шкільного змісту освіти тощо).

Проте, на зміну спеціалізованому навчанню приходять нові форми отримання освіти, завдяки яким учні з особливими потребами отримують можливість перейти зі спеціалізованих шкіл у масові за місцем проживання.

Базовим інструментом реалізації конституційного права на освіту дітей з особливими освітніми потребами є *Державний стандарт початкової загальної освіти Базового навчального плану початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами* згідно з додатком 1 (далі – Базовий навчальний план). В основу навчання покладено особистісно орієнтований, компетентнісний та соціокультурний підходи. Державний стандарт визначає оптимальний зміст та обсяг навчального навантаження для дітей з особливими освітніми потребами у поєднанні з відповідною корекційно-розвитковою роботою; рівень загальноосвітньої підготовки таких дітей, з урахуванням індивідуальних особливостей, з урахуванням особливостей їхнього розвитку та засвоєння навчального матеріалу.

Інноваційні педагогічні технології навчання дітей з особливими освітніми потребами передбачають:

- запровадження інклюзивного та інтегрованого навчання;
- запровадження білінгвального (двомовного) навчання дітей глухих та зі зниженим слухом (уведення української жестової мови як навчального предмета та як засобу навчання);



-формування життєвої компетентності у процесі навчання та реабілітації дітей з особливими освітніми потребами як здатності застосовувати здобуті знання і вміння у практичній життєдіяльності;

- адаптація змісту початкової освіти відповідно до особливостей розвитку та можливостей засвоєння навчального матеріалу дітьми з особливими освітніми потребами (за нозологіями) та введення корекційно-розвиткової лінії.

1.2 Інтегроване навчання

Інтеграція - включення дитини з вадами психофізичного розвитку в середовище здорових людей у процесі навчання, виховання, праці, проведення вільного часу. Така форма надання освіти *забезпечує* можливість учням з порушенням психофізичного розвитку навчатися у звичайних класах загальноосвітньої школи, при цьому ці діти мають опанувати програму масової або спеціальної школи, їм надаються усталені освітні послуги. Як колективна форма освітньої інтеграції можуть функціонувати спеціальні класи (групи), в яких діти з особливостями психофізичного розвитку здобувають освітній рівень спеціальної школи-інтернату відповідно типу або загальноосвітнього закладу.

Інтегроване навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітніх закладах, на думку вчених, може здійснюватися за моделями (формами) *повної інтеграції, комбінованої, часткової та тимчасової*.

Повна інтеграція, як форма навчання, рекомендована тим дітям, які за рівнем психофізичного розвитку відповідають віковій нормі і психологічно готові до спільного навчання зі здоровими однолітками.

Комбінована інтеграція передбачена дітям, у яких психофізичний розвиток наближений до вікової норми, але їхнє навчання в умовах масового закладу обов'язково має супроводжуватися корекційною допомогою відповідних фахівців, зокрема вчителя-дефектолога спеціального класу.

Часткова інтеграція передбачає перебування дитини з обмеженими можливостями здоров'я серед своїх здорових однолітків у навчальному закладі лише частину дня (найчастіше другу половину).

Тимчасова інтеграція, за якої всі школярі спеціального класу (закладу) незалежно від стану психофізичного розвитку об'єднуються кілька разів на місяць для проведення спільних заходів.

Інтегроване навчання розглядається як освітній процес, що має шість рівнів. Перші три - *психолого-педагогічний, понятійно-термінологічний та правовий*, характеризують **зовнішні умови інтеграції**:

- *психолого-педагогічний рівень* передбачає створення необхідних умов, аби дитина з особливостями розвитку не почувалася ізольованою серед здорових однолітків (спеціально пристосовані шкільні приміщення, усунення архітектурних перешкод, створення відповідного емоційно позитивного, комфортного навчального середовища, як на уроках, так і в позаурочний час);

- *понятійно-термінологічний рівень* передбачає використання термінології, яка б не мала дискримінаційного забарвлення. Некоректним вважається використання діагностичної лексики, яка за необхідності вживається вузьким колом фахівців. Зокрема, має бути вилучено з широкого вжитку термін „аномальна дитина“, як такий, що засвідчує повну неповносправність і зорієнтований не на розвиток дитини, а на її обмеження;

- *правовий рівень* інтеграції пов'язаний з дотриманням прав дитини, які визнані міжнародним співтовариством і сприяють розробці відповідної нормативно-правової бази для впровадження інтегрованого навчання. Нормативно-правові документи мають засвідчити, що батьки вибирають форму навчання для своєї дитини, а освітні установи за сприяння урядових організацій мають задовольнити всі їхні запити, спираючись на відповідно затверджене законодавство.

Внутрішні умови інтеграції визначають *соціально-комунікативний, навчально-методичний і навчально-психологічний*:

- *соціально-комунікативний рівень* є визначальним в успішності інтеграції, оскільки він передбачає повну взаємодію дітей з особливостями психофізичного розвитку та їхніх однолітків. Беручи за основу провідні концепції „контактну“ та „модельовання“, за якими,



завдяки, власне, контактам можна усунути стереотипність поведінки „особливої“ дитини і забезпечити моделювання нею своєї поведінки на зразок поведінки здорових дітей, вчені зазначають, що інтеграція сприятиме засвоєнню норм соціальної поведінки дітьми з особливостями психофізичного розвитку. Значною мірою це залежить від самої організації навчального процесу в школі, складу і кількості учнів у класі, від продуманої та продуктивної організації їхньої спільної діяльності;

- *курукулумний рівень* інтеграції передбачає створення єдиного курикулуму (навчальний план, програма, підручник), в якому враховувалися б особливі потреби дітей на основі розробки багаторівневих навчальних програм, що розробляються з урахуванням індивідуальних можливостей школярів;
- *навчально-психологічний рівень* у процесі інтеграції визначає участь дитини з особливостями психофізичного розвитку в оцінюванні своїх навчальних досягнень та успіхів особистісного розвитку. Таке оцінювання є основним визначальним моментом в інтегрованому навчанні, оскільки суб'єктивне самопочуття кожного учня з особливими освітніми потребами має бути першочерговим фактором у визначенні успішності інтеграції.

Останнім часом поняття інтеграції замінюється терміном «інклюзія», який має дещо розширений контекст: *інтеграція* відображає спробу залучити учнів з особливими потребами до загальноосвітніх шкіл, а *інклюзія* передбачає пристосування шкіл та їх загальної освітньої філософії та політики до потреб усіх учнів – як обдарованих дітей, так і тих, котрі мають особливі потреби. Інклюзія потребує змін на всіх рівнях освіти, оскільки це – особлива система навчання, яка охоплює весь різноманітний контингент учнів та диференціює освітній процес, відповідаючи на потреби учнів усіх груп та категорій.

Якщо *інтеграція* передбачає спрямовувати зусилля для введення дітей з особливими освітніми потребами у регулярний освітній простір, пристосовуючи **учня** до вимог **школи**, то *інклюзія* пристосовує **школи** та їх освітню філософію до потреб **усіх учнів** – як обдарованих дітей, так і тих, котрі мають особливі потреби.

1.3 Інклюзивне навчання

Одним з варіантів вирішення проблеми надання якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами є розвиток в Україні **інклюзивної освіти**. В основі інклюзивної освіти лежать ідеї рівного ставлення до всіх членів суспільства незалежно від їхньої національності, статі, раси, культури, соціального стану, релігії, індивідуальних можливостей і здібностей, забезпечує безумовне право кожної дитини навчатися в загальноосвітньому закладі за місцем проживання із забезпеченням усіх необхідних для цього умов.

Актуальність проблеми інклюзивної освіти пов'язана з постійно зростаючою кількістю дітей, які потребують корекційного навчання. В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей, яка забезпечує однакове ставлення до всіх людей, але створює спеціальні умови для дітей з особливими потребами.

Поширення в Україні процесу інклюзивного навчання дітей з обмеженими можливостями реалізує доступ до одержання освіти в загальноосвітньому закладі за місцем проживання та створення необхідних умов для успішного навчання для всіх без виключення дітей, незалежно від їх індивідуальних особливостей, психічних та фізичних можливостей. Реалізація прав на освіту дітей з обмеженими можливостями, забезпечення їх повноцінної участі в житті суспільства, ефективної самореалізації в різних видах професійної і соціальної діяльності «особливих дітей» розглядається як одна з найважливіших завдань державної політики в галузі корекційної освіти.

Практика європейських країн свідчить, що більшість із учнів з порушеннями психофізичного розвитку можуть навчатися в загальноосвітніх школах за моделлю інклюзивної освіти. Використання такої моделі означає надання якісних освітніх послуг школярам з особливими потребами у звичайних класах (групах) загальноосвітніх (дошкільних) навчальних закладів за умови відповідної підготовки вчителів і підтримки сімей. Рівні можливості навчання для особливих дітей називають терміном «**інклюзивна освіта**». Основна ідея інклюзивної освіти – від інтегрування у школі до інтегрування у суспільство. Спільне навчання має не лише гарантувати право дитини з порушеннями психофізичного розвитку не бути ізольованою від інших, а й забезпечити їй можливість відвідувати ту школу, яку б вона відвідувала, коли б була



здоровою, дає право на задоволення власних соціальних потреб, на працю, відпочинок, створення сім'ї, пенсійне забезпечення, доступ до культурних цінностей.

Інклюзія – особлива система навчання, яка забезпечує навчання за індивідуальними навчальними планами та систематичним медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом, охоплює різноманітний контингент учнів та диференціює освітній процес, відповідаючи на потреби учнів усіх груп та категорій, формує створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

Попри те, що на різних рівнях постійно ведеться дискусія про впровадження інклюзії в освіту фахівці виокремлюють ряд переваг такої форми навчання:

- залучення дітей з обмеженими можливостями в освітній процес;
- соціалізація дітей-інвалідів у сучасному суспільстві;
- створення активної поведінкової установки у дітей-інвалідів на впевнене позиціонування себе в сучасному суспільстві;
- вміння перетворювати свої недоліки в достоїнства;
- зміна ставлення сучасного суспільства до людей з обмеженими можливостями через вищевказане залучення дітей з обмеженими можливостями в наше суспільство.

Загальноосвітній заклад повинен представити комплекс різноманітних форм і методів для індивідуалізації навчального процесу з тією ціллю, щоб всі учасники мали змогу брати та свідомо приймати участь у ньому.

Важливою умовою переходу до інклюзивної форми освіти, її успішності є система супроводу і підтримки дітей з особливими потребами, тобто супровід мультидисциплінарної команди у взаємодії з вчителем та батьками.

Переваги інклюзивного навчання передбачають:

- Спільне навчання всіх дітей (з типовим та порушеним розвитком) в звичайній школі.
- виховання толерантного ставлення до відмінних, нетипових людських відмінностей.
- можливість дітей з особливими потребами жити, виховуватись, навчатись в родині.
- «особливі учні» одержують доступну та ефективну освіту для самостійного забезпечення якісного життя;
- рівне ставлення до всіх членів суспільства незалежно від їхньої національності, статі, раси, культури, соціального стану, релігії, індивідуальних можливостей і здібностей;
- від інтегрування у школі до інтегрування у суспільство;
- гарантує право дитини з порушеннями психофізичного розвитку не бути ізольованою від інших, а й забезпечити їй можливість відвідувати ту школу, яку б вона відвідувала, коли б була здоровою.
- формування необхідного, адекватного рівня домагань та мотивації до навчання, позитивний вплив більш здібних однолітків;
- можливість у ширшому діапазоні ознайомлюватися із життям;
- розвиток навичок спілкування та нестандартного мислення у всіх учасників інклюзивного процесу у дітей з особливостями психофізичного розвитку так і в їхніх здорових однолітків;
- можливість виявлення гуманності, співчуття, милосердя, терпимості у системі «особлива дитина-здорова дитина-вчитель-суспільство».

Для ефективного впровадження інклюзивного навчання передбачено забезпечення *основних умов*:

- забезпечення регламентованими нормативно-правовими документами освітнього процесу;
- психологічна готовність до спільного виховання, навчання дітей з вадами, їх здорових однолітків, педагогів, батьків дітей.
- надання коректно-реабілітаційної допомоги дітям з особливими потребами у школі.
- акцентування уваги у навчальному процесі на природні здібності, потенційні можливості та сильні сторони дитини.
- кадрове забезпечення (педагоги та фахівці, спеціально підготовлені для роботи з дітьми з обмеженими можливостями), формування мультидисциплінарної команди для проведення комплексного навчально-корекційного процесу;



- створення безбар'єрного архітектурного середовища (пандуси, підйомники, спеціально обладнані туалети тощо);
- матеріально-технічне оснащення (кабінети лікувальної фізкультури, та для корекційних логопедичних, дефектологічних психологічних занять, медичний кабінет, спортивна зала тощо), забезпечення роздатковим та дидактичним матеріалом, адаптованими освітніми програмами, індивідуальними планами занять тощо.

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

Навчання дітей в інклюзивних класах здійснюється за навчальними планами, програмами, підручниками, посібниками, рекомендованими Міністерством освіти і науки України. *Навчально-виховний процес в інклюзивних класах має корекційно-реабілітаційну спрямованість, діти отримують спеціальну корекційну, оздоровчу, реабілітаційну допомогу безпосередньо у школі.*

1.4 . Індивідуальна форма навчання

Окрім колективних форм навчання широко впроваджується **індивідуальне навчання**, що є однією із форм організації навчально-виховного процесу для забезпечення права дитини на здобуття повної загальної середньої освіти з урахуванням індивідуальних здібностей та обдарувань, стану здоров'я.

Відповідно до Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах, кількість годин для організації індивідуального навчання відповідно до кількості предметів інваріантної частини навчального плану визначається наказом директора та затверджується відповідним органом управління освітою:

1-4-ті класи - 5 годин на тиждень на кожного учня;

5-9-ті класи - 8 годин на тиждень на кожного учня;

10-12-ті класи - 12 годин на тиждень на кожного учня за умови виконання вимог Державного стандарту початкової загальної освіти, Державного стандарту базової та повної загальної середньої освіти (Абзац перший пункту 4.2 розділу 4 в редакції Наказу Міністерства освіти і науки N 432 (з0499-08) від 19.05.2008).

Кількість годин для організації індивідуального навчання учнів, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, відповідно до кількості предметів інваріантної складової навчального плану за умови виконання вимог Державного стандарту загальної середньої освіти та Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, визначається наказом директора навчального закладу, затверджується відповідним органом управління освітою і становить:

1-4-ті кл. - 10 год. на тиждень на кожного учня,

5-9-ті кл. - 14 год. на тиждень на кожного учня,

10-12-ті кл. - 16 год. на тиждень на кожного учня.

(Пункт 4.2 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства освіти і науки N 797 (з1400-04) від 15.10.2004)

Право на індивідуальне навчання мають учні:

- які за станом здоров'я не можуть відвідувати навчальний заклад;
- яким необхідно пройти лікування у лікувальному закладі більше одного місяця;
- які мають високий навчальний потенціал і можуть прискорено закінчити школу;
- які проживають у селах і селищах (коли кількість учнів у класі становить менше 5 осіб);
- які не встигають протягом двох років навчання у школі I ступеня;
- які потребують корекції фізичного та (або) розумового (психічного) розвитку (у разі, якщо батьки або особи, які їх замінюють, відмовляються направляти дитину до відповідної спеціальної загальноосвітньої школи (школи-інтернату)).

Для організації індивідуального навчання учнів, які за станом здоров'я не можуть відвідувати навчальний заклад, крім документів, визначених у п. 1.6., додається довідка, завірена печаткою лікарсько-консультативної комісії та печаткою лікувального закладу. Здійснюється навчання за індивідуальним навчальним планом, затвердженим директором навчального закладу (у міру потреби протягом навчального року). Для організації



індивідуального навчання учнів, які не встигають протягом двох років навчання у школі I ступеня, які потребують корекції фізичного та (або) розумового (психічного) розвитку, крім документів, визначених у п.1.6, додається рішення психолого-медико-педагогічної консультації. Такі учні можуть продовжити навчання за індивідуальним навчальним планом та програмами.

Після закінчення терміну індивідуального навчання учень може продовжувати заняття у навчальному закладі, учнем якого він є, на загальних підставах.

Проте виявлено ряд негативних факторів в процесі організації індивідуального навчання:

– недостатнє врахування загальних та специфічних особливостей психофізичного розвитку дітей за індивідуальною формою навчання, зокрема їх найбільш уражених сфер та збережених функціонуючих;

– подолання низької успішності учнів індивідуального навчання відносно однолітків з порушеннями, які навчаються в школі;

– відсутність комплексного корекційно-виховного супроводу дітей з важкою патологією в умовах сім'ї.

Нагальною потребою сьогodнішньої системи освіти є формування навчально-корекційного простору для дітей з порушеннями, який забезпечить не тільки здобуття освіти, але і дозволить сформувати соціо-побутову модель особистості дитини з обмеженнями в руховій та інтелектуальній сферах. Корекційно-розвивальний простір забезпечить розвиток життєвих компетентностей, інтеграцію в суспільство та адаптацію до вимог суспільного життя, реалізацію власного потенціалу, природних здібностей, формування соціально-побутової моделі поведінки.

Отже, при роботі з дітьми з особливими потребами необхідно формування корекційно-виховного простору для задоволення освітніх потреб дітей із психофізичними відхиленнями.

Розділ 2.

Загальні закономірності психомоторного розвитку дітей з особливими освітніми потребами. Діагностування дітей з порушеннями

2.1 Види порушень психофізичного розвитку

Психомоторний розвиток є складним діалектичним процесом, який характеризується певною послідовністю і нерівномірністю дозрівання окремих функцій, якісним їх перетворенням на певному віковому етапі. При цьому кожна подальша стадія розвитку пов'язана з попередньою. Для успішної педагогічної роботи з дітьми, що мають відхилення в розвитку, важливе значення має знання причин і характеру порушень.

Дітей з вадами розвитку поділяють на декілька категорій: за нозологією, за видом порушення, за ступенем тяжкості ураження, за складністю і виразністю проявів тощо. Така класифікація дозволяє визначити зміст і методи роботи з дитиною, обрати форму організації навчання та виховання.

Виокремлюють наступні **категорії** порушень психомоторного розвитку дитини: порушення слухової функції – глухота, туговухість, пізноглухлість (самостійне, супутнє, як наслідок основного захворювання); порушення зорової функції – тотальна сліпота, слабозорі (самостійне, супутнє, як наслідок основного захворювання); мовленнєві порушення (самостійне, супутнє, як наслідок основного захворювання); порушення інтелектуального розвитку (розумова відсталість – за МКХ - 10); розлади емоційно-вольової сфери; порушення функцій опорно-рухового апарату (органічне ураження центральної нервової системи, вроджена патологія, набута, спадкова); комплексні порушення декількох функцій.

Причинами відхилень у дітей можуть бути несприятливі фактори, які поділяються на **ендогенні** (генетичні або внутрішні несприятливі впливи), **екзогенні** (зовнішні несприятливі впливи), а також патологічні фактори в залежності від періоду впливу на дитину: **пренатальні** - діють на плід під час внутрішньоутробного розвитку; **натальні** – у період пологової діяльності, **постнатальні** – після народження дитини.

Тривала несприятлива дія на мозок дитини, що розвивається, може привести до відхилень в психомоторному розвитку. Їх прояви будуть різні залежно від часу несприятливої дії, тобто від того, на якому етапі розвитку мозку воно мало місце, його тривалості, від спадкової структури



організму і перш за все центральної нервової системи, а також від тих соціальних умов, в яких виховується дитина. Всі чинники в комплексі визначають ведучий дефект, який виявляється у вигляді недостатності інтелекту, мови, зору, слуху, моторики, порушень емоційно-вольової сфери, поведінки. У ряді випадків може бути декілька порушень: складний дефект характеризується поєднанням двох та більше порушень, однаковою мірою визначаючих структуру аномального розвитку і труднощі навчання і виховання дитини.

Вченими наголошуються на певних закономірностях розвитку дітей з порушеннями, які слід враховувати при роботі з аномальними дітьми: на рівень розвитку дитини впливає ступінь і якість первинного дефекту; від ступеня і якості первинного дефекту залежить наявність вторинних ускладнень та супутніх відхилень; динаміка розвитку залежить від часу виникнення первинного дефекту – чим раніше виникає патологічний дефект з різних причини, тим тяжчий ступінь ураження; важливим є залежність розвитку дитини з відхиленнями від вчасної ранньої корекції та періоду педагогічного впливу.

Для формування ефективної, адекватної, реалістично побудованої корекційно-виховної програми важливо мати уявлення щодо форми ураження (прогресуюче, не прогресуюче, спадкове, набуте), ступінь тяжкості ураження, наявність супутніх соматичних захворювань, готовність дитини до навчання.

За ступенем тяжкості ураження розрізняють:

1. *Легку ступень* відхилень у психомоторному і мовному розвитку. Для цих дітей характерні деякі утруднення в динамічній координації всіх рухів (від загальних до тонких).

2. *Середню ступень* відхилень у психомоториці та мові: у дітей наявні порушення координації рухів (загальних, тонких і артикуляційних), затримка розумового розвитку.

3. *Важку ступень* відхилень у психомоториці і мові: у дітей поряд з розладом статичної і динамічної координації рухів наявні різні порушення рухової сфери в цілому, спостерігається інтелектуальна неповносправність, мовленнєві розлади.

2.2. Проведення діагностики дітей з порушеннями

Планування роботи з дітьми з особливими освітніми потребами передбачає діагностику, виявлення проблемних сфер та урахування їх при плануванні навчальної діяльності та індивідуального плану розвитку дитини, проведення корекційних заходів, їх реалізацію, прогнозування та перевірку ефективності корекційно-виховної роботи. Проведення педагогічного спостереження, діагностування дитини забезпечує формування реалістичних довгострокових цілей та короткотривалих завдань, забезпечує складання комплексної корекційно-виховної програми, яка охоплює основні сфери розвитку дитини: моторику, емоційну, пізнавальну та психічну.

Проведення *загальної діагностики* поєднує медичні та соціально-психолого-педагогічні напрямки.

До *медичної діагностики* відноситимуться:

- вивчення анамнезу захворювання дитини,
- обстеження моторної сфери,
- сформованість навичок самообслуговування,
- наявність супутніх захворювань, можливість вторинних ускладнень основного захворювання.

До *соціально-психолого-педагогічних напрямків діагностики* віднесемо визначення:

- *готовності дитини до навчання* (пізнавальну діяльність, вміння планувати свою роботу, вміння приймати допомогу, вміння приймати та виконувати інструкції, вміння знаходити спільну мову з дорослими та однолітками, свідоме сприйняття та засвоєння навчального матеріалу, вміння виправляти те, що зробив невірно, вміння слухати і розуміти те, що вимагають, зосередження та вміння певний час утримувати увагу, адекватна поведінка дитини у відповідності до ситуації);

- *рівень інтелектуального розвитку* (повнота найпростіших суджень, поняття про предмети чи події, рівень узагальнень, уміння слухати дорослого, концентрація уваги, пам'ять);



- *рівень розвитку навчально-значущих функцій* (розвиток фонематичних уявлень, розвиток зв'язного мовлення, координація у системі "око-рука", обсяг зорового сприймання);
- *мовленнєвий розвиток,*
- *комунікаційний розвиток,*
- *соціальну готовність.*

Таке всебічне обстеження дитини дозволяє визначити: основні проблеми дитини, сформувавши мету, цілі, завдання, напрямки комплексної корекційно-виховної роботи, підібрати інноваційні технології навчання, оздоровлення, корекції та прогнозування очікуваних результатів.

Для успішної роботи з дітьми, що мають порушення, доцільно проводити *діагностичне, корекційне, прогностичне* діагностування.

Первинне діагностування здійснюється при вступі дитини до школи, вивчення сильних і слабких сторін розвитку особистості, виявляються і вирішуються проблеми, що виникають у процесі інтеграції дитини в освітній простір.

Поточне діагностування проводиться на різних етапах навчання дитини в школі, вивчається динаміка її розвитку та здійснюється профілактика можливих проблем під час кризових періодів. Вивчається соціометричний статус учнів з метою гармонізації відносин в колективі.

Вихідне діагностування передбачає визначення досягнень учня за навчальний рік щодо засвоєння дидактичних знань, формування комунікаційних здібностей, емоційно-вольової сфери, мотиваційної складової.

Діагностичний блок представлений дослідженням психічного розвитку дитини та її соціального середовища (табл.1).

Табл.1

Діагностичний блок	Діагностика психічного розвитку дитини	Діагностика соціального середовища
	Всебічне клініко-психологічне вивчення особистості дитини та її батьків, системи їхніх відносин	Аналіз несприятливих факторів соціального середовища, що травмують дитину
	Аналіз мотиваційної сфери дитини й членів її родини	Формування характеру особистості
	Аналіз розвитку сенсорно-перцептивних і інтелектуальних процесів і функцій	Соціальна адаптація

Корекційний блок містить у собі наступні завдання:

- ❖ корекція неадекватних методів виховання дитини з метою подолання її мікросоціальної занедбаності;
- ❖ допомога дитині або підліткові у вирішенні психотравмуючих ситуацій;
- ❖ формування продуктивних видів взаємин дитини з навколишніми (у родині, у класі); підвищення соціального статусу дитини в колективі;
- ❖ розвиток у дитини або підлітка компетентності в питаннях нормативної поведінки;
- ❖ формування й стимуляція сенсорно-перцептивних, інтелектуальних процесів у дітей;
- ❖ розвиток і вдосконалювання комунікативних функцій, емоційно-вольової регуляції поведінки;
- ❖ формування адекватних батьківських установок на хворобу та соціально-психологічні проблеми дитини шляхом активного залучення батьків у навчально-корекційний процес;
- ❖ створення в дитячому колективі, де навчається дитина з особливими потребами, атмосфери прийняття, доброзичливості, відкритості, взаєморозуміння.

Прогностичний блок направлений на проектування психофізіологічних, психічних і соціально-психологічних функцій дитини. В ході корекції постають наступні завдання:

- проектування можливих змін в розвитку пізнавальних процесів та особистості в цілому;
- визначення динаміки цих змін.



Отримані результати діагностування можна аналізувати *якісно і кількісно*. Для цього розроблено ряд рівнів розвитку навчально значущих функцій:

I рівень – дитина має сформовані фонематичні уявлення, словниковий запас, достатній для виконання завдання; вмє складати речення і розповіді; граматично правильно будує речення, вживає доцільні мовні звороти; має точність і плавність у координації системою «око-рука», повний обсяг зорового сприймання. Це діти, у яких достатньо розвинені фонематичні уявлення, фонематичний аналіз та синтез; вони добре володіють слуховою диференціацією дзвінкх-глухих, твердих-м'яких, свистячих-шиплячих звуків; мають розгорнуте мовлення, правильно та логічно будують речення й розповіді; не припускаються помилок при вживанні іменників, прикметників, дієслів. Ці діти мають збережену координацію в системі «око-рука», можуть

обвести контури предметів, орієнтуються у просторі аркуша, виконують завдання точно, однак плавність виконання рухів може порушуватися.

II рівень – фонематичні уявлення недостатньо сформовані, неправильно вимовляє окремі слова; спостерігаються труднощі у побудові розгорнутих речень; використовує найпростіші мовні звороти; є незначні порушення в системі «око-рука», обсяг зорового сприймання частковий. Учні II (середнього) рівня потребують допомоги у вигляді зразка, орієнтира, стимулювання діяльності у системі «вчитель-дитина». У цих дітей виявлено розлади фонематичного розвитку, дизартрії, дислексії, дисграфії. Координація в системі «око-рука» значно порушена (порівняно з I рівнем). Обсяг зорового сприймання частковий. Прогноз для цієї категорії дітей, безперечно, позитивний.

III рівень - фонематичні уявлення низького рівня, словниковий запас дуже бідний, вживає переважно одно-, двослівні речення, неправильно будує речення, зв'язне мовлення відсутнє, прагне передати подію жестами або мімікою, немає плавності і точності в системі «око-рука», обсяг зорового сприймання незначний. Це діти з тяжкими психофізичними порушеннями, у яких стан сформованості навчально значущих функцій перебуває на низькому рівні. Фонематичний розвиток має значні відхилення, порушені фонематичні уявлення, аналіз і синтез; наявні важкі форми дизартрії, дислексії, дисграфії, можливе заїкання. Внаслідок порушення координації системи «око-рука» діти повільно, нерозбірливо пишуть або зовсім не можуть опанувати акт письма. Зорове сприймання значно порушено.

Отже, порівневий підхід до вивчення психофізичного розвитку дитини дає змогу розробляти індивідуальні адекватні завдання відповідно до рівня порушення і допомагає спрогнозувати перспективу корекційного навчання кожної дитини.

2.3 Типи комунікаційних бар'єрів

Разом з тим, є необхідність діагностики та корекції не тільки навчальних процесів, а і виховання комунікаційних властивостей дітей з порушеннями. Нерідко для дітей з порушеннями характерна слабка пізнавальна активність, яка частково обумовлена недостатністю комунікаційних функцій. Особливо гостро постає ця проблема в підлітковому віці, оскільки фізичні та мовленнєві дефекти перешкоджають підлітку з обмеженими можливостями повноцінно спілкуватися з однолітками. Більшість дітей із фізичними та інтелектуальними вадами позбавлені повноцінного спілкування з оточуючими, інколи воно має викривлений характер. Повноцінне спілкування з однолітками є особливо важливе для збереження їх психічного здоров'я. Зазвичай, якість спілкування з ровесниками є важливішим для дитини, ніж успішність в школі, стосунки з вчителями, дорослими.

Виокремлюються декілька типів бар'єрів, що призводять до порушення спілкування дитини з психофізичними відхиленнями з оточуючими (табл. 2):

Табл.2

Тип комунікаційного бар'єру	Характеристика комунікаційного бар'єру
Внутрішні бар'єри особистості	Пов'язані з такими поняттями, як норми, установки, цінності, а також з особистісними особливостями - ригідність, комфортність
Бар'єри поза особистістю	Нерозуміння зі сторони іншої людини, дефіцит інформації
Макробар'єри	Виявляються в інформаційному перевантаженні, розмаїтті носіїв,



	перевантаженні інформацією, що призводить до знецінення її змісту, вмінні користуватися інформацією
Мікробар'єри	Причинами їх виникнення можуть бути особливості інтелекту тих, хто спілкується; неоднакове знання предмета розмови; різні лексикон і сукупність понять з певної галузі знань; відсутність єдиного розуміння ситуації спілкування; психологічні особливості партнерів; соціальні, релігійні відмінності тощо
Настанова батьків	Ізоляція дитини від колективу здорових однолітків
Естетичні	Мають значення зовнішній вигляд, манера поведінки, стиль одягу дитини
Інтелектуальні	Виникають в результаті різної швидкості протікання інтелектуальних процесів в процесі спілкування
Емоційні	Взаєморозуміння виникає внаслідок антипатії до співрозмовника, небажання заглиблюватися у його проблеми та співчувати йому

Розуміння тих комунікаційних проблем, які можуть виникнути в процесі спілкування з оточуючими та виховання дитини у перспективі на їх випередження є завданням педагога.

Розділ 3.

Формування корекційно-виховної програми для дітей з особливими освітніми потребами

Добре відомо, що діти, страждаючи одним і тим самим захворюванням, по-різному відстають в розвитку. Це передбачає і пошук різних засобів корекційно-виховного впливу для кожну дитину. Одним з основних завдань вчителя при роботі з дітьми з психофізичними порушеннями є вміння підтримувати в дитини впевненість у своїх силах, прагнення до пізнавальної діяльності; запобігати різним змінам у психічній діяльності, поведінці та загальному стані дитини та адекватно реагувати на них.

Метою корекційно-виховної роботи з дітьми з обмеженими можливостями є розвиток та покращення пізнавальних та емоційно-вольових процесів, забезпечення максимально повної адаптації особистості в суспільстві, формування позитивних рис особистості, варіативна адаптація до змінених умов, корекція пізнавальної та емоційно-вольової сфер особистості; формування адекватної самооцінки та рівня домагань.

Завданнями програми є:

- Проведення діагностики розвитку дитини з особливими потребами;
- Складання комплексної програми розвитку дитини з особливими потребами;
- Проведення навчальних та корекційно-виховних занять з дитиною;
- Створення методичних матеріалів для корекційно-виховної та навчальної роботи;

Основними принципами організації корекційно-виховного супроводу дітей у навчальному процесі є:

1. пріоритет інтересів і потреб дітей та учнів;
2. неперервність супроводу;
3. мультидисциплінарність.

в дефектології наступних основних принципів:

– індивідуальний підхід до навчально-виховного процесу з урахуванням причин, ступеня і характеру психофізичних порушень учня;

– особистісно орієнтований підхід до навчання учня;

Корекційна робота базувалася також на врахуванні структури первинних порушень, вторинно пов'язаних з ним відхилень, а також збережених функцій і компенсаторних можливостей учнів з ДЦП.

Зміст корекційної роботи з учнями індивідуального навчання, хворими на ДЦП, полягав у наступному:

- розвитку рухової сфери;
- розвитку сенсорних функцій;
- розширенні і уточненні уявлень про навколишнє середовище;



- розвитку пізнавальної діяльності;
- корекції мовленнєвого розвитку;
- психокорекції емоційно-особистісного розвитку учня.

Одним з важливих корекційних завдань є сенсорний розвиток учнів з ДЦП, який цілеспрямовано формує вищі психічні функції (мислення, мовлення, пам'ять). Тому корекційну роботу з учнем було спрямовано на вдосконалення стереогнозу, кінестетичного, слухового, зорового сприймання, розвиток просторових та часових уявлень.

Корекційна робота передбачає систематичне збагачення знань, уявлень, розвиток уміння прогнозувати події, явища, порівнювати, розпізнавати, узагальнювати, оцінювати. Для цього застосовувалися різноманітні засоби підтримки позитивного настрою та мотивації, зокрема:

- використання під час спостережень саме тих предметів і явищ, до яких учень виявляв найбільший інтерес;
- обговорення ситуації, яка привертала увагу дитини;
- закріплення активного та пасивного словника учня;
- активізацію спроб узагальнення вивченого та ін.

На основі врахування особливостей психофізичних порушень дітей визначаються **основні напрями корекційно-виховної роботи**:

- комплексне обстеження учнів командою фахівців, яке забезпечує своєчасне виявлення порушень, обумовлених ними труднощів у навчанні та рекомендована корекційно-виховна програма;
- корекційно-виховний супровід дітей командою фахівців;
- своєчасне виявлення і усунення несприятливих умов розвитку учнів з метою запобігання негативних проявів та ускладнень основного захворювання;
- застосування інноваційних технологій, різносторонніх методик в процесі діагностування, корекції та виховання для ефективного навчання дітей.

Психологічна та соціально-педагогічна робота з «особливою дитиною» має спрямовуватися на досягнення головної мети – підготувати її до самостійного життя. Але потрібно слідкувати, щоб допомога та підтримка під час навчання не перевищувала необхідну, інакше дитина стане занадто залежною від неї.

Одним з основних завдань вчителя при роботі з дітьми з психофізичними порушеннями є вміння підтримувати в дитини впевненість у своїх силах, прагнення до пізнавальної діяльності; запобігати різним змінам у психічній діяльності, поведінці та загальному стані дитини та адекватно реагувати на них.

Корекція дефектів дітей з особливими потребами відбувається у процесі всієї навчально-виховної роботи школи, проводиться на тому навчальному матеріалі, який є змістом того чи іншого навчального предмета.

При плануванні корекційно-виховної роботи є передбачається виправлення, послаблення, профілактика недоліків психофізичного розвитку:

- ❖ реалізація вимог охоронно-педагогічного режиму;
- ❖ виправлення особливостей недорозвинення всієї пізнавальної діяльності й особливостей дитини;
- ❖ урахування навчального потенціалу школяра;
- ❖ визначення мети кожного уроку не абстрактно, а з урахуванням потенціалу кожного учня; формування навчальних умінь і навичок, позитивного ставлення до навчання;
- ❖ урахування під час навчання рівня знань, умінь і навичок кожного учня з усіх навчальних предметів;
- ❖ корекція мимовільної поведінки та уваги;
- ❖ становлення уміння сприймати завдання вчителя та вихователя в усіх видах діяльності, контролювати свою активність, оцінювати результати (самооцінка);
- ❖ формування прийомів розумової діяльності відбувається у певній системі (постійне ускладнення змісту навчання, поступове переведення практичних дій аналізу і синтезу та похідних від них операцій порівняння, узагальнення, конкретизації, класифікації тощо у сферу уявлень і понять);



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

Планування роботи з дітьми з особливими освітніми потребами передбачає діагностику, проведення корекційних заходів, їх реалізацію, прогнозування та перевірку ефективності корекційно-виховної роботи.

Проведення педагогічного спостереження, діагностування дитини забезпечує формування реалістичних довгострокових цілей та короткотривалих завдань, забезпечує складання комплексної навчально-корекційної програми, яка охоплює основні сфери розвитку дитини: моторику, емоційну, пізнавальну та психічну.

Комплексна програма корекційно-виховного спрямування передбачає умовний розподіл на *періоди*:

– **ввідний період**: дитина адаптується до запропонованих корекційних завдань, щоденних навчальних занять. Основна увага приділялася оцінці моторного, інтелектуального розвитку дитини, виявленню різниці хронологічного та скерованого віку, визначенню засобів та методів корекційного процесу, роботі з батьками;

– **основний період**: набуття знань, умінь навичок, формування моторних функцій, розвиток навичок самообслуговування. Увага приділяється корекції стато-кінетичного розвитку дитини засобами фізичної реабілітації, профілактиці виникнення вторинних ускладнень, розвитку мотивації до занять;

– **заклучний період**: вдосконалення знань, умінь навичок, моторики, перехід до вертикалізації та розвитку альтернативного переміщення, що передбачає самостійну рухову діяльність, розвиток власної активності дитини.

Термін та критерії переходу до наступного періоду для кожної дитини є індивідуальними.

Доцільно застосування оздоровчих технологій в контексті корекційно-виховної роботи. Оздоровчі технології спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного, психічного здоров'я дітей, підвищення потенціалу (ресурсів) їхнього здоров'я, формування здорового способу життя тощо. Впроваджується фізична підготовка, фізіотерапія, ароматерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія.

Ефективність проведення навчально-виховних та корекційно-реабілітаційних заходів дітям з різними захворюваннями значною мірою залежить від відсутності супроводжуючих соматичних, простудних захворювань. Це досягається шляхом налагодження взаємозв'язків між медичною та педагогічною службами. Співпраця команди фахівців з батьками для ефективного процесу оздоровлення та реабілітації дітей забезпечить наступність та безперервність навчально-оздоровчої роботи. Координовані дії такої міждисциплінарної команди дозволяють сформувати необхідний реабілітаційно-навчальний простір для дітей з особливими освітніми потребами для реалізації навчально-виховної та лікувально-відновлювальної роботи, які є взаємообумовленими та взаємопов'язаними.

На рис. 6 запропоновано блок-схему навчально-корекційної програми для дітей з особливими освітніми потребами.

Вихідний контроль	Вступний період		Основний період			Заключний період	
	Завдання		Завдання			Завдання	
	Акцентовано увагу на оцінюванні загального, моторного розвитку дитини, виявленню різниці хронологічного та розумового, моторного віку, визначенні засобів та методів навчання, роботі з батьками. Адаптація до фізичного, психічного навантаження. Інформування батьків щодо навчально-корекційний занять.		Засвоєння основних знань, умінь, навичок, моторних функцій. Профілактика виникнення вторинних ускладнень. Розвиток мотивації до занять. Навчання батьків особливостям проведення навчання.			Удосконалення умінь, навичок, моторних функцій, використання спеціалізованих допоміжних засобів переміщення, фіксаторів для розвитку власної рухової активності дитини, покращення якості життя дитини та родини.	
	Надання освітніх послуг, розвиток рухових функцій, навичок самообслуговування, покращення функціонування рук						
	Навчально-корекційний процес безперервний, довготривалий, доступний, безпечний для дитини та прийнятний для родини						
	Навчання		Оптимізація рухового режиму	Оздоровчі заходи	Ігротерапія	Сенсорний вплив	Партнерська робота з батьками
Загальнорозвивальні, освітні заняття, вправи для розвитку функціонування рук.		Фізкультхвилинки, ранкова зарядка, фітнесболгімнастика, рухова терапія. Використання допоміжних засобів пересування.	Загартування, релаксаційні паузи, ароматерапія.	Активна, активна за допомогою, пасивна за методикою “рука в руці”.	Музичний супровід. Різні за кольором, розміром, фактурою іграшки, предмети	Просвітницький блок: семінари, лекції, членство у громадських організаціях. Консультаційний блок: індивідуальні бесіди з фахівцями. Корекційна робота.	

Заключний контроль та обстеження

Рис. 6 Блок-схема корекційно-виховної програми для дітей з особливими освітніми потребами



Для контролю якості та ефективності комплексна корекційно-виховна програма переглядається фахівцями за участю батьків дитини не рідше одного разу на 3 місяці і корегується відповідно до потреб та стану дитини.

У комплексній програмі корекційно-виховного спрямування окрім надання освітніх послуг доцільно спланувати ряд оздоровчих заходів для упередження виникнення вторинних ускладнень основного захворювання, формуванню особистісних якостей дитини, мотивацію до спілкування, самостійної рухової діяльності, здорового способу життя, рівня домагань.

Поради вчителям при роботі з «особливими дітьми»

1. Підготувати дітей класу до того, що поряд із ними навчатиметься учень з особливими освітніми проблемами:

2. створити в класі демократичне середовище, налагоджувати між учнями дружні стосунки, щоб розумово відсталі діти почувалися себе членами колективу;

3. привчати здорових дітей допомагати (в разі потреби) опікувати розумово відсталих однолітків;

4. присікти зневажливе ставлення до дітей з обмеженими можливостями.

Перед прийомом до класу дитини з порушеннями психофізичного розвитку детально ознайомитися з його анамнестичними даними:

- поспілкуватися з батьками дитини;

- вивчити медичні довідки;

- зрозуміти, в чому полягає причина (пологова чи післяпологова травма, хвороба в ранній період, вплив медикаментів тощо) основного захворювання та можливість вторинних наслідків.

3. Вивчити спеціальну медичну та педагогічну (дефектологічну) літературу з метою з'ясування впливу ушкоджень (пологові травми, хвороби, психічні захворювання тощо) на процеси навчання та розвитку. Детально вивчити особливості розвитку психічних процесів дитини з порушеннями (стан пам'яті, уваги. Мислення, темп роботи, працездатність, прояви поведінки, стан емоційно-вольової сфери тощо).

4. Ознайомитися з сучасними педагогічними підходами і методиками, які застосовуються у спеціальних школах під час навчання дітей з відповідною нозологією. Необхідно в школі мати навчальні програми (відповідного класу).

5. На кожну дитину з обмеженими можливостями необхідно скласти індивідуальний навчальний план (враховуючи складність дефекту).

6. Знаючи специфічні особливості психічних процесів дітей з нетиповим розвитком, коригувати їх у процесі навчання; враховувати під час навчання, під час планування діяльності.

7. Діти з порушеннями зазвичай мають слабку пам'ять, тому матеріал треба подавати невеликими «дозами» і звертати увагу на багаторазове повторення вивченого матеріалу. З цією метою урізноманітнювати прийоми і види робіт на закріплення вивченого матеріалу, застосовувати дидактичні ігри і лише після засвоєння цього матеріалу давати складніший новий матеріал. Для дітей з порушеною активною увагою застосовувати наочний матеріал для її активізації, чергувати види діяльності (більш складні завдання чергувати з легшими). При переважанні конкретно-наочне мислення спиратися у складанні навчального матеріалу, застосовувати зрозумілу яскраву наочність (предметні картинки, рахунковий матеріал, малюнок-схему до задачі тощо). Діти потребують неодноразового повторення вчителем інструкції щодо виконання того чи іншого завдання. Тому вчитель має переконатися, як і наскільки точно учень зрозумів, чого від нього вимагають, і лише після цього дозволити виконати завдання. В разі потреби, слід дати учневі додаткові пояснення щодо виконання завдання.

8. Діти з неповносправністю мають знижений темп роботи та працездатності, для них необхідно зменшити обсяг завдань та їх кількість, а складність має бути доступною. Для цього дітям можна давати індивідуальні картки із завданням відповідної складності та перфокарти, в які треба лише вставити відповідну орфограму або числову відповідь (немає необхідності переписувати це завдання в зошит, якщо дитина має слабкі чи недостатні навички письма).

9. Діти з особливими потребами зазвичай не мають необхідних навичок самостійної роботи, тому потрібен постійний контроль за виконанням ними завдання (щоб вони не втрачали уваги та напрями діяльності).

Критеріями ефективності корекційно-виховної програми визначаються:



- вдосконалення наявних та розвиток нових знань, вмінь, навичок, рухових функцій;
- готовність до варіативного застосування набутих знань, вмінь, навичок;
- формування альтернативного переміщення при порушенні моторних функцій;
- збереження наявного та зміцнення здоров'я дитини;
- мотивація дитини до самостійної активної навчальної та рухової діяльності.

З урахуванням основних особливостей навчальної діяльності учнів з порушеннями розвитку визначено загальні й специфічні вимоги до оцінювання знань відповідно до психофізичних особливостей і пізнавальних можливостей. При визначенні ефективності корекційно-виховної програми слід враховувати наступні принципи стосовно оцінювання успішності дитини:

- особистий ріст дитини відносно *самої себе*, а не у порівнянні з іншими;
- врахування стільки *якості* а більше самого факту *виконання* завдання;
- необхідність позитивного емоційного настрою, підтримки дитини;
- систематичного створення ситуації успіху;
- потійно підкреслювати особистісні позитивні риси, здібності та досягнення дитини.

Таким чином, корекційно-виховна програма формує простір для розкриття можливостей, реалізації потреб дитини в активній діяльності, спілкуванні з оточуючими, розширення рамок обмежених рухових можливостей за рахунок використання допоміжних спеціалізованих пристроїв. Визначальним в комплексній програмі є пріоритет особистості дитини, її інтересів; орієнтація планування програми на виховання особистості, здатної до вміння висловлювати свої бажання; створення системи виховання та корекційного супроводу дитини.

Розділ 4. Особливості психомоторного розвитку дітей з дитячим церебральним паралічем

Проблема організації навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату є однією з актуальніших у практиці педагога. Це обумовлено зростанням чисельності дітей з церебральним паралічем.

Дитячий церебральний параліч за останні роки став одним із найбільш поширених захворювань центральної нервової системи в дитячому віці в усіх країнах світу. Це захворювання важко інвалідизує дитину, не тільки вражаючи рухову систему, а й викликає порушення мови та інтелекту. В даний час проблема ДЦП набуває не тільки медичну, а й соціальну, психологічну значущість, так як психомоторні порушення, рухова обмеженість, підвищена дратівливість заважають таким дітям адаптуватися до життя в суспільстві, якісно засвоювати шкільну програму. За несприятливих обставин ці діти не можуть реалізувати свої здібності, не мають можливості стати повноправними членами суспільства. Тому особливо актуальною є проблема надання якісної освіти та подолання негативних проявів дитячого церебрального паралічу у призмі корекційно-виховного процесу.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – це органічне ураження центральної нервової системи, непрогресуюча рухова неповносправність, викликана аномальним розвитком або пошкодженням несформованого головного мозку.

Узагальнення досвіду корекційного навчання і виховання дітей з ДЦП засвідчили важливість і необхідність педагогічного втручання в процес подолання у них адаптаційних процесів, реалізації індивідуального підходу, розробки методів і прийомів навчання.

Висвітленню особливостей різноманітних рухових порушень, зокрема ушкоджень функцій рук, які неспроможні виконувати точні, диференційовані, координовані рухи. З дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку повинна проводитися систематична робота з розвитку дрібної моторики, яка забезпечує тонкі, диференційовані рухи в процесі письма, виконання трудових операцій, ліплення, конструювання та інших рухових актів.

Відмічається наявність у дітей з церебральною патологією різноманітних сенсорних розладів: зорових, слухових, кінестетичних, а також деяких особливостей психічної діяльності, зумовленої хворобливою ослабленістю центральної нервової системи: надмірною збудливістю чи, навпаки, пригніченістю, загальмованістю, швидкою втомлюваністю, через що – низькою працездатністю.



Порушення рухових функцій у дітей, хворих на церебральний параліч, завжди, більшою чи меншою мірою, поєднується з порушенням психічних функцій і особистості в цілому. Саме ці порушення ускладнюють виховання, навчання й розвиток дитини з руховими обмеженнями. Їх корекція та розвиток збережених функціональних систем дитини з метою якнайкращого пристосування до суспільного життя та самореалізації і є завданням комплексної реабілітації.

Дитячий церебральний параліч зумовлює розлади не тільки рухової сфери, а й порушення мовлення (80%), інтелекту (50%), зору (20%), слуху (15%), кінстетичного сприймання (15%).

Основу клінічної картини ДЦП становлять рухові розлади – паралічі, насильницькі рухи, недостатність координації рухів, спричинені недорозвиненням чи ушкодженням центральної нервової системи. Порушується онтогенетична послідовність рухового розвитку, активується патологічна тонічна рефлекторна активність, що приводить до підвищення м'язового тону й формування патологічних поз. Розпадається формування механізмів підтримки рівноваги при стоянні й ходьбі, формується патологічний руховий стереотип, неправильні установки тулуба, кінцівок, а пізніше - контрактури й деформації. ДЦП є наслідком негативних впливів, що призводять до різного ступеня тяжкості – від легкого ураження до тяжкої інвалідності.

На рис. 7 представлено причини формування ДЦП.

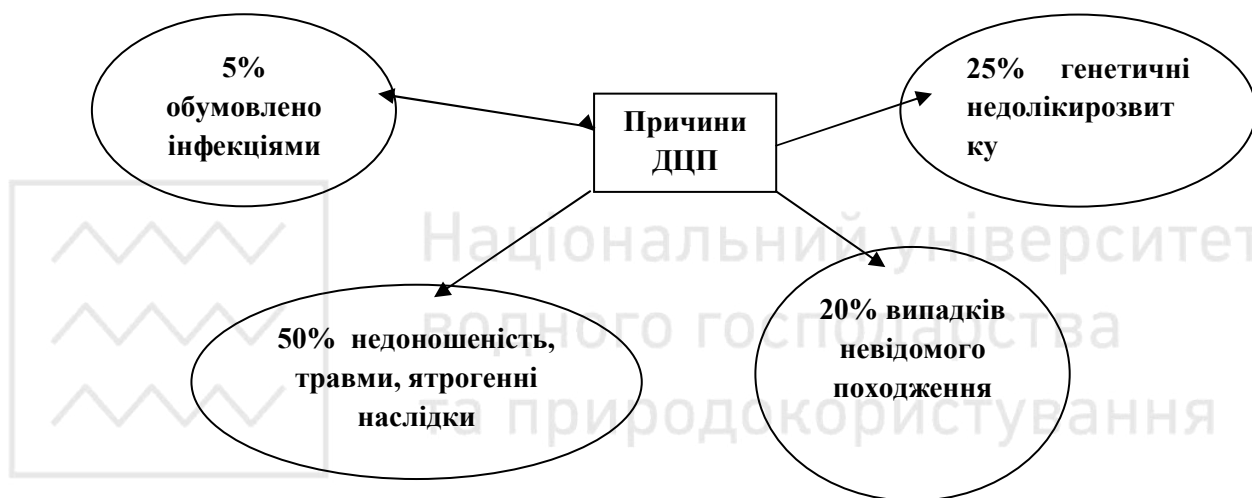


Рис.7 Причини формування ДЦП

За локалізацією рухових розладів розрізняють декілька форм ДЦП: (класифікація форм за К. О. Семеновою):

1. Спастична диплегія – найбільш поширена форма ДЦП, відома під назвою хвороби чи синдрому Літгля. При даній формі в значній мірі уражені ноги, однак дитина може навчитися частково обслуговувати себе. Також у дітей спостерігається затримка психічного розвитку, 30-35% дітей страждають розумовою відсталістю в ступені не різко вираженої дебільності. У 70% - спостерігаються мовленнєві розлади у формі дизартрії.

2. Геміпаретична форма – у 80% випадків розвивається у дитини в ранній постнатальній період. При даній формі уражена одна сторона тіла: ліва при правосторонньому ураженні мозку та права при ураженні переважно лівої півкулі. Найчастіше при даній формі важче уражається верхня кінцівка. У 25-30% дітей спостерігається дебільність, у 40-50% - вторинна затримка розумового розвитку.

3. Гіперкінетична форма – у дитини спостерігається гіперкінези, м'язова ригідність шиї, тулуба, ніг. Не дивлячись на важкий руховий дефект та обмежену можливість самообслуговування, рівень інтелектуального розвитку при даній формі ДЦП, вище ніж попередні. У 10% випадків спостерігається туговухість.



4. Подвійна геміплегія – найбільш важка форма ДЦП. Окрім важких рухових порушень (ураження нижніх та верхніх кінцівок), спостерігаються важкі мовленнєві порушення, виражене зниження інтелекту.

5. Атонічно-астатична форма – зустрічається значно рідше інших форм, характеризується зниженням м'язового тону, порушенням координації рухів, рівноваги. Спостерігається недорозвинення мовлення та інтелекту.

За станом м'язового тону розрізняють спастичну, гіпотонічну та дистонічну форми ДЦП; за ступенем ураження: легкий, помірний, тяжкий.

4.1 Діагностика розвитку моторної сфери

Головною метою діагностики рухових функцій дитини з порушенням рухового розвитку є отримання даних, які характеризують взаємозв'язок та взаємозалежність розвитку як загальної моторики так і дрібної, розвитку навичок самообслуговування.

Такий аналіз дає можливість оцінки моторного стану дитини на момент обстеження, що дозволяє визначати онтогенетичні, індивідуальні особливості дитини.

Оцінювання загальної моторики дітей з синдромом розладу рухових функцій проводиться як пасивне мануальне обстеження (визначення об'єму рухів в суглобах), так і спостереження за довільною руховою активністю протягом певного часу, за тим, як дитина рухається, чому не виконує якісно певну рухову функцію, можливість змінювати положення тіла, перевірка реакцій рівноваги та координації рухів, розуміння нею зверненої мови, особливості поведінки, рівня контактності, бажання активно рухатись. Спостереження бажано проводити за дитиною в ігровій формі, в спокійній, приємній обстановці, використовувати добре знайомі, доступні даному віку дітей іграшки, в присутності батьків.

Обстеження розвитку рухової сфери проводиться з урахуванням різних вихідних положень дитини (лежачи на спині, на животі, при сидінні, стоянні, ходьбі).

При цьому особлива увага звертається на якість виконання рухів: (повороти з положення лежачи на спині на живіт і навпаки (з торсією чи «блоком»), опора на ноги на повну стопу чи на пальці, крокування впевнене чи присутній перехрест ніг), на наявність нередукованих тонічних рефлексів. Звертається увага на координацію рухів, специфіку функціональної здатності рук, мотивацію до рухової активності.

Оцінка основних рухових функцій дозволяє визначити, на якому етапі рухового розвитку та подолання тілом сил гравітації знаходиться дитина, встановити відповідність хронологічного і моторного віку, виявити причини, що гальмують розвиток рухових функцій, провести планування корекційних заходів щодо усунення рухового розладу чи покращення функції загальної та дрібної моторики. Оцінювання розвитку локомоцій здійснюється за допомогою *Оцінки основних рухових функцій (ООРФ)*.

ООРФ – це стандартизований спосіб спостереження, призначений для оцінки змін основних рухових функцій протягом часу у дітей із затримкою розвитку рухових функцій. Ключ до оцінки:

0 – не може виконати; 1 - намагається виконати (виконує завдання менш ніж на 10%); 2 - частково виконує (виконує більш ніж на 10%, але менш ніж на 100%); 3 - виконує повністю.

На рис. 8 вказані ключові аспекти загальної моторики, на які слід звертати увагу при оцінці рухової сфери дитини.



На що звертати увагу у фізичному розвитку*

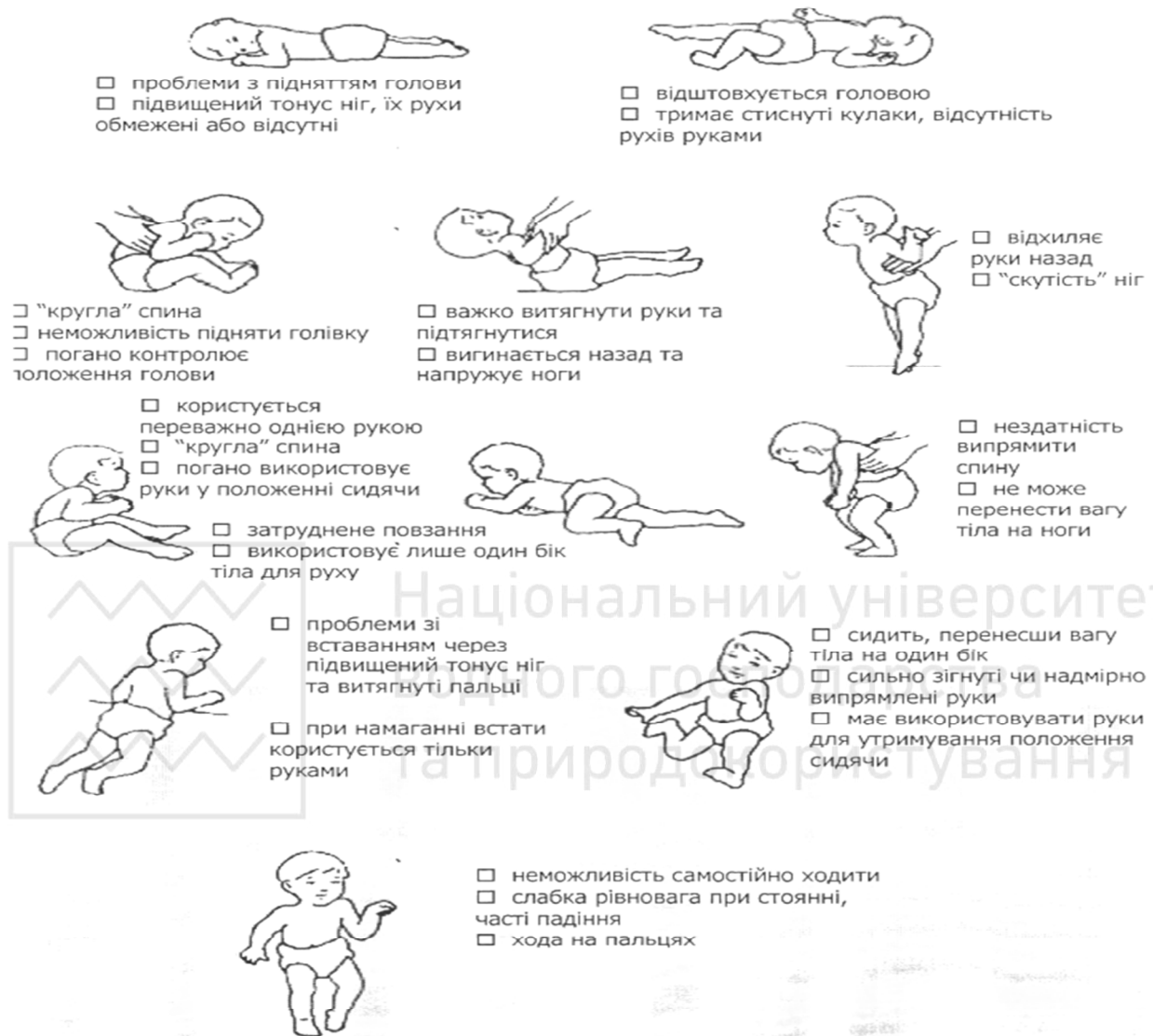


Рис. 8 Розвиток моторних функцій при ДЦП

Карта спостереження включає наступні категорії – лежання та перевертання; сидіння; повзання, рачкування; стояння; ходьба, біг, стрибки; тестування з допоміжними засобами пересування. Наприкінці обстеження виводяться підсумкові оцінки по категоріях та цільовий бал у відсотках загальної рухової активності.

Для визначення складності моторного обмеження використовують «Комплексну оцінку локомоторних функцій (GMFM)», яка передбачає декілька рівнів:

Рівень 1 – ходьба без обмежень. Труднощі виникають при складно координованих діях.

Рівень 2 – ходьба без допоміжних технічних засобів. Труднощі при ходьбі на вулиці, у транспорті.

Рівень 3 – ходьба за допомогою технічних засобів (ходунів).

Рівень 4 – обмежена можливість самостійно пересуватися. Дитина потребує супроводу дорослого, пересувається на віку.

Рівень 5 – Дуже обмежена здатність до пересування навіть за допомогою використання допоміжних засобів пересування: ходунів, візків тощо.



Важливим аспектом діагностування моторної сфери дітей з ДЦП є оцінювання рівня навичок самообслуговування. Першочерговим завданням обстеження можливості самостійно одягатися, поведінка під час харчування, в туалеті тощо.

Корекція рухової сфери учня з ДЦП у корекційно-виховному процесі передбачає: дотримання ортопедичного режиму; проведення корекційно-оздоровчих вправ; підтримку рухової активності впродовж навчального дня; залучення асистентів (корекційних фахівців, батьків, волонтерів) до спільного проведення комплексу фізичних вправ; зміцнення загального здоров'я; прогнозування та профілактику вторинних ускладнень основного захворювання.

4.2 Особливості інтелектуального дефекту при ДЦП

Порушення розвитку психічних функцій у дітей із ДЦП складне та різноманітне, залежить від часу, ступеня та локалізації мозкового ураження. За спостереженнями, рухова неповносправність часто домінує, привертаючи увагу і приховуючи непорушені розумові здібності у осіб з дитячим церебральним паралічем. Важливу роль грають ступінь обмеження рухової діяльності, особливості сімейного виховання.

Розлади психомоторної сфери, які характерні для дітей з ДЦП представлено на рис. 9.

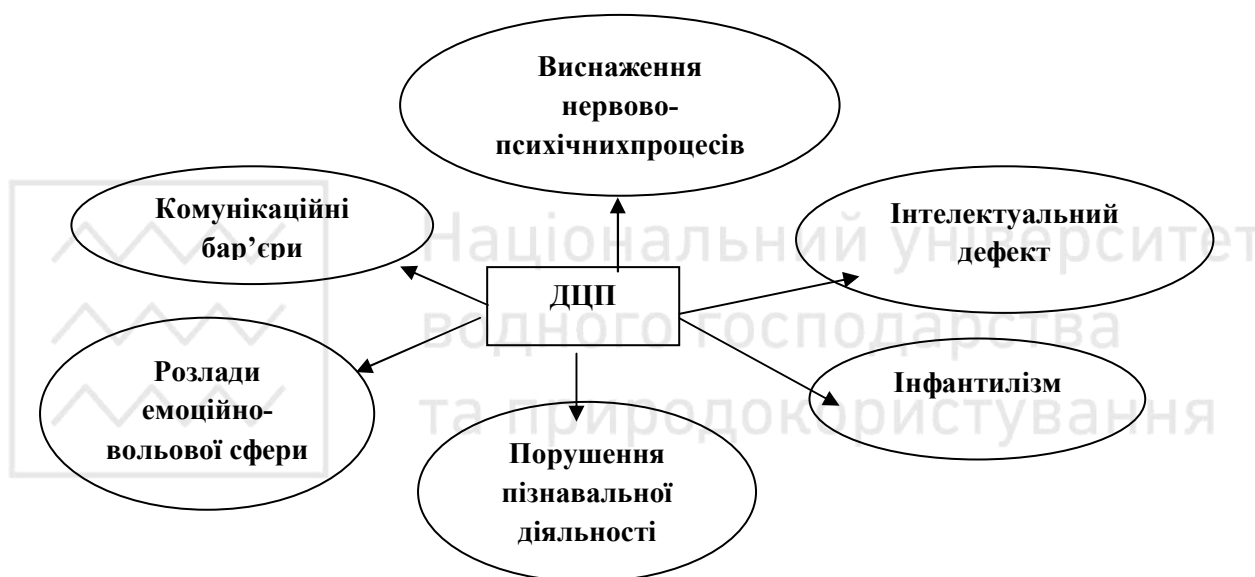


Рис. 9 Розлади психомоторної сфери, які характерні для дітей з ДЦП

Несформованість вищих коркових функцій є важливою ланкою порушень пізнавальної діяльності при ДЦП. У деяких дітей розвиваються переважно наочні форми мислення, в інших, навпаки, особливо страждає наочно-дійове мислення при кращому розвитку словесно-логічного.

У дітей з ДЦП, незалежно від ступеня ураження, спостерігається сповільненість, виснаженість психічних процесів, труднощі переключення уваги на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, зниження обсягу механічної пам'яті, відсутність інтересу до завдань, слабкість зосередженості, низька пізнавальна активність. Найбільше чітко воно проявляється в шкільному віці при різних інтелектуальних навантаженнях.

У дітей з ДЦП нерівномірно знижений запас уявлень про навколишній світ: це обумовлено вимушеною соціальною ізоляцією, обмеженням контактів дитини з однолітками й дорослими людьми у зв'язку із відсутністю або труднощами пересування; утруднення пізнання навколишнього світу в процесі предметно-практичної діяльності, пов'язане із проявом рухових розладів; порушення сенсорних функцій.

Порушення одних інтелектуальних функцій, затримка розвитку інших і збереження третіх пов'язаний з раннім органічним ураженням мозку на ранніх етапах його розвитку.

Для дітей із церебральним паралічем характерні також *розлади емоційно-вольової сфери*.



Емоційні розлади у одних дітей проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, руховому розгальмуванні (загальмованості), сором'язливості, боязкості, схильність до коливань настрою: почавши плакати або сміятися, дитина не може зупинитися.

В новій для дитини обстановці та при стомленні характерна підвищена емоційна збудливість, що нерідко поєднується із плаксивістю, дратівливістю, примхливістю, реакцією протесту. Іноді відзначається радісний, піднятий настрій зі зниженням критики (ейфорія). У дітей з церебральним паралічем достатній інтелектуальний розвиток часто супроводжується відсутністю впевненості в собі, самостійності, з підвищеною сугестивністю. Усе це свідчить про своєрідний дисгармонійний психічний розвиток дитини з ДЦП.

Таким чином, дитячий церебральний параліч є складним захворюванням центральної нервової системи, що веде не тільки до рухових порушень, але і затримку чи патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху, зору та інших систем та органів.

Основною метою корекційно-виховної дії з вадами опорно-рухового апарату є адаптація дітей до майбутнього життя у соціумі. Формування основних умінь і навичок є обов'язковою умовою, виконання якої і обумовлює рівень їх якості життя. З урахуванням загальних закономірностей моторного розвитку дітей з вадами рухового апарату, організація навчально-виховного процесу дітям з ДЦП має певну специфіку. Перш за все – це організація безбар'єрного простору в групі, класі, школі. Використання спеціалізованих стояків, ходунів, візків, стільців-парт сприяє безпечному перебуванні дитини під час занять, формує правильний руховий стереотип сидіння, стояння, ходіння, покращить функціональну діяльність рук, кисті, запобігає виникненню таких вторинних ускладнень, як деформації хребта, нижніх та верхніх кінцівок, гіподинамічні захворювання верхніх дихальних шляхів.

Стратегія корекційно-виховної практики базується на послідовному, багаторазовому повторенні навчального матеріалу – завдяки такому підходу виробляється правильний стереотип руху. Враховуючи особливості розвитку дитини з розладами моторики, яка формується в умовах безперервного надходження неправильної інформації з периферії (паталогічна схема тіла), відсутності досвіду правильного руху, порушення соматогнозії (спотворена схема тіла і сприйняття просторових уявлень, відносин), доцільно застосування методу «рука в руці». Це сприяє формуванню нових корково-підкоркових взаємозв'язків, закріпленню їх в системі рухового аналізатора.

Заняття слід спрямовувати на різні сфери розвитку і ґрунтуватись на самостійному, свідомому, активному оволодінні дитиною необхідних знань – при постійному стимулюванні рухової активності та завдяки пластичності мозку дитини є незаперечна можливість покращення рухових функцій та навичок.

Доцільно організувати заняття за принципом чіткої повторюваності і постійності, що дає дитині відчуття впевненості, безпеки. Планувати розпорядок дня та його складових (заняття з корекційною, з навчальною метою, розвиток дрібної моторики, харчування,) для формування у дитини усвідомлення і уявлення про наступність дії, розуміння того, що відбувається, розвивати бажання діяти самостійно, свідомо. Такий підхід сприяє формуванню у дітей потреби у заняттях, позитивного психо-емоційного настрою.

Підбір вправ, завдань формуються за принципом, що кожна дитина здатна до навчання: якщо перед нею стоїть посильне завдання, вчитель спонукає дитину знайти можливість його виконання.

У дітей з порушеним руховим розвитком сповільнена реакція на зовнішні подразники, тому заняття слід виконувати в повільному темпі, даючи дитині час для сприйняття, опрацювання інформації та відповіді на неї.

Цілі занять можуть носити різний характер: забезпечення дитині відчуття впевненості, комфорту, налагодження з нею контакту, створення спільного поля уваги, введення нових знань.

При плануванні завдання необхідно забезпечити детальне розчленування навчального матеріалу, на найпростіші елементи: навчання ведеться по кожній частині окремо, поступово об'єднуючи їх в ціле; дитина з розладами рухових функцій має потребу в детальному навчанні певних функцій та дій, їх об'єднанні з уже накопиченою раніше інформацією.

Формування мети заняття, підбір вправ, завдань, виходить з доцільності та потреб дитини, оволодіння нею функцій та навичок, що в подальшому допоможе здобути самостійність, поліпшить якість життя.



Важливий індивідуальний та диференційований підхід на занятті: завдання дитина повинна виконувати у відповідності зі своїми можливостями, з використанням необхідної допомоги вчителя чи асистента; поступове зменшення супроводу дитини та збільшення самостійних дій з власної ініціативи, за мовною інструкцією дорослого, в нових для дитини ситуаціях.

При проведенні заняття необхідні часті чергування зміни положення тіла дитини, режиму рухового дозвілля та активного відпочинку. Вибір вправ та завдань, які вимагають залучення великої кількості груп м'язів, сенсорних аналізаторів.

Для перспективи якомога більшої самостійності у майбутньому, оволодіння навичками самообслуговування, покращення навичок письма, одним з пріоритетних напрямків навчання є вдосконалення дрібної моторики.

З урахуванням спастичності м'язів, зокрема м'язів-згиначів рук, вибір вправ для розвитку дрібної моторики має бути спрямований на стимулювання розкриття долоні: поступовий тактильний стимул, який позитивно сприймається дитиною, може бути корисний. Розпочинати слід з твердих, гладеньких поверхонь, враховуючи форму, розмір, вагу, колір, фактуру предмету з урахуванням того, що у дітей може спостерігатись сенсорна гіперчутливість, що спричинить підвищення тону м'язів-згиначів.

Під час занять необхідно вибрати зручне, оптимальне положення дитини для покращення певних вмінь та навичок: наприклад, положення, при якому дитина може розвивати вправність рук, найчастіше є положення сидячи, вертикалізація дитини покращує контроль за положенням голови, сприяє вирівнюванню, формуванню просторових уявлень.

Особливу увагу необхідно приділяти розвитку сенсорних функцій: покращення сенсорики шляхом забезпечення тактильних та пропріоцептивних відчуттів, використання активних рухів за допомогою, надання можливості дитині самій дослідити предмети різної форми, розміру, структури; формування когнітивного, зорового сприйняття.

Раціональне використання гри є ефективним засобом залучення дитини до діяльності, який мотивує її долати труднощі у процесі навчання та сприяє самоствердженню, сприяє розвитку комунікативних властивостей.

Максимально розширити рамки обмежених рухових функцій можливо за допомогою спеціалізованих допоміжних пристроїв (стілечика, стояка, ходунків), фіксаторів (лонгет, ортезів), ортопедичного взуття. Такий підхід формує потреби дитини, рівень домагань, їх реалізацію, дає простір для розкриття особистості дитини, її інтересів.

При використанні допоміжних засобів важливим є вибір ремня для фіксації як у кріслі, так і в стояку, ходунах, нахил спинки крісла чи стояка під відповідним кутом для меншого навантаження на хребет, використання відповідного валика для створення більш стабільного положення.

Важливий контроль під час занять за поставою: нестійка опора при сидінні, стоянні, викликає страх падіння, крижове сидіння обмежує функціональну активність рук, викликає неадекватність ізольованих рухів, виникає ризик деформації хребта.

Залучення батьків дитини до партнерської співпраці у навчально-виховному процесі забезпечує довготривалість та безперервність корекційно-навчального процесу: об'єднання зусиль фахівців та родини у синхронній співпраці позитивно впливає на результат.

При проведенні оцінювання рухових функцій чи засвоєння навчального матеріалу слід пам'ятати, що не всі вміння дитина може опанувати повною мірою аби виконувати їх так, як діти з типовим розвитком. З урахуванням особливостей розвитку дітей з розладами рухових функцій необхідно розуміти, що *функція* певної здобутої навички завжди важливіша за *форму та якість* її виконання.

З урахуванням специфіки моторики при дитячому церебральному паралічу варто дотримуватись певних правил під час роботи з дітьми, що зазначено в табл.3.



Рекомендовано	Не рекомендовано
Виховання мотивації до рухової активності	Надання гіперопіки та виховання за типом гіперпротекції
Проведення вправ у положенні, що відповідає хронологічному віку	Проведення вправ переважно у лежачому положенні
Розсіяне навантаження на групи м'язів, зоровий, слуховий аналізатори	Неадекватне тривале фізичне та сенсорне навантаження
Розвиток здатності до розслаблення м'язів	Вправи для збільшення напруження спазмованих м'язів
Гальмування насильницьких рухів за допомогою самоконтролю, обтяжувачів, фіксаторів	Виконання вправ у швидкому темпі
Розвиток рівноваги та координації	Формування паталогічного стереотипу певної рухової функції
Попередження та корекція контрактур тугорухливості в суглобах за допомогою ортезів, ортопедичного взуття	Перебування дитини тривалий час в одному положенні
Розвиток здібностей до самостійної рухової активності та самообслуговування за допомогою допоміжних засобів пересування: вертикалізаторів, ходунів тощо	Використання переважно інвалідного візка під час пересування для «полегшення» переміщення
Розвиток зорово-моторної координації та функціональних можливостей кисті й пальців	Обмеження функціонування рук

Розділ 5. Аналіз характерних особливостей розвитку дітей з синдромом Дауна та дітей з аутизмом

Генетичні хвороби передбачають порушення нормальної роботи організму через зміну послідовності генів або структури хромосом. Термін «генетична хвороба» зазвичай має на увазі наявність хвороб у всіх клітинах тіла і присутніх з моменту зачаття. Прикладом таких генетичних хвороб є **синдром Дауна** (додаткова хромосома 21), який характеризується наявністю додаткової копії генетичного матеріалу на 21-ій хромосомі, в усій (трисомія 21) або в певній її частині. Ознаки і важкість захворювання внаслідок наявності зайвої копії варіюється в залежності від людини, її генетичної історії і чистої випадковості. Вперше синдром Дауна був описаний в 1866 році англійським лікарем Джоном Ленгдон Дауном, як розумова відсталість, що поєднується з характерними зовнішніми ознаками, а в 1959 році вчений Жером Лежен визначив його генетичну природу.

Синдром Дауна - це генетичне захворювання, яке характеризується аномалією (потроєнням) 21 пара хромосом, недоумством і характерними зовнішніми ознаками (розкосі очі, пласке обличчя, одна поперечна складка на долоні, відносно низький зріст, великий язик і пр). Причиною виникнення синдрому Дауна є потроєння 21 хромосоми. Ризик народження дітей з синдромом Дауна значно підвищується у разі віку матері більше 35 років або віку батька більше 45 років.

Вперше синдром Дауна був описаний в 1866 році англійським лікарем Джоном Ленгдон Дауном, як розумова відсталість, що поєднується з характерними зовнішніми ознаками, а в 1959 році вчений Жером Лежен визначив його генетичну природу.

У дівчаток і хлопчиків синдром Дауна зустрічається однаково часто. Лікування синдрому Дауна включає нейропсихологічну реабілітацію та соціальну адаптацію дітей, а також лікування супутніх захворювань і вад розвитку.



Захворюваність синдромом Дауна зустрічається у одного з 800 до 1000 новонароджених. Синдром Дауна зустрічається в усіх етнічних групах і серед всіх економічних класів.

Середня тривалість життя хворих становить до 49 років, із значними варіаціями між різними етнічними та соціально-економічними групами. Є фактори, які можуть спричинити скорочення тривалості життя людей з синдромом Дауна. Більшість людей із синдромом Дауна, які доживають до 40 і 50-ти років починають страждати від хвороби Альцгеймера, а саме деменції.

5.1 Загальна характеристика розвитку дітей із синдромом Дауна

Найбільш характерні зовнішні ознаки синдрому Дауна, за якими можна поставити можливий діагноз відразу після народження дитини: у 90% «плоске» обличчя, потовщена шийна складка, розкосі очі, півмісяцева шкірна складка у внутрішнього кута ока (епікантус).

Для дітей з синдромом Дауна характерно:

- м'язова гіпотонія (зниження м'язового тону),
- підвищена рухливості суглобів,
- короткі та широкі кисті,
- деформовані вушні раковини,
- великий складчастий ніс,
- поперечна складка долонна, як універсальна ознака синдрому Дауна, може зустрічатися лише у 45% дітей народжених з цією хворобою;
- деформація грудної клітки, пігментні плями по краю райдужної оболонки очей (плями Брушфільда).

Також у дітей з синдромом Дауна можуть спостерігатися певні зміни з боку внутрішніх органів:

- поєднані, множинні, вроджені вади серця, такі як дефект міжшлуночкової перегородки, дефект міжпередсердної перегородки, аномалії великих судин, відкритий атріовентрикулярний канал;
- з боку дихальної системи - зупинки дихання уві сні через велику мови та особливостей будови ротоглотки;
- проблеми з боку зору (вроджена катаракта, глаукома, страбізм-косокість), порушення слуху;
- захворювання щитовидної залози (природжений гіпотиреоз)
- патологія шлунково-кишкового тракту (стеноз кишківника, атрезія прямої кишки і ануса);
- аномалії опорно-рухового апарату (дисплазія тазостегнових суглобів, одностороннє чи двостороннє відсутність одного ребра, клинодактилія (викривлення пальців), низький зріст, деформація грудної клітини);
- гіпоплазія (недорозвинення) нирок, гідроуретер, гідронефроз.

Проте, остаточний діагноз синдрому Дауна, можна поставити лише після дослідження на каріотип (хромосомний набір) дитини.

У дітей з синдромом Дауна яскраво виражена затримка психічного і фізичного розвитку. Зріст людини з синдромом Дауна на 20 см нижче середнього. Рівень розумового розвитку IQ у таких дітей варіює від 20 до 75 і залежить від віку початку реабілітації та обсягу реабілітаційних заходів. Загальні рухові функції у них формуються дещо пізніше ніж при типовому розвитку – до 2 років. Дрібна моторика затримується в розвитку і значно відстає від інших рухових якостей у зв'язку з зниженим м'язовим тонусом, та характерної формою кисті. Деякі діти можуть почати ходити вже в два роки, а деякі тільки на 4-му році після народження. Зазвичай призначають фізіотерапію, щоб прискорити цей процес.

Незважаючи на відносно низький рівень інтелекту, діти з синдромом Дауна дуже уважні, ласкаві, терплячі при навчанні та слухняні.

Когнітивний розвиток кожної дитини із синдромом Дауна дуже різний. Оскільки можливості дітей з синдромом Дауна дуже варіюються, то успішність в школі також може суттєво відрізнятись, саме тому дуже важливо розробляти індивідуальну програму навчання для кожної дитини.



Когнітивні проблеми, які зустрічаються у дітей з синдромом Дауна, можуть виникати також у інших дітей, тому варто використовувати загальні чи, за потреби, адаптовані (або авторські) навчальні програми.

У людей з синдромом Дауна суттєво порушені *мовні та комунікативні навички*. Оцінка здібностей мовлення може допомогти визначити сильні та слабкі сторони розвитку: діти з синдромом Дауна, зазвичай розуміють майже все, що до них кажуть, проте виразити свої емоції вони зазвичай не можуть. Саме тому, розробка індивідуальних методів мовної терапії може бути спрямована на конкретні помилки мовлення, чіткість мови та збільшення словникового запасу.

Для виховання комунікаційних властивостей у дітей з синдромом Дауна можливе (за необхідності) використовувати альтернативних способів спілкування (використання спеціальних знаків, об'єктів або графічних зображень).

Процес навчання дітей з синдромом Дауна на сьогодні стає менш спірним у багатьох країнах. Діти з синдромом Дауна можуть бути віком такі самі як здорові діти, в той час, як відрізнятимуться за емоційним, соціальним та інтелектуальним розвитком, тому з плином часу інтелектуальний та емоційний розрив між цими дітьми може збільшитися.

Основною метою виховання та навчання дітей з синдромом Дауна є їх сімейно-соціальна адаптація. Заохочуються групові заняття для поліпшення соціальної пристосованості дитини та її підготовки. Також вітається перебування дитини в дитячих колективах (наприклад, в дитячих садах), оскільки доведено, що перебуваючи в колективі, діти з синдромом Дауна швидше і краще пристосовуються.

При правильно організованому догляді та спеціальному навчанні діти з синдромом Дауна освоюють ті ж навички, що і здорові діти, тільки дещо пізніше.

Оскільки діти мають широкий спектр можливостей, їх успіх в школі за стандартною програмою навчання може сильно варіюватися. Проблеми в навчанні, притаманні дітям з синдромом Дауна, можуть зустрічатися і у здорових, тому батьки можуть спробувати використовувати загальну програму навчання у школі.

Дітям з синдромом Дауна притаманні симптоми швидкої втомлюваності, недостатньої концентрації уваги, дратівливості, лабільності емоційної сфери, загальна ослабленість. В умовах вимушеної гіподинамії, яка супроводжує дитину, енергійні фізичні вправи, дихальна гімнастика є необхідні для профілактики захворювань дихальних шляхів, зміцнення м'язового корсету, є добрим психогігієнічним засобом.

З огляду на специфіку захворювання, існує потреба в дотриманні певних рекомендацій при плануванні комплексів ЛФК для дітей з синдромом Дауна, що зазначено в табл.4

Табл.4

Рекомендовано	Не рекомендовано
Вправи для зміцнення м'язів кінцівок, «м'язового корсету», розвиток рівноваги, координації рухів	Вправи для збільшення мобільності суглобів
Профілактика плоскостопості за допомогою вправ, ортопедичного взуття	Носіння взуття без належної корекції
Розвиток навичок самообслуговування, формування соціальної моделі поведінки	Виховання за типом гіперопіки, педагогічної дипревації, соціальної ізоляції дитини
Дихальна гімнастика	Гіподинамія
Чергування завдань, які вимагають включення зорової або слухової уваги	Тривале навантаження сенсорних аналізаторів
Розвиток емоційного, мовленнєвого, предметно-дійового та ігрового спілкування з оточуючими	Навчання ізольованих рухових якостей
Розвиток функціональних можливостей кисті й пальців, підготовка руки до письма	Формування тільки основних рухових функцій



5.2 Основні якісні порушення при аутизмі

Аутизм – важкий психічний розлад, крайня форма самоізоляції. Виражається захворювання у відході від контактів з дійсністю, бідністю вираження емоцій. Аутисту властиво неадекватне реагування і дефіцит соціальної взаємодії. Поширеність розладів спектра аутизму коливається в межах 4-8 випадків на 10 тис. дітей, тобто приблизно 0,04-0,08% дитячої популяції, а поєднання аутизму з розумовою відсталістю - до 20 на 10000. Показник поширеності цієї патології в Україні, за офіційними статистичними даними, становить 2 на 10 тис. осіб (0,2%), що може свідчити про недосконалу організацію роботи системи надання медичної допомоги дітям із психічними захворюваннями. Слід зазначити, що наведені цифри відбивають лише випадки так званого типового аутизму, відомого як синдром Каннера. Переважає цей розлад у хлопчиків, у співвідношенні 3-4:1.

Постановка діагнозу дитячого аутизму (синоніми: синдром Каннера) ґрунтується на наявності **трьох основних якісних порушень**: *недолік соціальної взаємодії, недолік взаємної комунікації, а також наявність стереотипних форм поведінки*. Вони є загальними рисами індивідуального розвитку і виявляються у всіх ситуаціях, хоча можуть варіювати за ступенем вираженості, але є обов'язковими при даному захворюванні (рис. 11).

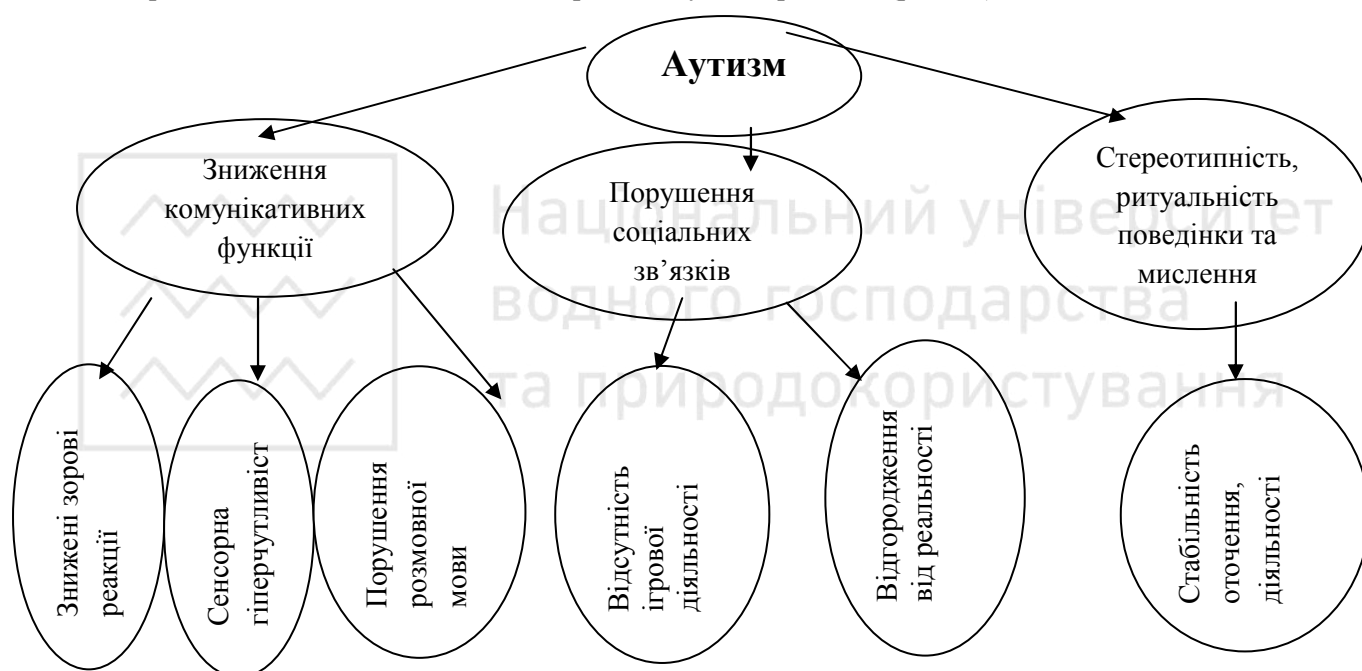


Рис. 11 Основні якісні порушення при аутизмі

Зазвичай ці особливості проявляються вже на першому році життя, а до третього року стають очевидними. Власне, тільки після третього року життя виставляється остаточний діагноз.

Характерні ознаки аутизму можна систематизувати наступним чином:

1. У дитини з аутизмом погано розвивається мова, як рецептивна (розуміння), так і експресивна. Найчастіше мова має форму ехолалій (повтори елементів мови, почутих від оточуючих або по телевізору). Доступні для розуміння лише прості однозначні вказівки ("сідай", "їж", "закрий двері" і т. д.). Абстрактне мислення відстає у розвитку, що проявляється у нерозумінні таких елементів мови, як займенники (твій, мій, його і т. д.) та ін.. Нездатність дитини говорити або розуміти мову – найбільш часта скарга батьків при первинному огляді дитини. Проблеми з мовою стають очевидні на другому році життя дитини.

2. Дитина поводить себе так, ніби у нього дефіцит відчуттів і сприйняття, але більш ретельне обстеження виявляє збереження всіх сенсорних відчуттів. Батьки дітей з аутизмом скаржаться на те, що їм дуже важко привернути увагу своїх малюків. Зазвичай вони не підтримують контакт поглядів з батьками та / або не повертають голову у відповідь на звернену до них мову.



3. Діти з аутизмом зазвичай не розвивають тісних емоційних стосунків з батьками. Це виявляється в перші місяці життя, коли батьки виявляють, що дитина не притискається до матері, перебуваючи в неї на руках, а іноді чинить опір фізичного контакту, напружуючи спину і намагаючись вислизнути з батьківських обіймів.

4. Діти з аутизмом не грають з іграшками, як це роблять звичайні діти, а гра носить досить своєрідний, нетиповий характер. Вони не виявляють особливого інтересу до іграшок і не займаються ними у вільний час. Якщо вони грають, то часто досить своєрідно, наприклад крутять колеса перевернутого іграшкового вантажівки, скручують шматок мотузки, нюхають або смочуть ляльку. Нездатність грати з іграшками може бути виявлена на другому році життя.

5. Відсутність або помітно обмеженість гри з однолітками, в товаристві інших людей. Дитина може або не проявляти інтересу до таких ігор, або у нього можуть бути відсутні необхідні ігрові вміння і він, як правило, не звертає уваги на інших дітей, якщо тільки не бере участь в простій грі типу "дай-візьми". Ця ознака також легко виявляється на другому році життя.

6. Навички самообслуговування у дітей з аутизмом відсутні або їх розвиток украй затримується. Їм важко навчитися самим одягатися, користуватися туалетом і є без сторонньої допомоги. Ці діти погано розпізнають звичайну небезпеку, і за ними потрібен постійний нагляд, щоб вони не отримали серйозних травм, переходячи вулицю з інтенсивним рухом, граючи з електростаткуванням.

7. У дітей з аутизмом дуже часті неадекватні подразники, часто невмотивовані, некеровані спалахи люті і агресії. Ця агресія може бути спрямована на себе, коли діти кусають свої руки, б'ються головою об підлогу, меблі чи б'ють себе кулаками по обличчю. Іноді агресія направляється на інших, і тоді діти кусають, дряпають або б'ють своїх батьків. Більшість батьків дітей з аутизмом скаржаться на те, що їм важко справлятися з ними, на їх низьку толерантність до фрустрації і реагування навіть на найменший перешкоду або заборону вибухом люті.

8. Діти з аутизмом можуть часто демонструвати "самостимулюючу" поведінку у формі ритуальних, повторюваних стереотипних дій. Вони розгойдуються всім тілом стоячи або сидячи, плещуть у долоні, обертають предмети, не відриваючись дивляться на світ, вентилятори та інші обертові об'єкти, вибудовують предмети акуратними рядами, підстрибують і присідають або крутяться на одному місці протягом довгого часу.

Під час роботи з аутичними дітьми важливою є оцінка сенсорних розладів, когнітивного, моторного, мовленнєвого, емоційного розвитку та рівня соціального функціонування. Ізольована діагностика окремих сфер порушень дає додаткову можливість для цілісної оцінки рівня функціонування дитини.

Характерною є поведінка аутичної дитини: вона не реагує на голос батьків, не посміхається у відповідь, а якщо посміхається, то в простір, його усмішка ні до кого не звертається; важко ввічати погляд дитини, повернути його увагу. І надалі встановити зоровий контакт буває складно, дитина дивиться ніби повз людину, його погляд пливе, відчужений, у той же час може справляти враження дуже розумної, осмисленого.

Дитина сприймає людей як носіїв окремих інформацій, інколи використовує людину як продовження, частину свого тіла, наприклад, користується рукою дорослого, щоб щось дістати або зробити для себе. Ставлення до дорослих може бути різним: від надмірного спілкування і відсутності будь-яких кордонів, до повної відсутності уваги до людей або страху незнайомих, уникнення контакту з людьми, які не подобаються.

Розуміння емоційного стану іншої людини для дитини часто є недоступно або реакція його неадекватна, наприклад, сміється, якщо мама плаче, хоча нерідко батьки відзначають.

Характерною є побудова своїх фраз: використання завчених, почутих раніше (можливо це цитати з мультфільмів, фільмів або реклами), причому повторює їх дитина з тією ж інтонацією, хоча вже в іншому контексті, можливо через якийсь час.

Обмежена, повторювана і стереотипна поведінка, інтереси і активність виявляються з раннього віку. Дитина відчуває велику потребу в збереженні стабільності і незмінності його звичного оточення. Він погано переносить зміни у своєму житті: нові харчування, режим, одяг, коляска, ванна викликають паніку. Перестановка меблів, зміна звичного маршруту можуть привести дитину в стан тривоги і гніву. Характерна дуже гарна пам'ять дітей у відношенні навколишнього оточення і прагнення до того, щоб все було так, як вони сприйняли це в перший раз. Нові іграшки дитина може відкидати або, не помічаючи їх спочатку, через якийсь час



віддавати перевагу їх іншим або ставитися до них з інтересом, любов'ю, спати з ними і скрізь брати з собою.

Рухові стереотипії полягають у повторенні, частому і ритмічному, нерідко протягом усього дня, визначених рухів, нерідко приносять дитині помітне задоволення У своє життя дитина вносить велику кількість ритуалів і потребує їх неухильного виконання.

Можливий цілий комплекс стереотипних дій передбачає розгойдування, вертіння головою, рухи пальцями перед очима, помаху руками, потряхування кистями, крутіння, біг по колу, постукування, поплескування тощо. Крім рухових, відзначаються і мовні стереотипії, коли він нескінченно повторює певні фрази, наприклад, «бабуся прийде, яблук принесе».

В ігровій діяльності також є схильність до стереотипії. Надовго затримується етап маніпулятивної, стереотипної гри, найчастіше неігровими предметами: кришками, каструлями, взуттям, інструментами.

Сенсорна гіперчутливість може проявлятися та викликати страх перед гучними звуками.

Інтелект у більшості дітей з аутизмом знижений. IQ (коефіцієнт розумового розвитку) розподіляється наступним чином: у половини з них він становить менш 50, у чверті - від 50 до 70, у залишилася чверті - вище 70. Фізичний розвиток при чистих формах дитячого аутизму, як правило, нормальний. Досить часто аутизм поєднується з епілептичними нападами, глухотою, сліпотою.

Одним з синдромів аутичних розладів виокремлюють **Синдром Аспергера** (синоніми: шизоїдна психопатія, шизоїдний розлад дитячого віку), який вперше він був описаний в 1944 році віденським психіатром Г. Аспергером, який розглядав його як розлад особистості і позначив аутистической психопатією. Є думка, що синдром являє собою м'який варіант аутистичного розладу. Синдром Аспергера характеризується тим же типом якісного порушення соціальної взаємодії, наявністю стереотипного, повторюваного обмеженого поведінки, інтересів і занять, що і типовий дитячий аутизм. Однак при синдромі Аспергера немає затримки або відставання в мовному та інтелектуальному розвитку. Більшість дітей мають нормальний або високий інтелект. Моторний розвиток має особливості: помітно незграбні, неритмічні рухи, є тенденція до стереотипів. В цілому у дітей є, принаймні, зовні, відносно гарна адаптація до реальності. У хлопчиків цей розлад зустрічається частіше, ніж у дівчаток, у співвідношенні 8:1. Особливості соціальної взаємодії менш виражені, ніж при дитячому аутизмі. Присутність іншої людини не ігнорується повністю, розрив з реальністю менш глобальний. Характерні егоцентризм і низька потреба або здатність взаємодіяти з однолітками, яке можливе, звичайно при наявності загального інтересу або дитині щось потрібно від іншого. У спілкуванні діти наївні, не вміють обманювати або роблять це своєрідним чином, часто на шкоду собі. Будучи підвищено чутливі до зауважень і образ, діти мало чутливі до емоційного стану іншої людини. Характерний фіксований, «загадковий» погляд, бідність міміки, жестів і мови тіла. У школі їх сприймають як «дивних, дивовижних». У них зазвичай немає друзів.

Зазвичай наявність інтересів, частіше абстрактних, не властивих віком та одержимість ними при недостатності інтересу до реального життя і непристосованості в побуті, наприклад, розмірковуючи про теорію відносності, дитина не уявляє, скільки може коштувати батон хліба. Велике значення для дитини має фантастична діяльність, супроводжувана сильним емоційним зарядом і дитина, занурюючись у світ фантазій, відривається від реальності. Накопичуючи велику кількість знань, вони не можуть використовувати їх у практичному житті. Схильність до розпорядку і ритуалів у цих дітей також є, але має «більш високий» рівень. Мова з'являється звичайно з деяким запізненням, але розвивається дуже швидко, і до 5-ти років виглядає як зайво доросла, педантична. Інтонації незвичайні, дитина говорить занадто багато або мало, часто використовує мовні штампи.

5.3 Аутична дитина в школі

Коли дитина з аутизмом йде до школи й опиняється у колективі ровесників, важливо, щоб увага педагогів була сфокусована не лише на тому, щоб сприяти освітньому розвитку дитини, але й щоб допомогти їй в інтеграції у колектив, сприяти її соціальному розвитку.

Методичні можливості навчання:



- Це прості підказки та інструкції (типу «Пригости дітей печивом» або ж «Кажі «Добрий день», коли вітаєшся із сусідами»), пояснення дитині правил соціальної взаємодії, моделювання соціальної поведінки з боку батьків.
- Інколи виконання таких елементів може підкріплюватися згідно з принципами поведінкової терапії позитивним заохоченням (наприклад, за певну «соціальну» поведінку).
- Це може бути моделювання соціальної взаємодії через гру з іграшками (наприклад, програвання теми дня народження у ведмедика), через перегляд й обговорення мультфільму, казки, рольові ігри, ляльковий театр і т.п.
- Поширена методика – соціальні історії – розбиті на прості фрагменти (своєрідна абетка спілкування) ілюстровані ситуації соціальної взаємодії (привітання, у магазині, сусіди, на майданчику і т.п.).

Окрім медичної діагностики проводиться *педагогічна діагностика* та *педагогічне обстеження* аутичних дітей.

Під час педагогічного обстеження та спостереження необхідно щоб дитина мала можливість проявити себе в знайомій ситуації. Об'єктивну оцінку можна отримати у невербальних завданнях доповнення, співвіднесення, в них така дитина буде успішною. Підключившись до цієї діяльності, педагог може оцінити здатність дитини наслідувати, використовувати підказку, приймати інші види допомоги, встановлювати вербальне взаємодія, доволно виконувати вказівки вчителя.

5.4 Специфічні розлади мовленнєвого розвитку у дітей з аутизмом

Мовний дефект в аутичних дітей полягає в порушенні сприйняття усного мовлення, усвідомлення змісту прочитаного, що веде до різкого відставання мовного розвитку, а отже, і до соціальної відгородженості.

Зміна мови в аутичних дітей досить різноманітна, включає в себе порушення різного генезу і різного патогенетичного рівня:

- порушення мови як наслідок затримки розвитку (недорікуватість, ехोलалія, бідність запасу слів та ін);
- мовні порушення у зв'язку із затриманим становленням свідомості «Я» у вигляді неправильного вживання займенників і дієслівних форм;
- мовні порушення кататонної природи (ехолалії, внутрішня мова загасаюча, мутизм, скандування, розтягнуте або прискорену звуковимову, порушення тональності, темпу, тембру мови та ін);
- психічного регресу (поява мови довербального фонематичного рівня);
- розлади мови, пов'язані з порушенням асоціативного процесу (порушення смислової сторони мови у вигляді незавершених, непослідовних асоціацій та ін).

Аналіз розвитку мови і мовних розладів аутичних дітей виокремлює **чотири основні особливості:**

- некомунікативне мовлення;
- виснаженість мовлення: поєднання недорозвинення різних компонентів, службовців взаємодії з навколишнім і акселерація афективної мови, спрямованої на аутоstimуляція;
- часто наявність своєрідної вербальної обдарованості;
- мутизм або розпад мови.

Окрім фахівці наголошували, що такі мовні порушення, як спотворення граматичних форм у фразах, відсутність логічного зв'язку між окремими фразами, фрагментарність, розірваність асоціацій, властивих для аутизму, свідчить про вираження порушення навчальних процесів.

Для задоволення освітніх потреб дітей із аутистичним спектром порушень необхідно приділити значення **корекції уваги**.

Скоригувати увагу учнів зазначеної категорії можна якщо:

- завдання пропонувати в ігровій формі щоб зацікавити дітей, викликати в них позитивну мотивацію; ставити перед дітьми посильні завдання;
- дотримуватися рекомендацій щодо застосування наочного матеріалу та технічних засобів навчання;



- дозувати обсяг і темп матеріалу, що вивчається; ділити матеріал, який вивчається, на логічно завершені частини, групуючи його на основі подібних ознак;
- використовувати «зорові опори»;
- по можливості дотримуватися використання навчальних алгоритмів;
- орієнтувати дітей на мовленнєву регуляцію в процесі виконання письмових, вимірювальних та графічних робіт;
- оцінюючи відповіді, враховувати порушення мислення, мовлення і пам'яті учнів даної категорії;
- у процесі виконання дітьми завдань урахувувати стан їхньої працездатності;
- забезпечити комфортну атмосферу для спілкування і навчання.

Корекційно-виховний процес з дітьми з аутизмом є досить довготривалим та потребує постійного пошуку шляхів корекції захворювання та формування моделі соціальної поведінки дитини. Проте, дотримуючись певних рекомендацій (табл. 6) можливо досягнення успіху.

Табл. 6

Рекомендовано	Не рекомендовано
Використання «знайомого простору»	Часте використання нових предметів, зміна середовища, зовнішніх сенсорних подразників
Чітке формулювання завдання	Перевтомлювати як фізично так і емоційно
Розвиток навичок самообслуговування, формування соціальної моделі поведінки	Очікування самостійного «природнього» розвитку
Формування системи заохочення	Попередження виникнення у дитини негативного досвіду негативних соціальних взаємодій
Розвиток потреби в комунікативній взаємодії з оточуючими	Маніпулювання дітьми, демонстрація негативного, зверхнього ставлення
Навчання розбивати на певні етапи для полегшення засвоєння та розуміння наступності дій	Пропонування навчального матеріалу, виконання запланованого завдання в цілому
Корекційна робота на випередження соціальних проблем	Потурання поведінковим стереотипам

РОЗДІЛ 6.

Здоров'язберігаючі технології для «особливих дітей»

Стрижнем усієї педагогічної роботи в цьому напрямі є особисте ставлення вчителя до збереження та зміцнення здоров'я школярів і формування в них позитивної мотивації щодо здорового способу життя. Від учителя залежить, чи впаде зерно турботи про своє здоров'я в душу дитини та як зробити так, щоб це зерно проросло й у майбутньому дало щедрий урожай.

Мета сучасної школи - підготовка дітей до життя. Кожен учень має отримати під час навчання знання, що знадобляться йому в майбутньому житті. Здійснення означеної мети можливе за умови запровадження технологій здоров'язберігаючої педагогіки.

Здоров'язберігаюча педагогіка, з одного боку, має сформувати в учнів спеціальні знання, уміння, навички збереження і зміцнення свого здоров'я, створення індивідуального здорового способу життя, а з іншого – передбачати в педагогічних технологіях можливості здійснення самостійних спроб удосконалення себе, свого тіла, психіки, емоцій, працювати над розвитком своїх комунікативних здібностей, виховувати гуманне ставлення до світу, до оточення, до самого себе.

Дитина з особливими потребами на сучасному етапі розвитку суспільства розглядається як особистість, яка має такі ж права, що і інші члени спільноти, що зазначено в ряді правових документів України. Але через особливості індивідуального розвитку діти з порушеним психофізичним розвитком потребують особливих освітніх послуг з урахуванням специфіки захворювання. Лише за умови надання комплексної допомоги, яка включає навчально-виховну та



корекційно-розвивальну роботу, дитина з порушеннями може досягнути максимально оптимального рівня розвитку.

Одними з основних умов і факторів, які сприяють гармонійному розвитку дитини з порушеннями є запровадження в освітніх закладах, як дошкільних так і в школі (загальній та спеціалізованій), таких педагогічних технологій, які вирішують не тільки освітні завдання, але є здоров'язберігаючими: сприяють створенню сприятливих умов розвитку, виховання, навчання дитини в навчальних закладах (спокійне середовище, яке не пригнічує психічні процеси, відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог до дитини, зростання дошкільника у прийнятному, найбільш відповідному його природі темпі); оптимальну організацію освітнього процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм); повноцінний та раціонально організований руховий режим.

Завданням навчальних закладів, які виховують дітей з особливими освітніми потребами є: підготовка дітей з обмеженими руховими та інтелектуальними можливостями до навчання в школі, розширення їх потенціалу, формування життєвих компетентностей та навичок самообслуговування; профілактика соматичних захворювань та дихальних шляхів, порушень постави, виникнення сколіозу, деформацій кінцівок; формування мотивації у вихованців до здорового способу життя, до самостійних занять з фізичної культури та спорту; підвищення неспецифічної опірності організму засобами оздоровчих технологій; формування моделі соціальної поведінки у дітей з особливими потребами.

Метою всіх здоров'язберігаючих освітніх технологій є формування у дітей з обмеженими можливостями необхідних знань, вмінь та навичок здорового способу життя, навчити їх використовувати отримані знання в повсякденному житті. Ця мета спрямована на задоволення освітніх та особистісних потреб дітей з психофізичними порушеннями. Застосування оздоровчих технологій в контексті корекційно-розвивальної роботи по формуванню гармонійної особистості шляхом розвитку інтелектуального, соціального, емоційного, творчого потенціалу, природних здібностей та нахилів, особистісних якостей дітей з особливими освітніми потребами, їх підготовки до інтеграції в суспільство, проходить в двох напрямках: в освітній сфері та у медичній. Для ефективної реалізації даної мети необхідна група фахівців: з одного боку освітян, з другого – медиків, та їх тісна співпраця між собою та залучення батьків.

Власне, оздоровчі технології спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного, психічного здоров'я дітей, підвищення потенціалу (ресурсів) їхнього здоров'я. Впроваджується фізична підготовка, фізіотерапія, ароматерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія.

Ефективність проведення навчально-виховних та корекційно-реабілітаційних заходів дітям з різними захворюваннями значною мірою залежить від відсутності супроводжуючих соматичних, простудних захворювань. Це досягається шляхом налагодження взаємозв'язків між медичною та педагогічною службами. Необхідна співпраця командою фахівців з батьками у процесі оздоровлення та реабілітації дітей забезпечить наступність та безперервність навчально-оздоровчої роботи. Координовані дії такої міждисциплінарної команди дозволяють сформувати необхідний реабілітаційно-навчальний простір для дітей з особливими освітніми потребами для реалізації навчально-виховної та лікувально-відновлювальної роботи, які є взаємообумовленими та взаємопов'язаними.

Координація зусиль фахівців різного профілю сприяє досягненню ефективного результату оздоровлення (лікування), навчання, розвитку психічних процесів, адаптаційно-інтегровані процеси у дітей з психофізичними порушеннями.

Перед проведенням запланованих оздоровчих міроприємств пропонується проведення необхідних заходів:

1. Огляд та оцінювання психомоторного розвитку міждисциплінарною командою (дефектологом, психологом, неврологом, фізичний реабілітолог, логопедом).
2. Складання індивідуальної програми оздоровлення дітей з особливими потребами та визначення короткотривалих та довготривалих завдань на навчальний рік;
3. Розвиток рухових навичок, психічних функцій за принципом онтогенетичної послідовності, з врахуванням індивідуальних можливостей дитини, її віку, мотивації;
4. Профілактика виникнення деформацій, контрактур та тугорухливості суглобів кінцівок у дітей з обмеженими руховими можливостями;



5. Залучення батьків та опікунів дітей з нетиповим розвитком до процесу оздоровлення шляхом проведення індивідуальних консультацій, проведення семінарів, лекцій, засідання «круглого столу»;

6. Проведення контролю ефективності реабілітаційної терапії та динаміки рухового розвитку дітей з обмеженими руховими можливостями (лікар-невролог та вчитель-реабілітолог).

Разом з тим, при організації оздоровчі занять з дітьми з вадами варто враховувати *ступінь тяжкості* ураження:

1. Легка ступень відхилень у психомоторному і мовному розвитку. Для цих дітей характерні деякі утруднення в динамічній координації всіх рухів (від загальних до тонких).

2. Середня ступень відхилень у психомоториці і мови. У дітей наявні порушення координації рухів (загальних, тонких і артикуляційних).

3. Важка ступень відхилень у психомоториці і мови. У дітей поряд з розладом статичної і динамічної координації рухів, наявні різні порушення рухової сфери в цілому.

Для створення сприятливого навчально-оздоровчого середовища здійснюються спеціальні профілактичні заходи:

- дотримання санітарно-гігієнічних вимог, правильний добір та розміщення меблів;
- застосування адекватного індивідуального підходу під час проведення навчально-виховного процесу з урахуванням психофізичних порушень; дотримання норм тривалості навчальних та корекційних занять;
- періодична зміна видів діяльності дитини, проведення релаксаційних хвилинок, фізкультхвилинок, рухової терапії;
- спеціальний підбір наочності з урахуванням тяжкості порушення;
- розширення рамок обмежених рухових можливостей за рахунок використання допоміжних засобів пересування;
- виконання заходів для профілактики можливих негативних наслідків основного захворювання;
- дотримання заходів з профілактики фізичного та психічного стомлення;
- створення умов ефективного розвитку, реабілітації ушкоджених сфер, фізичного, психічного розвитку кожної дитини, зміцнення загального здоров'я.

На сьогодні впроваджуються інноваційні **оздоровчі технології**: елементи художньої гімнастики, пальчикова гімнастика, дихальна та звукова гімнастика, гідроаеробіка (в закладах з басейнами), психогімнастика, фітболгімнастика; **профілактично-лікувальні технології**: фітотерапія (полоскання ротової порожнини розчином часнику; вживання відварів, водних настоїв лікарських трав для профілактики різних захворювань верхніх дихальних шляхів, сечової системи, шлунково-кишкового тракту, дискінезії; оздоровчі напої та чаї з шипшини; вітамінні коктейлі з ромашки, календули, деревію, спориша; фітомішечки); ароматерапія, електроаерозольна терапія (розбрикування ефірної олії шипшини, обліпихи, м'яти, меліси, лаванди); вітамінотерапія (полівітаміни, аскорбінова кислота, вітамінізація страв); **оздоровчі технології терапевтичного спрямування**: піскова терапія, сміхотерапія, музична терапія, ігрова терапія.

Забезпечення **психологічного комфорту**, адекватної поведінки особистості дитини можливе при застосуванні різноманітних засобів оздоровчих технологій: музикотерапії, арт-терапії, казкотерапії, кольоротерапії.

Для **оптимізації рухового режиму дітей**, що є одним із чинників, який дозволяє наблизити виховне середовище до природного середовища дитини, застосовується гімнастика, що дозволяє знімати стан утомленості, ослабити психологічну напруженість, і просто дати дитині можливість порухатися.

Навчальний заклад як **оздоровча** система вирішує питання формування і зміцнення здоров'я учнів разом з адміністрацією шляхом розробки та провадження психолого-педагогічних, фізкультурно-оздоровчих, медичних заходів, **гігієнічною організацією навчання**.

До **медичних** входять заходи контролю за гігієнічною організацією навчання і спеціальна профілактика відхилень стану здоров'я.

Психолого-педагогічні заходи включають оптимізацію розкладу занять, відпочинку дітей у навчальному закладі, психофізіологічну діагностику та її комплексний аналіз, індивідуалізацію навчальної роботи



Контроль за **гігієнічною організацією навчання** сприяє формуванню освітнього середовища для реалізації цілісної системи життєдіяльності в колективах навчальних закладів, запобігання несприятливому впливу на здоров'я дітей та підлітків.

На підставі узагальнення даних по стан здоров'я учнів можна виділити чинники, які обумовлюють **оздоровчу спрямованість навчально-виховного процесу**. Системний підхід до організації оздоровчої роботи у навчальному закладі передбачає підвищення складових здоров'я: фізичного, психічного, соціального, духовного.

Профілактичні заходи можуть бути поділені на **медичні та психолого-педагогічні**.

До **медичних входять заходи** контролю за гігієнічною організацією навчання та спеціальної профілактики відхилень стану здоров'я.

Психолого-педагогічні заходи включають оптимізацію розкладу занять, відпочинку тощо.

Впровадження комплексу медико-біологічних (антропометричні, фізіометричні, показники стану захворюваності), психологічно-педагогічних, гігієнічних (гігієнічні умови навчання) заходів формування здоров'я учнів сприятиме збереженню, зміцненню здоров'я, запобігатиме ускладненням основного захворювання.

Таке комплексне застосування медичних та психолого-педагогічних заходів дозволяє створити ефективний комплексний вплив для формування корекційно-виховного навчального простору. З метою покращення здоров'я учнів з ними проводяться: фізкультхвилинки; фізкультпаузи; гімнастика (зорова, дихальна, пальчикова); комплекс ЛФК розвивальних загальних та спеціальних вправ; релаксаційні хвилинки; динамічні паузи.

Впровадження комплексу медико-біологічних (антропометричні, фізіометричні, показники стану захворюваності), психологічно-педагогічних, гігієнічних (гігієнічні умови навчання) заходів формування здоров'я учнів сприяє збереженню, зміцненню здоров'я, запобігатиме ускладненням основного захворювання.

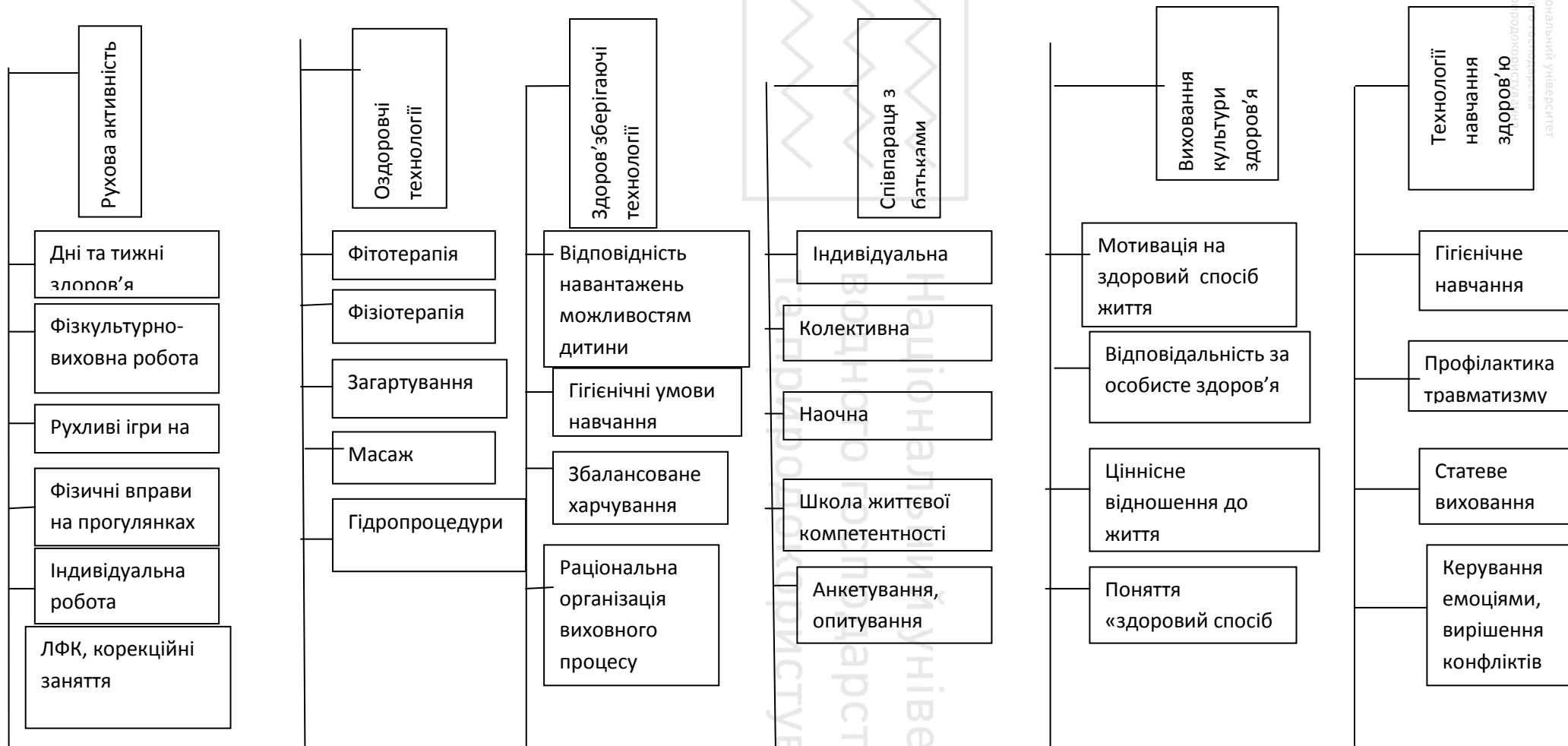
Таке комплексне застосування медичних та психолого-педагогічних заходів дозволяє створити ефективний комплексний вплив для формування корекційно-оздоровчого навчального простору. За результатами поглибленого медичного огляду, на основі оцінки стану здоров'я і фізичного розвитку, шкільним лікарем, на початку кожного навчального року складаються списки медичних груп, які потім узгоджуються з лікарями відповідних профільних спрямувань (ревматологом, ортопедом, хірургом, окулістом, лікарем лікувальної фізичної культури).

В **спеціальній медичній групі** навчаються учні з показниками в стані здоров'я як стійкого короткотривалого характеру (відмовлення рухомості суглобів після травми, тощо). Тому основною формою організації навчальної діяльності, є індивідуальний підхід сумісний з груповим. Це завдання вирішується за рахунок диференціації методики (різні вихідні положення, ступені напруження, амплітуди рухів, дозування тощо).

Списки учнів, які за станом здоров'я відносяться до **спеціальної медичної групи**, затверджуються наказом директора школи з вказівкою діагнозу захворювання і терміном перебування в ній. Також затверджуються розклад занять групи і прізвище вчителя (керівника групи), який має відповідну фахову підготовку. Група включає 12-15 учнів. На тиждень проводиться не менше 2-х занять у позакласний час по 45хвилин. При несприятливих кліматичних умовах (при температурі нижчій за 10 градусів і вітряній погоді) тривалість уроку скорочується до 35 хвилин, щоб запобігти переохолодженню. Формування групи здійснюється з урахуванням віку та стану здоров'я. Можливе об'єднання в групу учнів з різними захворюваннями, тому що, характер пристосування до фізичних навантажень і особливо пристосування серцево-судинної і дихальної систем в багатьох відношеннях схожі. Можливе й міжшкільне об'єднання учнів в спеціальну медичну групу. Ця інформація доводиться до відома учнів та їх батьків. Учні **спеціальної медичної групи** повинні обов'язково займатися на загальних уроках фізичної культури у відповідному одязі і взутті. Вони беруть участь у підготовчій та заключній частинах уроків, закріплюють матеріал вивчений на заняттях в групі, а при стійкому покращенні стану здоров'я виконують елементи рухів основної частини зі значним зниженням фізичних навантажень, без затримки дихання, виключаючи стрибки, психоемоційне навантаження (елементзмагань).

На рис. 8 наведено орієнтовану систему формування навчально-оздоровчого простору дитини з особливими освітніми потребами.

Формування навчально-оздоровчого простору





6.1 Методика проведення дихальної гімнастики

В умовах вимушеної гіподинамії, яка супроводжує дитину з особливими потребами, енергійні фізичні вправи, дихальна гімнастика є необхідні для профілактики захворювань дихальних шляхів, зміцнення м'язового корсету, є добрим психогігієнічним засобом.

Дихання відіграє найважливішу роль для формування мовлення, воно сприяє розвитку артикуляційного апарату, є необхідним для правильної звуковимови. Правильне дихання корисне для нервової системи, адже глибокий повільний видих допомагає заспокоїтися, зняти напругу, перебороти роздратування. Дихальна гімнастика може стати одним з елементів виховання терпіння і посидючості.

На початку багато вправ можуть здатися дитині складними або навіть нудними, тому подавати цінні дихальні вправи варто в ігровій формі. Можна доповнювати дихальну гімнастику елементами артикуляційної, звукової гімнастики.

Не варто кидатися і виконувати відразу цілий комплекс вправ, особливо на перших заняттях. Варто щодня змінювати комплекс дихальних вправ, що є цікавими: так у дитини не виникне відчуття, що дихальна гімнастика – це стомлююче і нудне заняття.

При проведенні дихальних вправ слід уважно стежити, щоб у дитини не виник стан гіпервентиляції легенів. Важливо правильно виконувати дихальні вправи. Вдихаємо повітря обов'язково через ніс, плечі при вдиху не піднімаються. Видихаємо повільно, довго і поступово.

6.2 Методика проведення звукової гімнастики

Ми правильно вимовляємо різні звуки завдяки роботі органів артикуляції (язик, губи, нижня челюсті та м'яке піднебіння). Точність та сила дій цих органів у дитини розвивається поступово, у процесі мовної діяльності. З урахуванням того, що у дітей артикуляційно-м'язова система недосконала досить доречно впроваджувати саме звукову гімнастику упродовж навчального дня. Ціль її полягає у виробленні правильних рухів органів артикуляційного апарату, необхідних для вимовлення звуків. Проводити таку гімнастику необхідно щодня, для того щоб навички дітей закріпилися. Але робити це потрібно у ігровій формі, до того ж не слід за раз виконувати більше трьох вправ за раз. Це надасть можливість розвинути правильну вимову звуків, сприятиме підвищенню чіткості та правильності вимови у дітей.

Мета артикуляційної гімнастики - вироблення повноцінних рухів і певних положень органів артикуляційного апарату, необхідні для правильної вимови звуків.

Рекомендації до проведення вправ артикуляційної гімнастики

1. Проводити гімнастику артикуляції потрібно щодня, щоб вироблювані у дітей навички закріплювалися. Краще виконувати вправи 3-4 рази на день по 3-5 хвилин. Не слід пропонувати дітям більше 2-3 вправ за раз.

2. Кожна вправа виконується по 5-7 разів.

3. Статичні вправи виконуються по 10-15 секунд (утримання артикуляційної пози в одному положенні).

4. При відборі вправ для артикуляційної гімнастики треба дотримуватися певну послідовність, йти від простих вправ до більш складним. Проводити їх краще емоційно, в ігровій формі.

5. З виконуваних двох-трьох вправ новим може бути тільки одне, друге й третє даються для повторення і закріплення. Якщо ж дитина виконує якийсь вправу недостатньо добре, годі було нових вправ, краще відпрацювати старий матеріал. Для його закріплення можна придумати нові ігрові прийоми.

6. Гімнастику артикуляції виконують сидячи, так як в такому положенні у дитини пряма спина, тіло не напружене, руки і ноги перебувають у спокійному становищі.

7. Дитина повинна добре бачити обличчя дорослого, а також своє обличчя, щоб самостійно контролювати правильність виконання вправ. Тому дитина і дорослий під час проведення артикуляційної гімнастики має перебувати перед настінним дзеркалом. Також вона може скористатися невеликим ручним дзеркалом (приблизно 9x12 см), але тоді дорослий повинен бути навпаки дитини обличчям до нього.

8. Починати гімнастику краще з вправ для губ.



Організація проведення артикуляційної гімнастики

1. Дорослий розповідає про майбутньому вправі, використовуючи ігрові прийоми.
2. Дорослий показує виконання вправи.
3. Вправа робить дитина, а дорослий контролює виконання.

Дорослий, проводить гімнастику артикуляції, повинен стежити за якістю виконуваних дитиною рухів: точність руху, плавність, темп виконання, стійкість, перехід від одного руху до іншого. Також важливо стежити, щоб руху кожного органу артикуляції виконувалися симетрично по відношенню до правій і лівій стороні обличчя. В іншому випадку артикуляційна гімнастика не досягає своєї мети.

4. Якщо у дитини не виходить якийсь рух, допомагати йому (шпателем, ручкою чайної ложки або просто чистим пальцем).

5. Для того, щоб дитина знайшла правильне положення язика, наприклад, обливав верхню губу, намазати її варенням, шоколадом або чимось ще, що любить ваша дитина. Підходити до виконання вправ творчо.

Спочатку при виконанні дітьми вправ спостерігається напруженість рухів органів артикуляційного апарату. Поступово напруга зникає, рухи стають невимушеними і разом з тим координованими.

Система вправ з розвитку артикуляційної моторики повинна включати як статичні вправи, так і вправи, спрямовані на розвиток динамічної координації мовних рухів.

6.3 Методика проведення пальчикової гімнастики

Ще у II тисячолітті до нашої ери китайські мудреці знали, що існує взаємозв'язок між рухами пальців, кисті та розвитком мислення. Це підтверджують дослідження сучасних фізіологів: у їх роботах є висновки про те, що маніпуляції рук впливають на функціонування центральної нервової системи, розвиток мовлення. Прості рухи кистей допомагають зняти загальну напругу, а також власне з рук, розслаблюють губи, що сприяє покращенню вимови звуків, розвитку мовлення дитини.

Дослідження вчених засвідчують, що кожен з пальців руки має своє представництво у корі великих півкуль головного мозку. Таким чином, мовлення перебуває у прямій залежності від розвитку дрібної моторики руки. "Пальчикові" ігри являють собою віршовані рядки, що ілюструються за допомогою ритмічних рухів рук, пальчиків. Пропонуючи таку гру, важливо відразу створити її настрій, правильно вимовляти кожен звук, заздалегідь продумати всі рухи і поступово їх повторювати. Наприклад, на другому уроці, або після опрацювання нової теми.

Ігри з пальцями допоможуть не тільки розвивати мовлення та інтелектуальні здібності дитини, а також знімуть психічне навантаження, стануть у пригоді для створення робочого ритму впродовж дня (рис. 9-14).

Рис. 9 Курочка



Рис. 10 Стілець





Рис. 11 Будиночок



Рис. 12 Міст



Рис. 13 Брама



Рис. 14 Ліс



Для **самомасажу** долонь рук пропонується застосування ялинкових шишок, горіхів, жолудів, каштанів. Такий ігровий підхід дозволяє не тільки знайомити дітей з оточуючим світом, а і сприяти *розвитку дрібної моторики*.

Дітям з психофізичними порушеннями притаманні симптоми швидкої втомлюваності, недостатньої концентрації уваги, дратівливість, лабільність емоційної сфери, загальна ослабленість. Забезпечення формування психологічного комфорту, адекватної поведінки особистості, можливе при застосуванні різноманітних засобів оздоровчих технологій: музикотерапії, арт-терапії, казкотерапії, кольоротерапії.

Музична терапія проводиться під час фізкультхвилинки, звукової гімнастики, самомасажу долонь рук, стоп ніг, як ранкове привітання, що дозволяє дитині позитивно налаштуватись на робочий день в навчальному закладі, чи як нагорода за добре виконане завдання. Або навпаки - мінорні звуки висловлюють негативне відношення до певного вчинку, поведінки. Такий спосіб дозволяє провести ефективне психологічне розвантаження дітей, допоможе і вихователю і дитині уникнути негативних емоцій. Для привітання, поздоровлення, можливо використовувати мажорні звуки творів Моцарта, Штрауса. Це заспокоїть дитину та налаштує її на відповідний настрій. Як фонову музику можна використовувати східні музичні мотиви на уроках із малювання, трудового навчання.

Використання протягом навчального дня в дошкільному чи шкільному закладі **мішечків** з піском, сіллю, горохом, дрібними камінцями є доброю гімнастикою для м'язів ніг, стоп, під час



якої стимулюються всі рефлекторні зони, розміщені на стопі. Така гімнастика, що проводиться у формі гри, сприяє профілактиці плоскостопості, загальному зміцненню здоров'я.

Оптимізація рухового режиму дітей є одним із основних чинників, який забезпечує наближення виховного середовища до природного простору дитини. Застосовуються гімнастика, фізкультхвилинки, рухова терапія, пальчикова, звукова, дихальна гімнастика тощо. Це дозволяє знімати стан утомленості, ослабити психологічну напруженість, і просто дати дитині можливість порухатися.

Правильне використання фізичних вправ – ефективний засіб збереження та зміцнення здоров'я дитини з психофізичними порушеннями.

6.4 Методика проведення фізкультхвилинки

Застосування фізкультхвилинки упродовж уроку сприяють поліпшенню роботи мозку, відновлюють тонус м'язів, які статично підтримують правильну поставу упродовж уроку, знімають напругу з органів зору і слуху, покращують роботу дрібної моторики. Фізкультхвилинка є обов'язковим елементом кожного уроку при роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. Основне призначення фізкультхвилинки, які проводяться під час занять, – підвищити працездатність, зняти втому, дати відпочинок організму, в першу чергу – нервовій системі та м'язам.

Фізкультхвилинка має включати 3-4 вправи, добре знайомі дітям і легкі у виконанні. Кожна вправа виконується 3-4 рази в середньому темпі. Тривалість до 2-3 хвилин.

Вправи мають добиратися таким чином, щоб навантажувалися і розслаблялися різні групи м'язів дітей: плечового пояса, спини, тазостегнових суглобів. Необхідно включати в комплекс вправи для відпочинку очей, дихальні вправи, вправи на координацію рухів.

Кожні 2-3 тижні комплекс вправ варто змінювати, виконувати їх під музику, включати танцювальні рухи. Різноманітність фізкультхвилинкам надають віршовані тексти - учитель промовляє текст, а діти виконують вправи.

Чим більшим є статичне навантаження, тим частіше й активніше потрібно робити фізичні вправи. В першому класі необхідно проводити по дві фізкультхвилинки - на 10-й і 20-й хвилині кожного уроку. Але якщо дитина швидко стомлюється, можна провести і три фізкультхвилинки протягом уроку.

Оздоровчі фізкультхвилинки під час навчального дня повинні комбінувати в собі фізичні вправи для постави, вправи для очей, рук, шиї, ніг; Вправи для розвитку дихання, комплекс вправ гімнастики для очей для профілактики короткозорості, фізкультхвилинки з віршованими текстами.

Фізичні вправи краще проводити під музичний супровід. Цей прийом допомагає зняти втому, відновити рівновагу дітей. Такі вправи можна досить успішно надавати проводити самим дітям, або поєднувати з елементами ігор. Наприклад: «зараз похиляться вперед ті, у кого день народження взимку та весною... теж саме зроблять всі, хто народився влітку та восени. А тепер підтнуться ті, хто сьогодні прийшов до школи». Фізкультхвилинки, які проводяться під час уроку (на 20-25 хв.) дозволяють зняти м'язову напругу, статичне навантаження, пов'язане з тривалим сидінням. Правильне використання фізичних вправ – ефективний засіб збереження та зміцнення здоров'я дитини з психофізичними порушеннями.

Під час проведення фізкультхвилинки необхідно *дотримуватись загальних правил:*

- застосування дозованих фізичних навантажень;
- поступове збільшення навантаження: з урахуванням інтенсивності, кількості повторень, інтервалів відпочинку, характеру вправ;
- використання вправ, що охоплюють всі групи м'язів;
- обов'язкове включення дихальних вправ.

Як корекційно-оздоровчий засіб ефективним є використання **гри-паузи** для дітей з порушеннями емоційно-вольової сфери. Недаремно визначний педагог сучасності В.Сухомлинський писав: "У грі немає серйозніших, ніж малі діти. Граючись, вони не лише сміються, а й глибоко переживають, іноді страждають". Це розширює уяву дитини й спонукає її до активної розумової і творчої діяльності. Як приклад гри-паузи можна запропонувати дітям імітувати звуки пташок (зоулі, півника, курочки, голуба тощо), рухи тварин. У запропонованих фізкультхвилянках діти стежать за рухами рук, імітують різні види рухів, вчаться орієнтуватись в



просторі, що спонукає розвиток зорових функцій. Необхідною умовою є повна розкутість у руках, вільне переміщення в кімнаті.

Для ефективнішої роботи на уроках варто використовувати наочний матеріал із зображеннями птахів та тварин. Це допоможе дітям краще запам'ятовувати істоти, про які мовиться у грі.

Лікувальна фізична культура є одним із ефективних засобів корекції, відновлення та оздоровлення дітей з порушеннями розвитку. Лікувальна фізична культура (ЛФК) - метод лікування, що полягає в застосуванні фізичних вправ і природних факторів природи до хворої людини з лікувально-профілактичними цілями. В основі цього методу лежить використання основної біологічної функції організму - руху.

Терміном лікувальна фізична культура (або ЛФК) позначають самі різні поняття. Це і дихальна гімнастика після важкої операції, і навчання ходьбі після травми, і розробка рухів в суглобі після зняття гіпсової пов'язки. Заняття повинне не стомлювати хворого, а викликати відчуття бадьорості, приливу сил, поліпшення настрою.

Існує безліч **форм лікувальної фізичної культури**: ранкова гігієнічна гімнастика, заняття лікувальною гімнастикою, самостійні заняття фізичними вправами, лікувальна дозована ходьба, дозовані сходження (теренкур), масові форми оздоровчої фізичної культури, дозовані плавання, веслування, спортивні вправи та ігри, гідрокінезотерапія і ін.

Домінуючою формою проведення ЛФК є гра. Гра заохочує дитину до занять, формує мотивацію до самостійної рухової діяльності, дитина очікує та отримує від дорослого заохочення. Під час рухової терапії доцільно кожну вправу супроводжувати словами (можна віршованими рифмами). Такі заняття можна варіативно виконувати як фізкультхвилинки, як окреме заняття, як динамічна пауза під час уроку.

За інтенсивністю ці вправи поділяються на три режими: щадний, щадно-тренувальний та тренувальний. Будь-який комплекс вправ поділяється на розминку, основну та завершальну частини.

Розминка, яка триває 5-10 хв використовується для розігріву м'язів та виконуються прості вправи:

- ❖ шия - дитина розминає м'язи шиї, повертаючи та нахилиючи голову в різні боки
- ❖ плечі - дитина підіймає та опускає плечі, наче каже «я не знаю», робить ротаційні рухи плечима;
- ❖ тулуб - дитина робить нахили у різні боки;
- ❖ ноги - дитина згинає по черзі ноги в колінах, підіймає їх на мисок, робить ротаційні рухи стопами.

Основна частина триває 20-25 хвилин, протягом яких виконується комплекс гімнастичних вправ:

- ❖ шия - з положення лежачи на спині дитина підіймає та опускає головну, обертає голову в боки, нахилиє її в боки; ті ж вправи робляться з положення лежачи на животі;
- ❖ тулуб - з положення лежачи на спині дитина підіймає та опускає тулуб, нахилиє його у різні боки, ті ж вправи робляться з положенням лежачи на животі;
- ❖ ноги - з положення лежачи на спині дитина відводить та приводить ноги, згинає їх у колінах та нахилиє у різні боки, спочатку обидві потім по черзі кожен ногу; з положення лежачи на боці дитина згинає у коліні ногу, робить нею ротаційні рухи, потім іншу ногу з другого боку;
- ❖ руки - з положення лежачи на спині дитина робить ротаційні рухи рукою, зігнутою в лікті, та прямою, відводить та приводить пряму руку, ті ж рухи дитина робить з положення лежачи на боці; в положенні сидячи, дитина кладе руку на стіл так, щоб кисть була за краєм стола, згинає та розгинає кисть із випростаними пальцями;

Заклучна частина триває 5-10 хвилин, протягом яких відбувається поступове сповільнення ритму вправ, зниження фізичного навантаження:

- ❖ лежачи на спині, дитина вдихає носом повітря видихаючи його ротом;
- ❖ стоячи, дитина підіймає руки вгору під час вдиху повітря і видихаючи, опускає руки.

При плануванні занять з лікувальної фізкультури необхідно звертати увагу на те, що внаслідок зміненого м'язового тону у дітей з порушеннями психофізичного розвитку є небезпека



формування *плоскостопості та деформації кінцівок та порушення постави різного ступеня тяжкості*.

Плоскостопість – це деформація стопи, що характеризується певною плоскістю. Лікарі називають плоскостопість хворобою цивілізації. Незручне взуття, синтетичні покриття, гіподинамія – все це призводить до неправильного розвитку стопи. Деформація стоп буває двох видів: поперечна і поздовжня. Поперечна плоскостопість спостерігається на поперечному підйомі стопи. При поздовжній плоскостопості стопа лягає на підлогу майже всією підошвою. В окремих випадках можливе поєднання обох форм плоскостопості.

Стопа дитини є свого роду каркасом, що складається з м'язів і хрящів, які з часом скостеніють. Наприклад, човноподібна кістка, яка знаходиться на склепінні стопи, сформується лише до 5 років. Та й і самого склепіння ще не видно - в ділянці стопи знаходиться жирова подушечка, яка зникає поступово разом із зростанням скелета та збільшенням навантаження на ноги. До 5-6 років діагностувати плоскостопість може лише дитячий лікар-ортопед.

Такі проблеми як порушення постави і ходи, м'язовий дисбаланс, больові відчуття в ногах і спині з'являються у дітей уже при наявній плоскостопості, і є одним з його наслідків. Здорова ж стопа амортизує ударну хвилю, яку отримує наше тіло при ходьбі і бігу, на 80%. При плоскостопості ж деформуються, втрачають свої властивості й інші ресорні системи – гомілковостопні, колінні, кульшові суглоби, хребет. У результаті, дія ударної хвилі поширюється на внутрішні органи і головний мозок.

Дуже вільне взуття не може допомогти стомленим м'язам утримати стопу в правильному положенні. А тісна - порушує кровообіг, внаслідок чого порушуються обмінні процеси в м'язах і зв'язках, що не дозволяє їм повністю відновлюватися після навантажень. Відсутність каблука і тонка підошва можуть призвести до травмування і швидкого розбивання стопи, її деформації. Стопа повинна працювати з перекошуванням з п'яти на пальці.

З метою розвантаження стопи від ваги тіла, рекомендується на початку виконувати вправи сидячи, а пізніше включати у вправи стопу в різних положеннях тіла. обов'язковим елементом в лікуванні плоскостопості є носіння спеціального ортопедичного взуття, яке підбирається індивідуально, а не купується заочно, без дитини.

Для виконання з дитиною щоденних профілактичних вправ, що зміцнюють м'язово-зв'язковий апарат стопи і гомілки, багато часу не потрібно. Потрібне лише усвідомлення необхідності з боку батьків і «згода погратись» з боку дитини. Устаткування буде потрібне наступне: масажні м'ячі - жорсткий маленький і м'який (розміром більше), а також масажний килимок і/або масажний вал, гімнастичний м'яч діаметром 26 см.

Вправи включають попередню розминку гомілковостопного суглоба і пальців дитини, виконувани в повільному темпі. Після цього виконуються самі вправи, наприклад з масажним м'ячем - котити поверхнею підошви м'яч - від п'яти до носка, поперемінно правою/лівою стопами, дуже м'яко торкаючись його поверхні. Причому слід пам'ятати, сильне натискання на опору - некорисне. Вправи також можна виконувати на масажному килимку або змасажним валом.

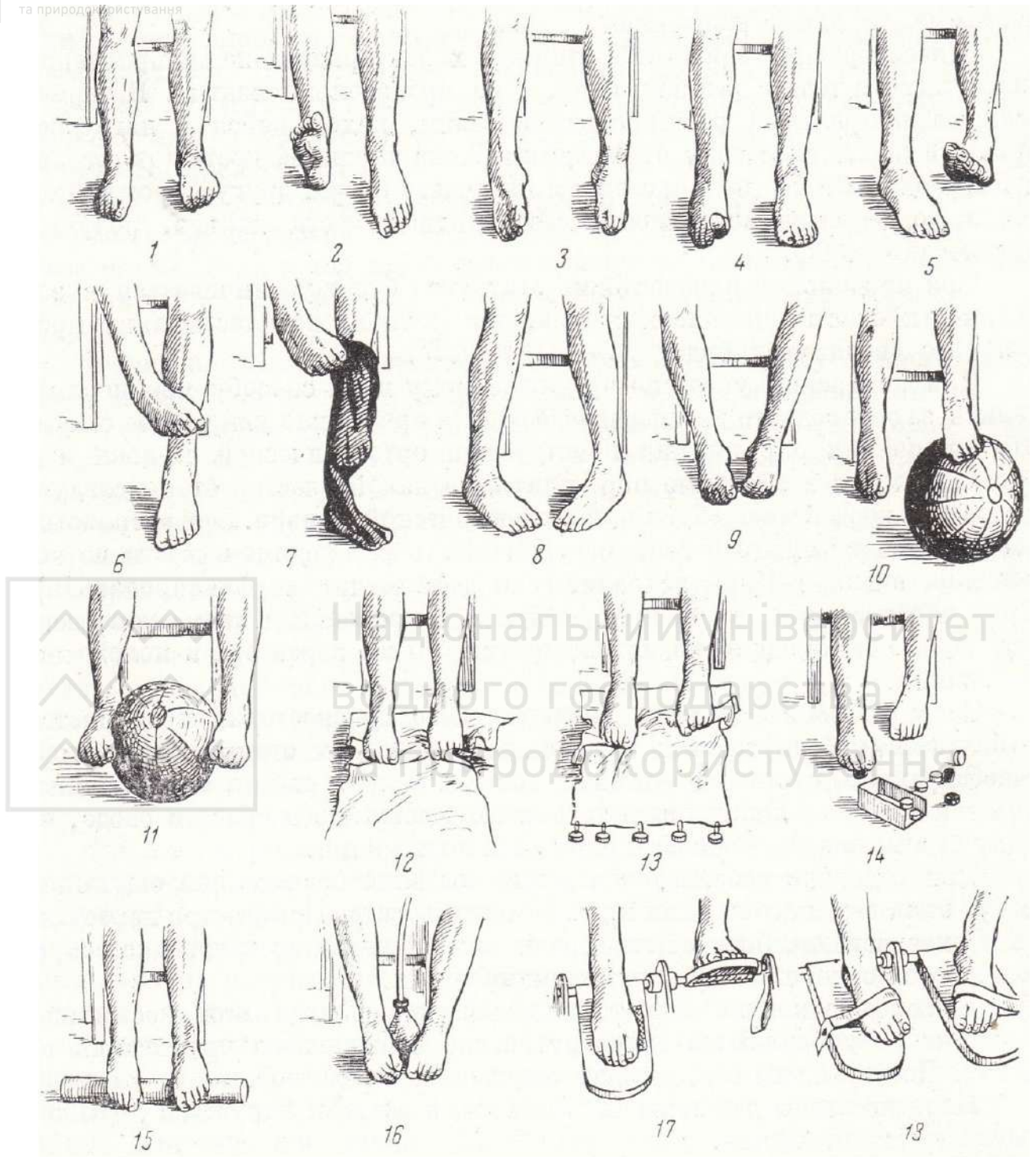
Лежачи на спині

1. В. п. - ноги на ширині ступні, руки вздовж тулуба. Згинати і розгинати пальці ніг.
2. В. п. - те ж, але під стегна покладено валик. Розгинати коліна одночасно витягаючи і підтягуючи пальці ніг.
3. В. п. - те ж. Окремо кожному ступню обхопіть гумовими джгутами, кінці яких візьміть у руки. Виконувати рухи як при їзді на велосипеді, розтягуючи ці джгути.
4. В. п. - ноги на ширині ступні, руки вздовж тулуба. Виконувати кругові рухи в гомілковостопних суглобах у напрямку до всередині.
5. В. п. - обхопити ступнями набивний м'яч масою 1,0-1,5 кілограма. Піднімати і опускати його.

Лежачи на животі

6. В. п. - ноги разом, руки вздовж тіла долонями вниз. По черзі повільно піднімайте праву і ліву ногу, одночасно піднімаючи тулуб. Підйом - вдих, повернення в і. п. видих. Повторити 5-6 разів.

На рис. 15 наведено рекомендований комплекс вправ при плоскоступневості.



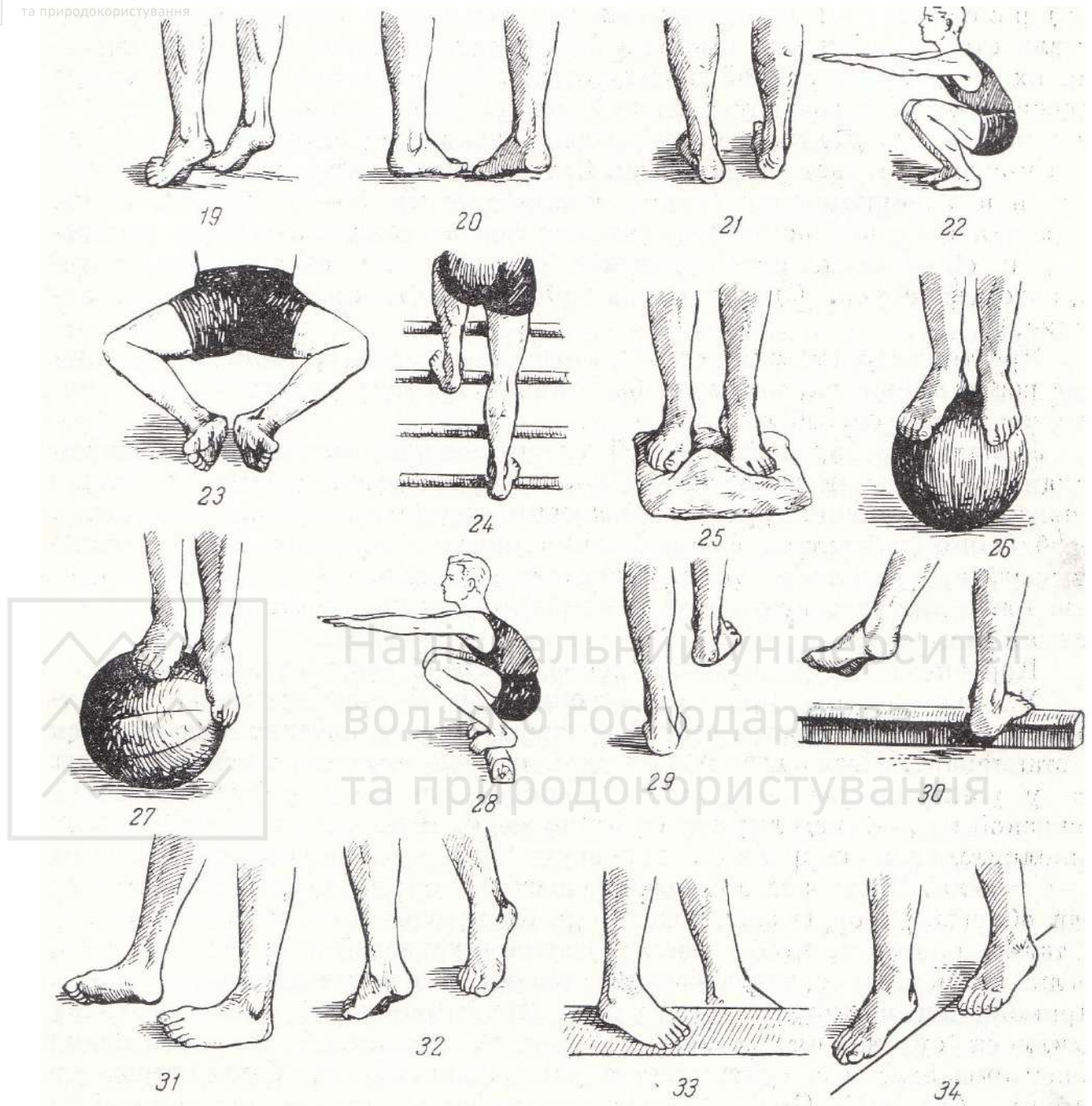


Рис. 15 Комплекс вправ при плоскостопі

В цілях розгрузки стопи від ваги тіла, рекомендується на початку виконувати вправи сидячи, а пізніше включати у вправи стопу в різних положеннях тіла. Обов'язковим елементом в лікуванні плоскостопі є носіння спеціального ортопедичного взуття, яке підбирається індивідуально, а не купується заочно, без дитини.

Для виконання з дитиною щоденних профілактичних вправ, що зміцнюють м'язово-зв'язковий апарат стопи і гомілки, багато часу не потрібно. Потрібне лише усвідомлення необхідності з боку батьків і «згода погратись» з боку дитини. Устаткування буде потрібне наступне: масажні м'ячі - жорсткий маленький і м'який (розміром більше), а також масажний килимок і/або масажний вал, гімнастичний м'яч діаметром 26 см.

Вправи включають попередню розминку гомілковостопного суглоба і пальців дитини, виконувані в повільному темпі. Після цього виконуються самі вправи, наприклад з масажним м'ячем - котити поверхнею підошви м'яч - від п'яти до носка, поперемінно правою/лівою стопами,



дуже м'яко торкаючись його поверхні. Причому слід пам'ятати, сильне натискання на опору - некорисне. Вправи також можна виконувати на масажному килимку або з масажним валом.

6.5 Особливості рухової терапії дітям з обмеженими руховими функціями

Забезпечення необхідною руховою активністю учнів упродовж навчального дня є одним із основних чинників, який забезпечує наближення виховного середовища до природного простору дитини. Застосовуються гімнастика, фізкультхвилинки, рухова терапія, пальчикова, звукова, дихальна гімнастика тощо. Це дозволяє знімати стан утомленості, ослабити психологічну напруженість, і просто дати дитині

можливість порухатися.

Правильне використання фізичних вправ – ефективний засіб збереження та зміцнення здоров'я дитини з психофізичними порушеннями.

З огляду на дітей з обмеженими руховими функціями, доцільно будувати корекційно-оздоровчий процес із урахуванням специфіки основного ураження. Застосування протягом навчального дня динамічних пауз, релаксаційних хвилин, сприяє збереженню фізичного та психічного здоров'я дітей з порушенням опорно-рухового апарату.

Одним із засобів оптимізації рухового режиму дітей даної категорії є застосування спеціалізованих меблів. В силу основного захворювання, у дітей з ДЦП порушені просторові уявлення, значно знижений контроль за положенням тіла. Така специфіка викликає ризик падіння та травмування дитини під час занять та тривалої концентрації уваги упродовж уроку. Використання парти-стійки та стільця-парти, що оснащені спеціальним пристосуванням між ногами, допоможе убезпечити дитину від небажаного травматизму, сприятиме відведенню та зовнішній ротації стегна, покращеному функціонуванню рук, дрібної моторики, формуванню зорового контакту, контролю за положенням голови, профілактиці деформації хребта та нижніх кінцівок.

При неможливості самостійного стояння застосовуються спеціалізовані стояки, оснащені фіксуючими ремнями, столиком, що мають кут нахилу спинки.

За умови готовності м'язової системи, опорно-рухового апарату заняття, що потребують вертикального положення дитини, проводяться в стояку. Різні предмети розміщуються на столику перед дитиною, спинка встановлюється під відповідним кутом нахилу, щоб зменшити навантаження на хребет. Фіксоване положення дитини сприяє кращому





контролю за рухами голови, тулуба, функціонуванням рук.

Під час проведення заняття з лікувальної фізичної культури та протягом дня дитині надається фізіологічне положення, притаманне її хронологічному віку. Для цього, при необхідності, використовуються спеціалізовані допоміжні пристрої, які не обмежують рухової активності дитини. Під час сидіння для гальмування надмірного закидання голови доцільно застосування стільця з високою спинкою та присувним столиком під груди для профілактики деформації хребта, виробленню зорово-моторних реакцій.

Багаторазове повторення правильних фізіологічних рухів стимулює виробленню та закріпленню правильного рухового стереотипу.

Отже, застосування допоміжних пристроїв для сидіння, стояння, ходіння сприяє набуттю необхідного рухового досвіду, формуванню прямостояння, попередженню деформації хребта та нижніх кінцівок. Перебування дитини з обмеженими руховими можливостями у вертикальному положенні забезпечує оптимальний особистісний розвиток дитини, організацію її життєдіяльності згідно хронологічного віку, є профілактикою захворювань дихальних шляхів, забезпечує природну роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової системи.

Призначаються при спастичних паралічах з контрактурами в гомілково-ступеневому і колінному суглобах внаслідок. Використовуються для нормалізації руху суглобів, як засіб фіксації сегментів тіла з метою їх корекції та утримання в заданому, фізіологічному положенні. Систематичне застосування фіксаторів попереджає повторні деформації та виготовляються по індивідуальному замовленню.

6.6 Проведення гідротерапії дітям з особливими освітніми потребами

У дітей з порушеннями психофізичного розвитку спостерігається ряд супроводжуючих соматичних захворювань, часті захворювання дихальних шляхів. Постійні хвороби перешкоджають запланованому навчально-виховному процесу та виконанню корекційно-розвивальної програми. Для збереження та зміцнення здоров'я використовуються різні загартувальні процедури: повітряно-сонячні ванни, водні види оздоровлення: обтирання, обливання, контрастний душ, плавання.

Одним із засобів корекції дітей з вадами є проведення систематичних занять з гідрокінезотерапії, які проводяться з урахуванням характерних особливостей захворювання та індивідуальностей дитини. Заняття з гідрокінезотерапії є необхідною складовою у корекційно-розвивальній програмі аутичних дітей.

Основна мета загартувальних процедур дітям з особливими потребами: профілактика простудних захворювань; адаптація організму дитини до несприятливих зовнішніх впливів, фізичних, психічних навантажень; зміцнення м'язового корсету, вироблення правильної постави тіла; формування мотивації у дитини до здорового способу життя; покращення роботи дихальної, серцево-судинної, травної систем, обміну речовин а також загальне зміцнення організму дитини.

Під час проведення загартувальних процедур необхідно дотримуватись принципів загартування, що є необхідними при роботі з дітьми:

- поступовість (поступове збільшення інтенсивності й тривалості впливу загартувального чинника;
- послідовність в застосуванні різних загартувальних впливів;
- щоденність і систематичність (проводити процедури регулярно за визначеною системою);
- комплексність (цілеспрямоване поєднання впливу кількох чинників, наприклад, повітря і води);
- індивідуальний режим (характер, інтенсивність і режим загартування повинні враховувати індивідуальні особливості людини: вік, стать, стан здоров'я тощо.
- негайне припинення процедури в разі виникнення негативних емоцій у дитини;
- проводити постійний контроль стану здоров'я дитини та ефективності загартувального впливу;



• доцільно вести щоденник проведення процедур загартування, куди записувати температуру повітря, води, тривалість проведення заняття, емоційний стан дитини.

Педагогу, який працює з дітьми з особливими потребами насамперед необхідно самому знати особливості проведення та оздоровчий вплив загартування, методика проведення різними гартуючими чинниками, повідомити батьків про необхідність та користь таких процедур для їх дитини, інформування їх через індивідуальні бесіди, лекції. На зборах доцільно обговорити хвилюючі питання, пояснити переваги різних видів оздоровлення, запросити фахівця (інструктора з плавання, викладача з валеології, лікаря-педіатра), взяти у батьків письмову згоду на проведення таких занять. Для допомоги в організації та проведенні загартувальних процедур доцільно запросити на допомогу асистента чи волонтера, одного з батьків дітей. Слід пам'ятати про контроль з боку лікаря, зібрати довідки про стан здоров'я.

З огляду на специфіку захворювання, порушення комунікативних функцій, рефлексу наслідування, зазвичай буває складно підібрати комплекси вправ лікувальної фізичної культури та досягнути того, щоб дитина з порушеннями психофізичного розвитку їх виконувала.

Одним із ефективних засобів фізичного виховання дітей з порушеннями розвитку є *гідрокінезотерапія*.

Метою занять з гідрокінезотерапії терапії передбачається покращення моторної функції (загальної та дрібної), комунікативних властивостей, формування потреби у заняттях, зміцнення загального здоров'я.

Завданнями корекційної роботи засобами гідротерапії є:

- встановлення контакту з дитиною, подолання у неї емоційного та сенсорного дискомфорту;
- гальмування поведінкових розладів, проявів агресії, формування цілеспрямованої діяльності, словесна регуляція поведінки;
- корекція рухових розладів;
- розвиток зорово-моторної координації.

Підхід до реабілітаційних занять дітей ґрунтується на принципі стимуляції і розвитку переважаючих інтересів дитини, встановлення контакту з дитиною в рамках активності самої дитини, формування потреби у спілкуванні, розвиток взаємодії з зовнішнім світом.

Вся корекційна робота проводиться поетапно: на початковому етапі вирішуються завдання адаптації: заняття з гідротерапії розпочинається з ознайомлення дітей з приміщенням басейну, із візуальним сприйняттям, з шумом, тактильним відчуттям води; по можливості самостійне роздягання (надалі і одягання) сприяє покращенню навичок самообслуговування.

Наступний, другий етап, передбачає вхід у воду. Він здійснювався поступово, за допомогою реабілітолога (одного з батьків), який знаходиться у воді, щоб власним прикладом показати безпечність та приємність процедури. Способи входу у воду різні: з положення сидячи з бортика, по драбинці тощо. Важливим є забезпечення контролю за поведінкою дитини у воді.

Під час занять з плавання слід дотримуватись принципів, що є обов'язковими при роботі з дитиною:

- поступовість в зростанні навантажень, у збільшенні тривалості заняття, кількості вправ, у зниженні температури води;
- послідовність у застосуванні різних вправ;
- дотримання вимог до температури, чистоти води, ванни;
- негайне припинення заняття в разі виникнення негативних емоцій у дитини;
- проведення постійного контролю стану здоров'я дитини та ефективності реабілітаційного впливу гідротерапії у лікаря-невропатолога;
- ведення щоденника занять з гідротерапії, куди записуються температура води, тривалість проведення заняття, вправи, які проводяться, а також кількість їх повторень, емоційний стан (поведінка, настрої, бажання займатись) дитини до, під час заняття та після.

Протягом заняття вносяться відповідні корективи (в залежності від індивідуальних особливостей і самопочуття дитини), подовжувалась тривалість зниження температури води у ванні.

При проведенні занять не варто приділяти увагу розвитку такої навички, як пірнання, так як потрапляння води на обличчя дитини може викликати у неї негативну реакцію.



Основні вправи у воді

- сидіння на бортику із вільно спущеними ногами;
- лежання на животі, обіпершись руками на бортик та активно працюючи ногами;
- лежання на животі із прямими руками за допомогою реабілітолога та самостійно;
- лежання на спині за допомогою реабілітолога та самостійно;
- стояння самостійно та за допомогою;
- ходьба самостійно і за допомогою;
- ігри з плаваючими іграшками за пропозицією реабілітолога;
- довільна гра за пропозицією дитини;
- вихід з води.

Під час занять тіло дитини занурене по можливості повністю, за винятком обличчя, щоб вона відчувала дію води всією поверхнею тіла.

На заняттях використовуються велика кількість плаваючих іграшок, які добре знайомі дитині: ігри гальмують страх, використовуються як активний відпочинок.

Під час другого етапу поступово розпочинаються проведення малогрупових занять (по 2 дитини), що впливає на розвиток як вербального так і невербального спілкування.

На третьому етапі до традиційних занять доцільним є додавання загартовувального чинника. Оздоровчий вплив підсилюється зниженням температури упродовж всього курсу – з 37,0°C, через кожні 20 занять на 0,5°C. Поступово температура води встановлюється 32-33°C.

Для визначення рівня ефективності гідротерапії проводиться опитування, тестування батьків дітей, діагностування дитини дефектологом, психологом, проводиться аналіз цих даних, які заносилися в карту обстеження, визначаються об'єктивні та суб'єктивні причини недостатньої ефективності.

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

Розділ 7. Психолого-педагогічний супровід родини та дитини

Після проведення діагностичних, лікувальних заходів, встановлення діагнозу дитині постає питання – а що робити батькам далі?

В більшості батьки заперечують реальність неповносправності, займаються тривалим пошуком винних, плекають нереалістичні надії навилікування, спостерігається фокусування на відчутті втрати, негативах, трагічності життя.

Емоційну кризу, пов'язану з народженням дитини з нетиповим розвитком, порушену в сім'ї позитивну психологічну атмосферу, члени родин не можуть подолати самостійно. Однією з проблем, з якою можуть зіткнутися батьки дитини з нетиповим розвитком є необхідність довести до відома близьких родичів і друзів. Батьків турбують часті респіраторні захворювання дітей, розлади роботи шлунково-кишкового тракту, немотивований плач дитини, її поганий сон, апетит, відсутність позитивного настрою; члени родин скаржаться на нерозуміння поведінки дитини, на те, як з нею проводити дозвілля, спілкуватися.

Всі родини, які зіткнулися проблемою і прийняттям того факту, що у їх дитини нетиповий розвиток, проходять три стадії усвідомлення ситуації:

- категоричне заперечення та неприйняття інформації про хворобу їх дитини, переконання, що лікарі помилились і з їх малюком все буде гаразд.
- відчай, страх – що далі буде з дитиною, яка не така як інші, можливо не зможе самостійно рухатись, як складуться стосунки у родині та між подружжям, з колегами, друзями. Перед батьками постає безліч питань по догляду за особливою дитиною, по його лікуванню, вихованню. На цій стадії у них виникає потреба в допомозі кваліфікованих фахівців та спілкування з батьками дітей, у яких наявні такі ж проблеми.
- свідоме прийняття стану дитини, усвідомлення необхідності розвитку і виховання дитини з урахуванням її особливості, розвиток та реалізація її можливостей і потенціалу.



Тривалість проходження цих стадій в кожній родині різна – все залежить від того коли, хто, де, у якій формі повідомив батьків про проблемний розвиток дитини. Чим швидше сім'ї подолають перші дві стадії, тим швидше любов і турбота будуть переважати у відношенні до дитини.

За проведеними дослідженнями фахівців, всі батьки дітей з порушеннями розвитку показують, що:

- діагноз лікарів щодо нетипового розвитку їх дитини є тяжким випробуванням для родини;
- родина, в якій народилась і виховується дитина з порушеннями розвитку потребує обов'язкової кваліфікованої допомоги фахівців психологів, дефектологів, вчителів, реабілітологів;
- для забезпечення успішної, безперервної, довготривалої навчально-корекційної роботи дітей з особливостями розвитку батьки готові активно співпрацювати з групою фахівців;
- створення громадських організацій, які мають на меті психологічну допомогу сім'ям, у яких народилась дитина з нетиповим розвитком, є важливим і необхідним засобом об'єднання та підтримки родин.

Необхідним і важливим в такій ситуації є допомога батькам прийняти і зрозуміти неповносправність дитини, навчання проведення корекційно-виховних занять вдома, правильному догляду, радіти найменшим успіхам малюка. Розуміння батьками особливостей розвитку їхньої дитини, необхідності корегуючих втручань, правильного підходу у вихованні забезпечить безперервність, систематичність, цілеспрямованість реабілітаційного процесу. Правильно організований догляд за дітьми з порушеннями, рання підтримка та психологічна допомога родині дозволяють виростити цілком адекватну дитину, а батькам дає можливість вести звичний спосіб життя і насолоджуватися спілкуванням з малюком.

На сьогодні поняття реабілітації, соціалізації передбачає обов'язкове залучення батьків до безперервного процесу реабілітаційної терапії, а також психокорекцію та психореабілітацію батьків дітей із психофізичними порушеннями.

Правильне виховання, формування характеру дитини з порушеним розвитком, яка в майбутньому повинна докладати багато зусиль для досягнення певного результату в різних сферах життєдіяльності, є невід'ємною частиною успішного реабілітаційного процесу. Дослідження, проведені в Українському НДІ клінічної та експериментальної неврології виділили п'ять основних варіантів батьківської поведінки по відношенню до дитини, що має порушення рухового розвитку: поверхневі стосунки, демонстративно-героїчна поведінка, соромливо-катастрофічна поведінка, самозвинувачення, відносно адекватні стосунки. В результаті досліджень були виділені *основні патологічні типи виховання*:

- домінуюча гіперпротекція, що характеризується надмірною опікою батьків своєї дитини у вигляді дрібного контролю за кожною його дією;

- потураюча гіперпротекція – виховання за типом «кумиру сім'ї»;

- гіперпротекція – характеризується недостатністю уваги, справжнього інтересу батьків до потреб своєї дитини;

- емоційне відторгнення – може носити явний чи потаємний характер і проявляється у недостатній любові та емоційного тепла та сприяє формуванню патологічного типу характеру дитини з затримкою рухового розвитку;

- умови жорстких взаємовідносин – проявляються у вигляді різкого ступеня емоційного відторгнення дитини і є наслідком байдужості членів сім'ї до хворої дитини, що формує агресивний, жорстокий чи, навпаки, боязкий, характер;

- виховання в атмосфері культу хвороби – спостерігається перебільшена турбота батьків про стан здоров'я їх дитини: у дитини формуються риси інфантильності, егоїстичної фіксації на турботі про своє здоров'я;

- протирічне виховання – батьками використовуються несумісні виховні стратегії, що призводить до формування у дитини таких рис, як нещирість, егоїзм, байдужість до проблем інших.

Оскільки формування особистості будь-якої дитини, у тому числі і з відхиленнями у розвитку, відбувається в першу чергу в сім'ї, то від характеру взаємовідносин батьків з дитиною залежить, наскільки адекватними будуть її контакти з соціальним середовищем. Виявлено, що більшість сімей з проблемними дітьми характеризуються різними типами дисгармонійного



виховання та низьким рівнем спілкування. Практика свідчить, що відношення батьків до такої дитини іноді буває невірним: від повного ігнорування хворобливих симптомів до значного перебільшення цих симптомів, постановки власного діагнозу і панічною реакцією на нього. Тому, насамперед, при консультуванні батьків, потрібно врахувати не тільки характер захворювання дитини та її індивідуальні особливості, але й специфіку шкільної та сімейної ситуації.

Батьки дітей із порушенням розвитку рухових функцій з страхом і тривогою думають про майбутнє своїх дітей, про можливу по-життєву їх залежність від сторонніх, про те, що їх малюк не зможе отримати відповідну освіту, здобути професію, створити власну сім'ю.

Перебільшена турбота батьків про стан здоров'я їх дитини, надмірна опіка, виховання дитини за типом «кумиру сім'ї» спостерігається досить часто. Таке відношення обмежує інтереси інших членів родини, зокрема братів чи сестер, що викликає незрозуміння та конфлікти з їх сторони.

Зосередження на постійному пошуку нових видів лікування, „чудо-лікарів”, виховання дитини в атмосфері культу хвороби чи, навпаки, емоційне відторгнення дитини, коли батьки соромляться своєї дитини, ігнорують розмови про неї, або можуть надміру вихвалити та перебільшувати її досягнення сприяє патологічному типу виховання дитини, призводить до соціальної ізоляції родини. Батьки дітей скаржаться на необхідність постійно перебувати поряд з дитиною та неможливість її до самостійного активного дозвілля. Це значною мірою обмежує можливість інших видів діяльності, крім догляду за дитиною.

Перевиховати батьків педагог не має змоги, проте вплинути на характер взаємин батьків з дітьми, відкоректувати їх дії по відношенню до дитини і інших людей можливо шляхом:

- виявлення труднощів, проблем взаємодії в сім'ї і підбір педагогічних засобів його регулювання;
- створення сприятливої атмосфери для встановлення контактів батьків і дітей при організації спільної діяльності.

Орієнтовною тематикою бесід з батьками може бути:

- Роль спілкування в житті дитини.
- Причини виникнення конфліктів у дітей.
- Як навчити дітей спілкуватися?
- Як навчити дитину розуміти інших людей?
- Виховання в дітей чуйності і уважності.
- Етика родинного спілкування.
- Виховання терпимого відношення до людей.

В комплексній програмі навчально-виховної діяльності співпраця з батьками є одним з пріоритетних напрямків роботи для забезпечення цілеспрямованого навчально-корекційного впливу на дитину та досягнення оптимального її розвитку. Батьки виступають як активні учасники корекційного процесу, спрямованого на компенсацію рухових розладів, забезпечують, таким чином, довготривалість та безперервність впливу на дітей даної категорії в родині.

Першими кроками до плідної співпраці з батьками є:

- усвідомлення ними проблеми в розвитку дитини;
- мотивоване ставлення батьків до корекційної роботи;
- активне включення батьків в реабілітаційний супровід дитини.

Форми взаємодії з батьками: індивідуальна, колективна, наочна, індивідуальні бесіди та практикуми, консультування, семінари, лекції, соціологічне дослідження, взаємодія з громадськими організаціями.

Завдання при роботі з батьками дітей з особливими освітніми потребами наступні:

- у співпраці з родиною дитини планування різноманітних, синхронізованих, інтегрованих дій, що дозволить та забезпечить, по можливості, виховання та формування у дитини максимально можливої самостійності у майбутньому в усіх сферах життя;
- навчання батьків елементам догляду за дитиною з нетиповим розвитком – годування, одягання, купання, особливості проведення дозвілля, створення сприятливих умов для розвитку і виховання в родинному оточенні для досягнення найкращого результату;
- інформування батьків про широкий вибір методів, методик, засобів навчання, можливість перенаправлення в інші освітні заклади;



- надання якомога повнішої інформації про необхідність навчально-корекційного впливу та засобів навчально-виховного процесу стосовно їх дитини, особливості його розвитку, надати їм відчуття безпеки, стабільності і цим самим полегшити їх сприйняття ситуації, що збільшить шанси повноцінного розвитку неповносправної дитини.

Проводячи **консультування** батьків, варто наголошувати що, займаючись вдома з дитиною, необхідно не поспішати, пропонуючи певне заняття, а давати дитині час для сприйняття інформації, її обдумування та відповіді, оскільки у дітей з затримкою розвитку це відбувається повільніше ніж у здорових. Якщо не враховувати таку особливість їх поведінки, то складатиметься хибне уявлення, ніби дитина не розуміє звернень до неї, або не хоче спілкуватись, займатись, не запам'ятовує попереднє заняття.

Необхідно пам'ятати, що позитивний психоемоційний фон сприяє зміцненню родини, покращенню стосунків між подружжям, допомагає членам сім'ї швидше адаптуватися до складної ситуації і вийти зі стану стресу та депресії, гармонізувати стосунки в родині.

Як мати, так і батько дитини, мають долучатися до проведення занять отримували радість та задоволення від спілкування з дитиною, навчилися розуміти її потреби. Члени родини можуть вести щоденник занять, фото - відеозаписи, за допомогою яких вони могли б прослідкувати якісний розвиток своєї дитини.

Першочерговим завданням батьків є навчитися відмічати та радіти найменшим досягненням своєї дитини, розуміти, що вона має власний потенціал у розвитку, який проявляється в покращенні комунікативних властивостей, зміцненні здоров'я, вмінні дитини самостійно займатись.

Разом з тим, батькам слід розуміти, що їх дитина здатна до самостійного проведення дозвілля. Це перешкоджає формуванню надмірної прив'язаності дитини до матері, а також матері до дитини та сприяє особистісному розвитку дитини, оскільки вона почуває себе як відокремлена особистість із своїми вподобаннями. Це допомагає уникнути формуванню такого патологічного типу виховання в сім'ї, як домінуюча та потураюча гіперпротекція.

Залучення батьків на рівні партнерства та співпраці до навчальних занять сприяє розумінню ними поведінки, потреб дитини, навчанню догляду за нею, розумінню перспектив розвитку, формуванню її майбутнього, відчувати гордість за неї, а не соромитись та ігнорувати. Таке відношення сприяє попередженню виникнення емоційного відторгнення дитини. Діти з нетиповим розвитком отримують від дорослих необхідні для них розуміння, терпіння, привітну увагу, лагідне ставлення до неї, відчувають свою значущість для близьких, а це і є основа його активності.

Достатньо ефективним в отриманні морально-психологічної підтримки є спілкування родини з батьками тих сімей, у яких теж є діти з проблемами розвитку. На їх прикладі можна переконалися, що можливе щасливе, радісне життя і в непростій ситуації, коли в сім'ї виховується дитина з нетиповим розвитком; вони попереджають про можливі помилки у вихованні, підказують, як ефективніше будувати стосунки в сім'ї. Створення громадських організацій, які мають на меті психологічну допомогу сім'ям, у яких народилась дитина з нетиповим розвитком, є важливим і необхідним фактором об'єднання та підтримки родин.

З метою об'єднання та підтримки батьків дітей, які мають порушення розвитку моторних функцій, батьками неповносправних дітей та групою фахівців з корекційної роботи було ініційовано створення в місті Рівному громадських організацій «Кристал» та «Стежками добра», а також в місті Костопіль Рівненської області «Сонячний промінь». Завданням їх діяльності є надання їм морально-психологічної підтримки, інформування про права та гарантії щодо законодавства та соціального захисту забезпечення належного рівня догляду на побутовому рівні, сприяння навчанню, духовному розвитку та адаптації, інтеграції в суспільстві. Громадські організації співпрацюють між собою, з фахівцями реабілітації, залучають спонсорів до проведення різноманітних заходів, а, при потребі, і матеріальної підтримки родини, інформують сім'ю про їх права та соціальний захист. Проводяться зустрічі, лекції, семінари з фахівцями корекційно-реабілітаційної роботи, рекреаційні ігри, святкові заходи для дітей з порушеннями, на яких мають можливість обговорити хвилюючі питання та поспілкуватися і батьки.

Необхідна співпраця командою фахівців з батьками до процесу оздоровлення та реабілітації дітей забезпечить наступність та безперервність навчально-оздоровчої роботи. Координовані дії такої міждисциплінарної команди дозволяють сформулювати необхідний



реабілітаційно-навчальний простір для дітей з особливими освітніми потребами для реалізації навчально-виховної та лікувально-відновлювальної роботи, які є взаємообумовленими та взаємопов'язаними.

Таким чином, внаслідок залучення батьків до навчально-корекційної роботи сім'я та дитина отримують скоординовану, сплановану, всебічну кваліфіковану допомогу. Дитина виховується в сім'ї, розвивається згідно з власним потенціалом, батьки здатні самостійно виховувати дитину з порушенням психомоторного розвитку. Залучення дітей з особливостями психофізичного розвитку до загальноосвітніх навчально-виховних закладів передбачає позитивний вплив на широке коло близьких для них людей: батьків, інших членів родини. Входження дитини в коло своїх однолітків може сприяти поступовій зміні і психічного стану їхніх батьків – послаблюватиме напруженість, покращуватиме емоційний стан, підвищуватиме ефективність навчально-виховної, реабілітаційно-корекційної роботи. Активна, вмотивована, ціннісно-зорієнтована і педагогічно керована участь батьків у навчально-виховному процесі буде обумовлювати зменшення їхніх тривог і страхів, мобілізуватиме сили на щоденне і перспективне досягнення успіху, по-новому структуриватиме світосприйняття цілої родини, близьких до неї людей.





ГЛОСАРІЙ

Адаптація - пристосування фізичне чи психічне до умов мінливого середовища метою досягнення сталості внутрішнього середовища, що забезпечує виживання.

Аномальний розвиток - значне відхилення від умовно-вікових норм фізичного чи психічного розвитку, спричинене вродженими або набутими дефектами, що зумовлює потребу спеціальних умов виховання, навчання, життєдіяльності.

Аутизм - стан психіки, що характеризується відсутністю потреби у спілкуванні, крайня форма самоізоляції, супроводжується розладами мовлення, емоційно-вольової сфер, поведінковими порушеннями.

Білінгвальне (двомовне) навчання глухих та зі зниженим слухом - цілеспрямований педагогічний процес організації та стимулювання активної навчально-пізнавальної діяльності учнів глухих та зі зниженим слухом, спрямованої на оволодіння знаннями, вміннями і навичками, розвиток творчих здібностей, світогляду, морально-етичних поглядів та переконань засобами інтеграції словесної та жестової мов. Білінгвальне (двомовне) навчання організовується за принципами індивідуалізації та диференціації, права вибору засобів та форм інтеграції словесної та жестової мов.

Виховання - системне і цілеспрямоване управління процесом формування особистості.

Гіперопіка - система взаємостосунків, при яких дитиною занадто опікуються і контролюють.

Державний стандарт початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами - це нормативно-правовий документ, що встановлює державні вимоги до змісту освіти таких дітей та визначає державні гарантії здобуття ними початкової освіти.

Дефект - фізична чи психічна вада, яка викликає порушення розвитку дитини.

Діти з особливими освітніми потребами - діти з порушеннями психофізичного розвитку (порушення слуху, зору, мовлення, опорно-рухового апарату, інтелекту, виражені розлади емоційно-вольової сфери, затримка психічного розвитку, комплексні порушення), які потребують створення спеціальних умов для навчання і виховання;

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - це непрогресуюча рухова неповносправність, викликана аномальним розвитком або пошкодженням несформованого головного мозку. Дитячий церебральний параліч - це швидше характерний тип порушень нервово-м'язового розвитку, ніж хвороба.

Життєва компетентність – здатність дитини з особливими освітніми потребами застосовувати на практиці знання, досвід, суспільні цінності, базові навички комунікації і соціально-побутової адаптації, набуті у процесі навчання та комплексної реабілітації.

Здоров'язберігаючі технології – комплекс заходів навчання, виховання, праці дітей у школі, яка передбачає формування у дітей знань, умінь, навичок здорового способу життя, збереження наявного здоров'я, зміцнення його ресурсів, профілактику виникнення ускладнень основного захворювання, моніторинг стану здоров'я дітей упродовж певного періоду.

Інклюзія - особлива система навчання, яка забезпечує навчання за індивідуальними навчальними планами та систематичним медико-соціальним та психолого-педагогічним супроводом, охоплює різноманітний контингент учнів та диференціює освітній процес, відповідаючи на потреби учнів усіх груп та категорій, формує створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку.

Інклюзивна освіта - це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами, зокрема дитини з особливостями психофізичного розвитку, в умовах загальноосвітнього закладу.

Інтеграція - включення дитини з вадами психофізичного розвитку в середовище здорових людей у процесі навчання, виховання, праці, проведення вільного часу.

Інфантилізм - збереження в організмі та психіці людини особливостей та рис, які характерні для більш раннього дитячого розвитку.

Життєва компетентність - здатність дитини з особливими освітніми потребами застосовувати на практиці знання, досвід, суспільні цінності, базові навички комунікації і



соціально-побутової адаптації, набуті у процесі навчання та комплексної реабілітації.

Здоров'язберігаючі технології - комплекс заходів навчання, виховання, праці дітей у школі, яка передбачає формування у дітей знань, умінь, навичок здорового способу життя, збереження наявного здоров'я, зміцнення його ресурсів, профілактику виникнення ускладнень основного захворювання, моніторинг стану здоров'я дітей упродовж певного періоду.

Когнітивні процеси - психічні процеси, спрямовані на пізнання навколишнього світу.

Компенсація - розвиток порушених функцій, пристосування збережених функцій для заміщення порушених.

Корекція - сукупність лікувальних та педагогічних заходів, спрямованих на виправлення недоліків розвитку чи поведінки дитини.

Корекційно-розвиткова робота - це комплекс заходів з системного психолого-педагогічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами у процесі навчання та виховання, спрямованого на корекцію порушень шляхом розвитку пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, мовлення, особистості дитини в цілому;

Корекційно-розвиткова лінія - це сукупність форм, методів та напрямів навчально-реабілітаційної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами, які визначаються індивідуальними особливостями їх психофізичного розвитку та забезпечують створення умов для засвоєння учнями навчального матеріалу.

Лабільність - використовується для оприділення швидкості, з якою фізична система реагує на зовнішні подразники та повертається до норми.

Лікувальна фізкультура - це самостійна медична дисципліна, яка використовує комплекс засобів, форм і методів фізичної культури з лікувально-профілактичною метою до хворої або ослабленої людини.

Мутизм - припинення мовленнєвого спілкування з оточуючими внаслідок різних причин (стресів, психологічних травм); порушення носить тимчасовий характер і відноситься до неврологічних реакцій.

Онтогенез - процес розвитку індивідуального організму, формування основних фізіологічних та психічних структур індивідууму від його зародження до кінця життя.

Синдром Дауна - це генетичне захворювання, яке характеризується аномалією (потроєнням) 21 пара хромосом, недоумством і характерними зовнішніми ознаками (розкосі очі, пласке обличчя, одна поперечна складка на долоні, відносно низький зріст, великий язик і пр).

Постнатальний - післяпологовий.

Праксис - здатність до виконання автоматизованих рухових дій.

Сенсорний - чуттєвий, пов'язаний із відображенням дійсності за допомогою відчуттів і сприймань.

Фонематичний слух - здатність до слухового сприйняття мови; має велике значення для оволодіння навичок мовлення.

Увага - зосередженість діяльності суб'єкта у певний момент часу на реальному об'єкті (предметі, події, образі) при одночасному абстрагуванні від інших. Виокремлюють види уваги: мимовільна, довільна, післядовільна.



СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Азарський Ш. М. Дитячий церебральний параліч, надбана слабозумовість та педагогічна запущеність (соціально-реабілітаційні аспекти для профільних хворих у суспільстві) / Ш. М. Азарський, О. О. Азарська. – Хмельницький : Поділля, 2002. – 160 с.
2. Бадалян Л. О. Детский церебральный паралич / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, О. В. Тимонина. – К. : Здоров'я, 1988. – 328 с.
3. Бадалян Л. О. Детская неврология: 3-е изд. перераб. и доп. / Л. О. Бадалян. – М. : Медицина, 2001. – 576 с.
5. Берсенев В. Лечебник для семьи, в которой растет ребенок с неврологической недостаточностью / В. Берсенев. – К.: СПМ «АВЕРС», 2008. – 560 с.
6. Вейцман В. В. Детский массаж / В. В. Вейцман. – М.: Институт общегуманных исследований, Университетская книга, 2001. – 128 с.
7. Вісковатова Т. П. Психофункціональний стан дітей із затримкою психічного розвитку під впливом занять рухливими іграми / Т. П. Вісковатова, О. Лесько, С. Решетило, В. Трач // Молода спортивна наука України: зб. наукових праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 10. – Т. 4. – Кн. 2. – Львів, 2006, – С. 71–78.
8. Вісковатова Т. П. Формування і розвиток розумових здібностей у дітей молодшого шкільного віку із затримкою фізичного розвитку / Т. П. Вісковатова, О. Лесько, С. Решетило, В. Трач // Молода спортивна наука України: зб. наукових праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 11. – Т. 2. – Львів, 2007. – С. 220–224.
9. Воронцова М. В. Адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья / М. В. Воронцова, Т. А. Дубровская, В. С. Кукушин ; Рос. гос. соц. ун-т. – Таганрог: РГСУ, 2009. – 290 с.
10. Гайдаржийська Л. П. Особливості розвитку дітей раннього віку / Л. П. Гайдаржийська // Зб. наук. пр. – Бердянськ, 2004. – № 1. – С. 194–199.
11. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі та соціальному середовищі: навчальний посібник / О. В. Гаврилов. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – 308 с.
12. Гураш Л. Раннє дитинство: специфіка, особливості / Л. Гураш // Дошкільне виховання. – 2002. – № 1. – С. 24.
13. Гурковська Т. Л. Індивідуальні особливості розвитку пізнавальної активності дітей раннього віку / Т. Л. Гурковська // Актуальні проблеми психології. Т. 4, вип. 2: Психологія розвитку дошкільника. – К., 2004. – С. 93–98.
14. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дошкільних закладах для дітей з особливими потребами: Навчальний посібник. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2008. – 302 с.
15. Добряков И. В. Восстановительное лечение детей с поражением центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата. / И. В. Добряков – СПб.: Издательский дом СПбМАПС, 2004. – 317 с.
16. Душа до душі : розповідають матері дітей з особливими потребами / [під ред. Н. В. Майорової]. – К.: "Дреднаут, 2004. – 56 с. (Благодійне товариство допомоги інвалідам та особам із інтелектуальною недостатністю "Джерела").
17. Збірник державних стандартів соціальних послуг з реабілітації/абілітації інвалідів, дітей-інвалідів та осіб з розумовою відсталістю. – К.: ВГО «Коаліція захисту прав осіб з інтелектуальною недостатністю». – 2009. – 49 с. [Електроний ресурс]. Режим доступу : www.intelldisability-coalition.kiev.ua/publicacii/standards.doc.
18. Иванова Е. А. Раннее домашнее сопровождение / Е. А. Иванова. – СПб.: Речь, 2003. – 95 с.
19. Иванченко Г. В. Психология восприятия музыки: подходы, проблемы, перспективы. – М.: Смысл, 2001. – 264 с.
20. Игнатова В. В. Социально-психологические защиты в работе с детьми-инвалидами и их семьями: [учеб. пособ.] / В. В. Игнатова, В. С. Нургалеев; ГОУ ВПО «Сиб. гос. технол. ун-т». – Красноярск: СибГТУ, 2009. – 152 с.
21. Качесов В. А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП / В. А. Качесов. – СПб : ООО : «ЕЛБИ – СПб», 2005. – 112 с.



22. Киллили М. Детский церебральный паралич: История о том, как родительская любовь победила тяжелую болезнь : [Пер. с англ.] / Мари Киллили. – СПб. : Питер Ком, 1998. – 280 с.
23. Козырева О. В. Физическая реабилитация. Лечебная физическая культура. Кинезитерапия : учебный словарь-справочник / О. В. Козырева, А. А. Иванов. – М.: Советский спорт, 2010. – 280 с.
24. Козьявкин В. И. Детские церебральные параличи. Основы клинической реабилитационной диагностики / В. И. Козьявкин, М. А. Бабадаглы, С. К. Ткаченко, О. А. Качмар. – Львів : Медицина світу, 1999. – 312 с.
57. Качмар О. О. Система класифікації великих моторних функцій у дітей із церебральним паралічем. / О. О. Качмар // Міжнародний неврологічний журнал. – 2008. – № 1 (17). – С. 90–93.
58. Кукуруза А. Организация службы раннего вмешательства. Структура, специалисты, направления деятельности. Информационно-методическое пособие / А. Кукуруза, А. Кравцова, Н. Михановская. – Харків, : Каравелла, 2003. – 24 с.
59. Кунц Н.Н. Музыкотерапия для детей с церебральным параличом от 1 года до 3 лет / Н. Н. Кунц // Радість дитинства – вільні рухи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dcp.org.ua/publicaions.html>.
60. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М.: Академия, 2001. – 185 с.
61. Логопедія. Підручник / [за ред. М. К. Шеремет.] – К.: Видавничий дім «Слово», 2010. – 672 с.
62. Луценко Т. Музыкотерапія в системі реабілітації дітей з ДЦП / Т. Луценко // «ТЕМА» – № 40 (209). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://news.blitz.com.ua/newsgazet/index.php?ELEMENT_ID=2576..
63. Мастюкова Е. М. Ребенок с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1992. – 90 с.
64. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст) / Е. М. Мастюкова. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 303 с.
65. Михайлова Н. Є. Гідрокінезотерапія як засіб фізичної реабілітації дітей з розумовими вадами / Н. Є. Михайлова // Фізична культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. пр. – Вип. 5 / Редкол.: К. П. Козлова (голова) та ін. – Вінниця : ДОВ «Вінниця», 2004. – С. 485–489.
66. Михайлова Н. Є. Робота з сім'ями, які мають дітей з особливими потребами / Н. Є. Михайлова // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. праць. Луцьк, 2005. – С. 304–306.
67. Мойра Пітерсі. Програма раннього втручання для дітей із затримкою розвитку. Маленькі сходишки / [Мойра Пітерсі, Робін Трелоар, Сью Кейнс, Діона Утер, Еріка Брар]. – Луцьк : Вісник, 2006. – 80 с.
68. Мы разные, но равные! : новый взгляд на реабилитацию детей-инвалидов в Респ. Карелия / [Г. Ф. Григорьева и др.]. Упр. соц. развития администрации Гл. Респ. Карелия, Нац. центр изуч. и развития социал. обеспечения и здравоохранения СТАКЕС, М-во образования и по делам молодежи Респ. Карелия. – Петрозаводск : Периодика, 2004. – 95 с.
69. Мустанас К. Игровая терапия / К. Мустанас; пер. с англ. И. Авидон. – СПб.: Речь, 2000. – 281 с.
70. Нетрадиційні методи оздоровлення дітей дошкільного віку : навчальний посібник / Г. І. Григоренко, Н. Ф. Денисенко, Ю. О. Коваленко, Н. В. Маковецька. – Запоріжжя: ЗНУ, 2006. – 116 с.
71. Никишина В. Б. Программы психологической реабилитации детей с нарушениями умственного развития: учеб. пособ. / В. Б. Никишина, Л. Н. Мордич ; Курский гос. мед. ун-т. – Курск : Изд-во КГМУ, 2003. – 130 с.
72. Нові технології та прийоми в роботі Донецького обласного науково-практичного Центру реабілітації органічних захворювань нервової системи у дітей / [О. С. Євтушенко, О. М. Орда, Є. В. Лісовський та ін.] // Соціальна педіатрія: зб. наук. праць. – Вип. II. – К.: Інтермед, 2003. – С. 41–44.



73. Обучение детей с проблемами в развитии в разных странах мира : хрестоматия / [сост. Л. М. Шипицына]. – Санкт-Петербург: Международный институт семьи и ребенка им. Р. Валленберга, 1997. – 256 с.
74. Одиченко Л. К. Допомога аномальним дітям в Україні (X – XX ст.) / Л. К. Одиченко // Педагогіка і психологія. – 1995. – № 2. – С. 120–127.
75. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / [під ред. В. Ю. Мартинюк (ред.), С. М. Зінченко]; Київська медична академія післядипломної освіти ім.Л. Шупика, Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. – К. : Інтермед, 2005. – 416 с.
76. Основи правового захисту дітей-інвалідів. – Луцьк: «Вісник і К», 2003. – 172 с.
77. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України станом на 01.01 2009 року. – Харків : ПП «ІГВІН», 2009. – 47 с.
78. Петрушин В. И. Музыкальная психотерапия / В. И. Петрушин – М.: Владос, 2000. – 176 с.
79. Поніманська Т. І. Дошкільна педагогіка : навчальний посібник / Т. І. Поніманська. – К.: Академвидав, 2006. – 456 с.
80. Про становище інвалідів в Україні / Національна доповідь / Міністерство праці та соціальної політики України; Державна установа науково-дослідницький інститут соціально-трудових відносин Мінпраці України. – К., 2008. – 200 с.
81. Проблемное детство: диагностика и коррекция : сб. науч. тр. [под ред. К. М. Хоруженко]; М-во образования Рос. Федерации. Таганрог. гос. пед. ин-т. – Таганрог: Изд-во Таганрог. гос. пед. ин-та, 2003. – 166 с.
82. Радченко М. І. Особистісна саморегуляція дорослих у сім'ях з розумово відсталими дітьми-інвалідами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології» / М. І. Радченко. – К., 2006. – 18 с.
83. Роль лечебного плавания в реабилитации детей с детским церебральным параличом / И. П. Федорова // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fishbaby.kz/mainframe.php?r=6>
84. Савіна Л. П. Пальчикова гімнастика для розвитку мовлення дошкільнят: посіб. [для батьків та педагогів] / Л. П. Савіна. – К.: Школа, 2001. – 47 с.
85. Сара Ньюмен. Игры и занятия с особым ребенком : руководство для родителей / Ньюмен Сара ; [пер. с англ. Н.Л. Ходмогоровой]. – М.: Теревинф, 2004. – 240 с.
86. Скворцов И. А. Ваш ребенок от рождения до школы / И. А. Скворцов – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 272 с.
87. Смолякова А. А. Гимнастика и массаж для детей / А. А. Смолякова. – М.: Мир книги, 2009. – 157 с.
88. Современные технологии реабилитации в педиатрии. Т. 1. / Под ред. Е. Т. Лильина. – М. : «ОДИ international», 2000. – 556 с.
89. Современные технологии реабилитации в педиатрии. Т. 2. / Под ред. Е. Т. Лильина. – М. : ЛО Московия, 2003. – 686 с.
90. Созонова М. С. Психологическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями / М. С. Созонова; М-во образования и науки РФ, Федеральное агентство по образованию, ГОУ ВПО «Тобольский гос. пед. ин-т им. Д. И. Менделеева». – Тобольск: ТГПИ им. Д. И. Менделеева, 2008. – 159 с.
91. Соціальна допомога за законодавством України: зб. нормативних актів / [упор.: д-р юрид. наук, проф. Г. І Чанишева, доц. Т. М. Додіна]. – Харків: ТОВ "Одіссей", 2006. – 544 с.
92. Стройкова Т. Р. Некоторые аспекты физического развития детей в норме и в патологии : метод. рекомендации / Т. Р. Стройкова, В. И. Григанов; ГОУ ВПО "Астраханская гос. мед. акад." Росздрава – Астрахань : Астраханская гос. мед. акад. Росздрава, 2009. – 42 с.
93. Узарова О. В. Пальчикова гімнастика / О. В. Узарова, О. О. Нефьодова. – К.: Школа, 2003. – 128 с.
94. Фізичні методи в лікуванні та медичній реабілітації хворих і інвалідів / За ред. І. С. Самосюка. – К. : Здоров'я, 2004. – 624 с.
95. Физиология развития ребенка : руководство по возрастной физиологии: учеб. пособ. / [М. М. Безруких и др.] ; под ред. М. М. Безруких, Д. А. Фарбер. – М.: Изд-во Московского психолого-социального ин-та; Воронеж: МОДЭК, 2010. – 766 с.



96. Финни Нэнси Р. Ребенок с церебральным параличом: помощь, уход, развитие : книга для родителей / Нэнси Р. Финни ; под ред. Е. В. Клочковой ; [пер. с англ. Ю. В. Липес, А. В. Снеговской]. – 3-е изд. – М.: Теревинф, 2009. – 333 с.
97. Фирсов З. П. Плавать раньше, чем ходить / З. П. Фирсов. – М.: Физкультура и спорт, 1986. – 72 с.
98. Шамарин Т. Г. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей / Т. Г. Шамарин, Г. И. Белова. – Элиста: «Джангар», 1999. – 168 с.
99. Шипицына Л. М. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие [для студентов вузов, обучающихся по специальности 031900 – «Спец. Психология»] / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 367 с.
100. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе / Л. М. Шипицына. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.
101. Ямщукова Н. А. Лечебная физкультура и массаж при прогрессирующих мышечных атрофиях / Н. А. Ямщукова. – М.: Наука, 1979. – 150 с.
102. Янушанец Н. Ю. Если ваш ребенок болен ДЦП / Н. Ю. Янушанец. – СПб.: Питер, 2004. – 128 с.
103. Яцык Г. В. Нервно-психическое развитие глубоко недоношенных детей / Г. В. Яцык, Е. П. Бомбардинова, Е. И. Токовая // Детский доктор. – 2001. – С. 3–8.
104. Adda, J. Socio-economic Status and Health Causality [Электронный ресурс]. / Adda, T. Chandola, M. Marmot Journal of Econometrics Pathways. 2002. – <http://www.elsevier.nl/inca/publications>.
105. Balog E., Rozma I. Conductive Education. Occasional Papers. Budapest. Library of the international Peto Justiti te, 2002, 107 p.
106. Blank R., Von Voss H. Kouductive Forderung nach Peto – Evaluation einer alltags – und aufgabenorientierfen Therapie bei Rindern init Zerebralparesent im Rindergarten – und Vortchlalter. Mainz by Rirchhtim J. Verlag, 2001. – 124 s.
107. Bobath therapy FAQs. Available from http://www.bobathwales.org/therapy_faqs.php
108. Bobath concept. Available from http://en.wikipedia.org/wiki/Bobath_concept
109. Coombs R., Reichelderfer P., Landay A. // AIDS. – 2003. – Vol. 17, N 4. – P. 455–480.
110. International Bobath Instructors Training Association. Theoretical assumptions and clinical practice. [Internet]. 2006 [updated 2008 September; cited 2011 May 10]. Available from <http://ibita.org/pdf/assumptions-EN.pdf>.
111. Mischel R. E., Mobley W.C. Neurotrophic factors In: Pediatrics Perinatology. Ed. by P. D. Gluckman., M. A. Heymann-Arnold. London 1996; 368–372.
112. Mostad S., Kreiss J., Ryncarz A. et al. // J. Med. Virol. – 1999. № 4.– P. 469–473.
113. Neu Akzente in der Sozialpadiatrie / Herausgeber : H. Von Voss – Mainz by Kirchheim – Verlag, 2002 – 130 s.
114. Poma P. A. // Amer. J. Perinatol. – 1999. – Vol. 16, № 5. – P. 227–231.
115. Revello M., Gema G. // Clin. Microbiol. Rev. – 2002. – Vol 10. – P. 680–715.
116. Scrutton D., Damino D., Mayston D. Management of the Motor Disorders of Children with Cerebral Palsy – London : Mac Keith Press, 2004.– 204 p.
117. <http://fizkyltyra.org.ua/1470#>
118. <http://stranamasterov.ru/node/17746>
119. http://www.solnet.ee/parents/log_49.html
120. <http://www.altai.fio.ru/projects/group4/potok88/site/page04-1.htm>



ДОДАТКИ

Додаток 1

Загальна Оцінка основних видів та навичок самообслуговування

Прізвище та ім'я дитини

Основні види і навички самообслуговування	Оцінка засвоєння			
	Виконання з допомогою	Виконання в присутності асистента	Епізодичне самостійне виконання	Регулярне самостійне виконання
Гігієнічні навички				
1. Миття рук				
2. Миття ніг				
3. Витирання рушником				
4. Чищення зубів				
5. Розчісування волосся				
6. Використання носової хустинки				
Користування туалетом				
1. Вміння проситися в туалет				
2. Вміння контролювати фізіологічні потреби				
3. Вміння поведження в туалеті				
4. Користування туалетним папером				
Харчування				
1. Користування столовими приборами (ложка, виделка, ніж)				
2. Пиття з горнятка				
Вдягання/Роздягання				
1. Вдягання та роздягання окремих предметів одягу: - шарпеток; колготок; - головних уборів; рукавиць; штанів; майок; - плаття (через голову); - сорочки; верхнього одягу				
2. Розстібання/застібання одягу на: „липучках”; „блискавці”; гудзиках;				
Взування/розування взуття				
домашніх тапочок; черевики; чобіт				
розстібання/застібання взуття на: липучках; блискавках; використання шнурівок (зав'язування/розв'язування)				



ОЦІНКА ОСНОВНИХ РУХОВИХ ФУНКЦІЙ GROSS MOTOR FUNCTION MEASURE (GMFM) (ООРФ)

КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ SCORE SHEET

Прізвище та ім'я дитини: _____
Child's Name

Ідентифікаційний номер: _____
I.D.#:

Дата народження: ____/____/____
Date of Birth: (yy/mm/dd) рік /місяць/ день

Дата обстеження: ____/____/____
Assessment date: (yy/mm/dd) рік /місяць / де

Діагноз: _____
Diagnosis:

Ступінь ураження: легкий середній важкий

Severity: Mild Moderate Severe

Обстеження провів: (прізвище та ім'я): _____
Evaluator's Name

Умови (обставини) обстеження (напр. приміщення, час, одяг, інші присутні)
Testing Conditions (e.g. room, clothing, time, others present)

ООРФ це стандартизований засіб спостереження, розроблений і призначений для оцінки змін основних рухових функцій, які відбулися на протязі певного часу в дітей, хворих на ДЦП.

*КЛЮЧ ДО ОЦІНКИ

- 0 = не починає виконувати
- 1 = починає виконувати
- 2 = частково виконує
- 3 = повністю виконує

* якщо інше не вказано, то "починає" значить виконує завдання менш, ніж на 10%, а "частково виконує" - більш ніж на 10% але менше 100%.

Цей ключ є головною вказівкою. Хоча кожна група завдань має специфічні описи до окремих пунктів, цей **ключ обов'язково враховується для всіх оцінюваних груп.**

The GMFM is a standardized observational instrument designed and validated to measure change in gross motor function over children with cerebral palsy.

SCORING KEY: 0 = does not initiate
1 = initiates
2 = partially completes
3 = completes

*Unless otherwise specified, "initiates" is defined as completion of less than 10% of the Item. "Partially completes" is defined as completion of 10%-less than 100%.

The scoring key is meant to be a general guideline. However, most of the items have specific descriptors for each score. It is imperative that the **guidelines be used for scoring each item.**

КОНТАКТНА АДРЕСА (Contact Address):

Dianne Russell, Gross Motor Measure Group, Chedoke-McMaster Hospitals, Chedoke Hospital, Building 74, Room 29, Box 200 "A", Hamilton, Ontario CANADA L8N 3Z5

Children's Developmental Rehabilitation Programme at Chedoke-McMaster Hospitals, Hamilton, Ontario, Hugh MacMillan Rehabilitation Centre, Toronto, Ontario, and McMaster University, Hamilton, Ontario Canada

Карта обстеження тривалий час застосовується в Навчально-реабілітаційному центрі "Джерело", пр. Червоної Калини 8 м. Львів 79049, E-mail: dzherelo@link.lviv.ua



Позначте (✓) відповідну оцінку (Check the appropriate score):

Пункт	Група А: ЛЕЖАННЯ І ПЕРЕВЕРТАННЯ (Item A: LYING AND ROLLING)	ОЦІНКА (Score)
1.	На спині, голова рівно: повернути голову при симетричних кінцівках Sup: Head in Midline: Turns head with extremities symmetrical	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1.
2.	На спині: піднести руки до середньої лінії тіла, з'єднати пальці Sup: Brings hands to midline, fingers one with the other	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2.
3.	На спині: піднести голову до 45° Sup: Lifts head 45°	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3.
4.	На спині: повністю зігнути праве (П) стегно і коліно Sup: Flexes R hip & knee through full range	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4.
5.	На спині: повністю зігнути ліве (Л) стегно і коліно Sup: Flexes L hip & knee through full range	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5.
6.	На спині: простягнути П руку за іграшкою, рука перетинає середню лінію Sup: Reaches out with R arm, hand crosses midline toward toy	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6.
7.	На спині: простягнути Л руку за іграшкою, рука перетинає середню лінію Sup: Reaches out with L arm, hand crosses midline toward toy	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 7.
8.	На спині: перевернутися на живіт через П бік Sup: Rolls to pr over R side	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8.
9.	На спині: перевернутися на живіт через Л бік Sup: Rolls to pr over L side	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9.
10.	На животі: підняти голову вертикально Pr: Lifts head upright	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 10.
11.	На животі, спершись на передпліччя: підняти голову вертикально, розігнути лікті, підвести груди Pr on forearms: lifts head upright, elbows ext., chest raised	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 11.
12.	На животі, спершись на передпліччя: спираючись на П передпліччя, повністю випрямити протилежну руку вперед Pr on forearms: weight on R forearm, fully extends opposite arm forward	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 12.
13.	На животі, спершись на передпліччя: спираючись на Л передпліччя, повністю випрямити протилежну руку вперед Pr on forearms: weight on L forearm, fully extends opposite arm forward	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 13.
14.	На животі: перевернутися на спину через П бік Pr: rolls to sup over R side	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 14.
15.	На животі: перевернутися на спину через Л бік Pr: rolls to sup over L side	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 15.
16.	На животі: розвернутися на 90° навколо вертикальної осі вправо за допомогою ніг і рук Pr: pivots to R 90° using extremities	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 16.
17.	На животі: розвернутися на 90° навколо вертикальної осі вліво за допомогою ніг і рук Pr: pivots to L 90° using extremities	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 17.

Разом у групі А _____



Пункт Група Б: **СИДІННЯ** (Item B: SITTING)

ОЦІНКА

- | | |
|--|---|
| 18. На спині, терапевт тримає за руки: підтягнутись у положення сидячи, утримуючи голову
Sup, hands grasped by examiner: pulls self to sitting with head control | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 18. |
| 19. На спині: перевернутись на П бік і сісти
Sup: Rolls to R side, attains sitting | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 19. |
| 20. На спині: перевернутись на Л бік і сісти
Sup: Rolls to L side, attains sitting | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 20. |
| 21. Сидячи на маті з підтримкою терапевтом за грудну клітку: підняти голову і утримувати її вертикально 3 с.
Sit on mat, supported at thorax by therapist: lifts head upright, maintains 3 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 21. |
| 22. Сидячи на маті з підтримкою терапевтом за грудну клітку: підняти і привести голову до середньої лінії та утримувати її вертикально 10 с
Sit on mat, supported at thorax by therapist: lifts head to midline, maintains 10 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 22. |
| 23. Сидячи на маті з упором на руку(руки): утримуватись 5 с
Sit on mat, arm(s) propping: maintains, 5 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 23. |
| 24. Сидячи на маті : утримувати положення 3 с, без опори на руки
Sit on mat: maintains, arms free, 3 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 24. |
| 25. Сидячи на маті: нахилитись, торкнутись малої іграшки перед собою і випрямитись, не спираючись на руки
Sit on mat with small toy in front: leans forward, touches toy, re-erects without arm propping | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 25. |
| 26. Сидячи на маті: торкнутись іграшки, що лежить на 45° позаду справа, вернутись до початкового положення
Sit on mat: touches toy placed 45° behind child's R side, returns to start | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 26. |
| 27. Сидячи на маті: торкнутись іграшки, що лежить на 45° позаду зліва, вернутись до початкового положення
Sit on mat: touches toy placed 45° behind child's L side, returns to start | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 27. |
| 28. Сидячи, коліна зігнуті вправо: утримувати положення 5 с, без опори на руки
R side sit: maintains, arms free, 5 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 28. |
| 29. Сидячи, коліна зігнуті вліво: утримувати положення 5 с, без опори на руки
L side sit: maintains, arms free, 5 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 29. |
| 30. Сидячи на маті: опуститись на живіт, контролюючи рух
Sit on mat: lowers to pr with control | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 30. |
| 31. Сидячи на маті, ноги вперед: стати рачки через П бік
Sit on mat with feet in front: attains 4 point over R side | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 31. |
| 32. Сидячи на маті, ноги вперед: стати рачки через Л бік
Sit on mat with feet in front: attains 4 point over L side | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 32. |
| 33. Сидячи на маті: розвернутись навколо вертикальної осі на 90° без допомоги рук
Sit on mat: pivots 90°, without arms assisting | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 33. |
| 34. Сидячи на лавці: утримувати положення 10 с, без опори на руки і стопи
Sit on bench: maintains, arms and feet free, 10 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 34. |
| 35. Стоячи: сісти на малу лавку
STD: attains sit on small bench | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 35. |
| 36. На підлозі: сісти на малу лавку
On the floor: attains sit on small bench | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 36. |
| 37. На підлозі: сісти на велику лавку
On the floor: attains sit on large bench | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 37. |

Разом у групі Б _____



Пункт Група В: ПОВЗАННЯ І РАЧКУВАННЯ (Item C: CRAWLING & KNEELING)

ОЦІНКА

38. На животі: проповзти 2 м вперед
Pr: creeps forward 2 meters 0 1 2 3 38.
39. На чотирьох: втримати положення 10 с, спираючись на кисті і коліна
4 Point: maintains, weight on hands and knees, 10 seconds 0 1 2 3 39.
40. На чотирьох: сісти, не спираючись на руки
4 Point: attains sit arms free 0 1 2 3 40.
41. На животі: стати рачки, спираючись на кисті і коліна
Pr: attains 4 point, weight on hands and knees 0 1 2 3 41.
42. На чотирьох: простягнути П руку вперед вище рівня плеча
4 Point: reaches forward with R arm, hand above shoulder level 0 1 2 3 42.
43. На чотирьох: простягнути Л руку вперед вище рівня плеча
4 Point: reaches forward with L arm, hand above shoulder level 0 1 2 3 43.
44. На чотирьох: рачкувати (чи інакше посунутись) вперед на 2 м
4 Point: crawls or hitches forward 2 meters 0 1 2 3 44.
45. На чотирьох: рачкувати вперед реципрокними рухами на 2 м
4 Point: crawls reciprocally forward 2 meters 0 1 2 3 45.
46. На чотирьох: підняти рачки на 4 сходинки, спираючись на кисті і коліна/стопи
4 Point: crawls up 4 steps on hands and knees/feet 0 1 2 3 46.
47. На чотирьох: опуститись рачки назад на 4 сходинки, спираючись на кисті і коліна/стопи
4 Point: crawls backward down 4 steps on hands and knees/feet 0 1 2 3 47.
48. Сидячи на маті: встати на коліна з допомогою рук, утримувати положення 10 с, без опори на руки
Sit on mat: attains high kn using arms, maintains, arms free, 10 seconds 0 1 2 3 48.
49. Стоячи на колінах: стати на одне коліно з допомогою рук, П нога вперед, утримувати положення 10 с, без опори на руки
High kn: attains half kn on R knee using arms, maintains, arms free, 10 seconds 0 1 2 3 49.
50. Стоячи на колінах: стати на одне коліно з допомогою рук, Л нога вперед, утримувати положення 10 с, без опори на руки
High kn: attains half kn on L knee using arms, maintains, arms free, 10 seconds 0 1 2 3 50.
51. Стоячи на колінах: пройти на колінах 10 кроків вперед без допомоги рук
High kn: kn walks forward 10 steps, arms free 0 1 2 3 51.

Разом у групі В _____



Пункт Група Г: **СТОЯННЯ** (Item D: STANDING)

- | | ОЦІНКА |
|--|---|
| 52. На підлозі: підтягнутись і встати при великій лавці
On the floor: pulls to std at large bench | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 52. |
| 53. Стоячи: утримувати положення 3 с, без опори на руки
Std: maintains, arms free, 3 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 53. |
| 54. Стоячи: тримаючись однією рукою за високу лавку, підняти П стопу на 3 с
Std: holding on to large bench with one hand, lifts R foot, 3 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 54. |
| 55. Стоячи: тримаючись однією рукою за високу лавку, підняти Л стопу на 3 с
Std: holding on to large bench with one hand, lifts L foot, 3 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 55. |
| 56. Стоячи: утримувати положення 20 с, без опори на руки
Std: maintains, arms free, 20 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 56. |
| 57. Стоячи: підняти Л стопу на 10 с, без опори на руки
Std: lifts L foot, arms free, 10 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 57. |
| 58. Стоячи: підняти П стопу на 10с, без опори на руки
Std: lifts R foot, arms free, 10 seconds | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 58. |
| 59. Сидячи на малій лавці: встати без допомоги рук
Sit on small bench: attains std without using arms | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 59. |
| 60. Стоячи на колінах: стати на П ногу і підвестися без допомоги рук
High kn: attains std through half kn on R knee, without using arms | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 60. |
| 61. Стоячи на колінах: стати на Л ногу і підвестися без допомоги рук
High kn: attains std through half kn on L knee, without using arms | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 61. |
| 62. Стоячи: контролюючи рух, опуститись і сісти на підлогу, без опори на руки
Std: lowers to sit on floor with control, arms free | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 62. |
| 63. Стоячи: присісти навпочіпки без допомоги рук
Std: attains squat, arms free | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 63. |
| 64. Стоячи: підняти предмет з підлоги, без опори на руки, випрямитись
Std: picks up object from floor, arms free, returns to stand | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 64. |

Разом у групі Г _____

Група Д: **ХОДЬБА, БІГ І СТРИБКИ** (Item E: WALKING, RUNNING, & JUMPING)

- | | ОЦІНКА |
|---|---|
| 65. Стоячи, руки на великій лавці: зробити 5 приставних кроків вправо
Std, 2 hands on large bench: cruises 5 steps to R | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 65. |
| 66. Стоячи, руки на великій лавці: зробити 5 приставних кроків вліво
Std, 2 hands on large bench: cruises 5 steps to L | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 66. |
| 67. Стоячи, терапевт підтримує за 2' руки: пройти 10 кроків вперед
Std, 2 hands held: walks forward 10 steps | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 67. |
| 68. Стоячи, терапевт підтримує за 1 руку: пройти 10 кроків вперед
Std, 1 hand held: walks forward 10 steps | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 68. |
| 69. Стоячи: пройти 10 кроків вперед
Std: walks forward 10 steps | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 69. |
| 70. Стоячи: пройти вперед 10 кроків, зупинитись, повернутись на 180°, вернутись
Std: walks forward 10 steps, stops, turns 180°, returns | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 70. |
| 71. Стоячи: пройти назад 10 кроків
Std: walks backward 10 steps | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 71. |
| 72. Стоячи: пройти вперед 10 кроків, тримаючи великий предмет двома руками
Std: walks forward 10 steps, carrying a large object with 2 hands | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 72. |
| 73. Стоячи: пройти вперед 10 кроків між паралельними прямими (ширина 20 см)
Std: walks forward 10 consecutive steps between parallel lines 20 cm apart | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 73. |
| 74. Стоячи: пройти вперед 10 кроків, ступаючи по прямій лінії шириною 2 см
Std: walks forward 10 consecutive steps on a straight line 2 cm wide | 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 74. |



75. Стоячи: переступити через паличку на рівні колін, починаючи з П ноги
Std: steps over stick at knee level, R foot leading 1 2 3 75.
76. Стоячи: переступити через паличку на рівні колін, починаючи з Л ноги
Std: steps over stick at knee level, L foot leading 1 2 3 76.
77. Стоячи: пробігти 5 м, зупинитись і вернутись
Std: runs 15 feet, stops and returns 1 2 3 77.
78. Стоячи: копнути м'яч П ногою
Std: kicks ball with R foot 1 2 3 78.
79. Стоячи: копнути м'яч Л ногою
Std: kicks ball with L foot 1 2 3 79.
80. Стоячи: підстрибнути на 35 см угору одночасно обома ногами
Std: jumps 35cm high, both feet simultaneously 1 2 3 80.
81. Стоячи: стрибнути на 35 см вперед одночасно обома ногами
Std: jumps forward 35cm, both feet simultaneously 1 2 3 81.
82. Стоячи на П нозі: підстрибнути 10 разів всередині кола діаметром 60 см
Std on R foot: hops on R foot 10 times within a 60 cm circle 1 2 3 82.
83. Стоячи на Л нозі: підстрибнути 10 разів всередині кола діаметром 60 см
Std on L foot: hops on L foot 10 times within a 60 cm circle 1 2 3 83.
84. Стоячи: вийти на 4 сходинки перемінним кроком, тримаючись за 1 поруччя
Std, holding 1 rail: walks up 4 steps, holding 1 rail, alternating feet 1 2 3 84.
85. Стоячи: зійти на 4 сходинки перемінним кроком, тримаючись за 1 поруччя
Std, holding 1 rail: walks down 4 steps, holding 1 rail, alternating feet 1 2 3 85.
86. Стоячи: вийти на 4 сходинки перемінним кроком
Std: walks up 4 steps, alternating feet 1 2 3 86.
87. Стоячи: зійти на 4 сходинки перемінним кроком
Std: walks down 4 steps, alternating feet 1 2 3 87.
88. Стоячи на сходинці висотою 15 см: зістрибнути обома ногами одночасно
Std on 15cm step: jumps off, both feet simultaneously 1 2 3 88.

Разом у групі Д _____

Чи дане обстеження вірно відображає звичні спроможності дитини? ТАК НІ
Was this assessment indicative of this child's "regular" performance? Yes No

Коментарі (Comments): _____

Проблеми (Problems): _____

Плани (Plan): _____



ТЕСТУВАННЯ З ДОПОМІЖНИМИ ЗАСОБАМИ (ОРТЕЗАМИ)

Testing with Aids/Orthoses

Відзначте (✓), який допоміжний засіб (ортез) вживався і при яких завданнях його вперше застосовано. (Може бути більше як один).

Indicate below with a check which aid/orthosis was used and what dimension it was first applied. (There may be more than one).

Засіб Aid	Завдання Dimension	Ортез Aid	Завдання Dimension
Колісні ходилки (Rollator/pusher)	<input type="checkbox"/> _____	На стегно (Hip Control)	<input type="checkbox"/> _____
Ходилки (Walker)	<input type="checkbox"/> _____	На коліна (Knee Control)	<input type="checkbox"/> _____
"Н"-подібні милиці (H Frame crutches)	<input type="checkbox"/> _____	На гомілко-стоп. суг.(Ankle foot control)	<input type="checkbox"/> _____
Милиці (Crutches)	<input type="checkbox"/> _____	На ступню (Foot Control)	<input type="checkbox"/> _____
Стойки (Quad Cane)	<input type="checkbox"/> _____	Взуття (Shoes)	<input type="checkbox"/> _____
Паличка (Cane)	<input type="checkbox"/> _____	Жодні (None)	<input type="checkbox"/> _____
Жодні (None)	<input type="checkbox"/> _____	Інші (Other) _____	<input type="checkbox"/> _____
Інші (Other) _____	<input type="checkbox"/> _____	назвати (Specify)	

ПІДСУМКОВІ ОЦІНКИ З ЗАСТОСУВАННЯМ ДОПОМІЖНИХ ЗАСОБІВ SUMMARY SCORE USING AIDS/ORTHOSES

Кількість балів
Dimension

Розрахунок середнього балу в %
Calculation of Dimension % Scores

цільовий бал
Goal Area

A. Лежання і перевертання
Lying & Rolling

Сума балів А

$$\frac{51}{51} \times 100 = \underline{\quad\quad} \%$$

A.

B. Сидіння
Sitting

Сума балів Б

$$\frac{60}{60} \times 100 = \underline{\quad\quad} \%$$

B.

B. Повзання і рачкування
Crawling & Kneeling

Сума балів В

$$\frac{42}{42} \times 100 = \underline{\quad\quad} \%$$

B.

Г. Стояння
Standing

Сума балів Г

$$\frac{39}{39} \times 100 = \underline{\quad\quad} \%$$

Г.

Д. Ходьба, біг, стрибки
Walking, Running & Jumping

Сума балів Д

$$\frac{72}{72} \times 100 = \underline{\quad\quad} \%$$

Д.

В середньому по групах

$$= \frac{\%A + \%B + \%V + \%Г + \%Д}{5} = \underline{\quad\quad} \%$$

Total Score

Кількість груп вимірів

$$= \frac{+ + + +}{5} = \underline{\quad\quad} \%$$

цільовий середній бал

$$= \frac{\text{Сума цільових середніх балів}}{\text{число цільових вимірів (груп)}} = \underline{\quad\quad} \%$$

Goal Total Score

число цільових вимірів (груп)

$$= \underline{\quad\quad} \%$$



ООРФ Підсумкові оцінки SUMMARY SCORE

Кількість балів
Dimension

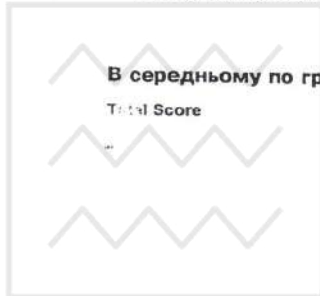
A. Лежання і перевертання
Lying & Rolling

B. Сидіння
Sitting

B. Повзання і рачкування
Crawling & Kneeling

Г. Стояння
Standing

Д. Ходьба, біг, стрибки
Walking, Running & Jumping



цільовий середній бал
Goal Total Score

Розрахунок середнього балу в %
Calculation of Dimension % Scores

Цільовий бал
Goal Area

Сума балів А

$$\frac{51}{51} \times 100 = \underline{\quad} \%$$

A.

Сума балів Б

$$\frac{60}{60} \times 100 = \underline{\quad} \%$$

Б.

Сума балів В

$$\frac{42}{42} \times 100 = \underline{\quad} \%$$

В.

Сума балів Г

$$\frac{39}{39} \times 100 = \underline{\quad} \%$$

Г.

Сума балів Д

$$\frac{72}{72} \times 100 = \underline{\quad} \%$$

Д.

$$= \%A + \%B + \%B + \%Г + \%Д$$

$$= \frac{\text{Кількість груп вимірів}}{5} = \underline{\quad} \%$$

$$= \frac{\text{Сума цільових середніх балів}}{\text{число цільових вимірів (груп)}}$$

$$= \underline{\quad} \%$$

Національний університет
водного господарства
та природокористування



Перелік центрів (відділень) медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України

1. Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України

04209 м. Київ, вул. Богатирська, 30; тел. (044) 412-05-78; ф.412-10-68 Директор – Мартинюк В.Ю.

2. Український центр санаторно-курортної реабілітації та соціальної адаптації дітей з органічним ураженням нервової системи та очних хвороб МОЗ України на базі дитячого клінічного санаторію "Хаджибей"

65040 Одеська обл., с.Усатово, вул. Вернидуба, 1; тел. (0482) 33-68-03, 30-84-40 – секретар

3. Медичний центр реабілітації дітей з соматичними захворюваннями МОЗ України

65012 м. Одеса, вул. Маріїнська, 2; тел. (0482) 22-41-60

4. Санаторій "Іскра" МОЗ України

97320 м. Євпаторія, вул. Кірова, 91; тел. (06569) 3-22-46; ф. 3-05-59 . Виконує функції центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

5. Санаторій "Батьківщина" МОЗ України

97320 м. Євпаторія, вул. Франка, 30; тел. (06569) 3-24-10 .Виконує функції центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

6. Український центр психотерапевтичної реабілітації

49007 м. Дніпропетровськ, вул. Бехтерева, 1; тел. (0562) 26-87-37; 26-89-31

Заклади недержавної форми власності

7. Інститут проблем медичної реабілітації

79058 м. Львів, пр. Чорновіла, 45а; Директор – Козьявкін В.Д.

8. Центр реабілітації "Еліта"

82200 Львівська обл., м. Трускавець, вул. Карпатська, 2; тел. (03247) 6-52-00; ф. 6-91-29 Директор - Козьявкін В.І.

9. Одеський центр реабілітації дітей-інвалідів благодійного фонду "Майбутнє"

65011 м. Одеса, вул. Пушкінська, 51; тел. (0482) 21-82-90; 24-50-44

10. Інститут реабілітації осіб з вадами психофізичного розвитку ім. Я. Корчака

65011 м. Одеса, вул. Гайдара, 3а; тел. (0482) 66-70-91

Центри (відділення) обласного, міського підпорядкування

11. Республіканський центр реабілітації для дітей з ураженням нервової системи та опорно-рухового апарату МОЗ АР Крим на базі республіканського дитячого клінічного санаторію "Чайка"

97413 м. Євпаторія, вул. 60- річчя утворення СРСР, 29; тел. (065569) 2-1 1-58

12. Євпаторійський центральний дитячий клінічний санаторій МО України

97320 м. Євпаторія, вул. Дувановського, 21; (06569) 3-14-00 .Виконує функції центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

13. Центр реабілітації для дітей з дитячим церебральним паралічем на базі обласного будинку дитини

21029 м. Вінниця, вул. Мечникова, 34; тел. (0432) 44-66-98 Директор – Поліщук Ю.В. виконує функції центру медико - соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

14. Обласний центр реабілітації дітей-інвалідів з органічним ураженням нервової системи та дітей-інвалідів "Дачний" на базі Волинського обласного ДТМО

45753 Волинська обл., Ківерцівський р-н., с. Жабче; тел. (03365) 2-21-18

15. Дитяча міська клінічна лікарня №5. Центр медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

49027 м. Дніпропетровськ, вул. Фучика, 5; тел. (056) 744-61-74

16. Донецький обласний клінічний науково-практичний центр реабілітації церебрального паралічу і органічних захворювань нервової системи у дітей з порушенням психіки



83052 м. Донецьк, пр. Ілліча, 80а; тел. (0622) 94-01-73 Директор Євтушенко О.С.

17. Центр реабілітації хворих з спинномозковою травмою та дитячим церебральним паралічем

Донецька обл., м. Макіївка, пров. Горняцький, 1; тел. (06232) 6-1 1-04

18. Обласний медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи та порушенням психіки при обласній дитячій лікарні

10001 Житомирська обл., с. Станішовка, вул. Сквирська, 6; тел. (0412) 34-55-04; 34-55-87

19. Дитяче ТМО – Міський реабілітаційний центр "Поклик"

10001 м. Житомир, вул. 1 Травня, 23;

20. Центр ранньої медико-соціальної реабілітації з дітей малозабезпечених сімей на базі обласного будинку дитини

10004 м. Житомир, вул. Корабельна, 8; Виконує функції центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

21. Центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи "Росинка" при обласній дитячій лікарні

89600 Закарпатська обл., м. Мукачево, вул. І.Франка, 4; тел. (03131)5-45-42

22. Обласний центр ранньої медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи та дітей-інвалідів, при обласній дитячій лікарні

69063 м. Запоріжжя, пр. Леніна, 70; тел. (0612) 64-57-81

23. Хортицький навчально-реабілітаційний багатопрофільний центр

69017 м. Запоріжжя, острів Хортиця, 1; тел. (0612) 60-53-04 Здійснює комплекс медичної, психологічної, педагогічної реабілітації хворої дитини

24. Відділення реабілітації дітей з ураженням нервової системи і опорно-рухового апарату при обласній дитячій лікарні

76014 м. Івано-Франківськ, вул. Коновальця, 132; тел. гол. сестри лікарні (0342) 52-78-96

25. Лікувально-діагностичний центр соціальної адаптації дітей "Надія" (для дітей з психічними, інтелектуальними та адаптивними відхиленнями), при психоневрологічній лікарні №3

76000 м, Івано-Франківськ, вул. Медична, 15; тел.(034) 2-70-47

26. Дитячий оздоровчий центр "Шанс"

09108 Київська обл., м. Біла Церква, вул. Східна, 34; тел. (04463) 9-63-89, 7-26-10

27. Медичний центр "Добруджа" (неврологічне відділення для дітей з органічним ураженням нервової системи)

25011 м. Кіровоград, пр. Правди, 68а; тел. (0522) 55-13-77 – приймальна; 55-74-80-начмед. Виконує функції центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

28. Відділення медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи при обласній лікарні

91016 м. Луганськ, вул. Радянська, 68; тел. (0642) 53-83-15. Виконує функції центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

29. Відділення відновного лікування при міській дитячій поліклініці №1, 3 м. Миколаїв.

Виконує функції центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової систем

30. Центр ранньої соціальної реабілітації "Надія"

54003 м. Миколаїв, вул. Дзержинського, 55; тел.55-21-01; орд.24-50-82

31. Відділення медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи при обласній дитячій лікарні (реабілітаційні ліжка) •

М. Полтава, вул. Шевченка, 34; тел. (05322) 7-18-73. Виконує функції центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

32. Центр медичної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи м.Рівне

33. Обласний центр медико-соціальної реабілітації інвалідів з ураженням нервової системи для дітей-інвалідів

40024 м. Суми, пр. Лушпи, 16; тел.: (0542) 60-36-50; 60-36-30 – гол.бухг.

34. Відділення ранньої медичної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, при обласній дитячій лікарні



33031 м. Суми, вул. Ковпака, 22; тел.: (0542) 24-35-73; 24-31-65

35. Заліщицький районний центр ранньої медичної реабілітації дітей інвалідів
м. Заліщики, вул. Грушевського, 12;

36. Обласний центр ранньої медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів з ураженням нервової системи та вродженою патологією Обласна дитяча комунальна клінічна лікарня
м. Тернопіль, вул. Акад. Сахарова, 2; тел. (0352) 26-56-79

38. Центр ранньої медичної реабілітації при обласній дитячій лікарні
73013 м. Херсон, вул. Українська, 81; тел. (0552) 24-43-15

39. Відділення реабілітації (денного лікування) для дітей з органічним ураженням нервової системи при дитячій районній лікарні
м. Херсон (Комсомольський район)

40. Регіональний медичний реабілітаційний центр "Турбота" для дітей з органічним ураженням нервової системи на базі міської дитячої лікарні
М. Хмельницький, вул. С. Разіна, 1; тел. (03822) 2-1 1-14

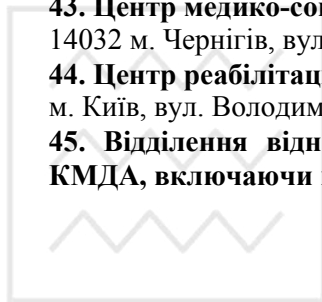
41. Черкаський міський реабілітаційно-оздоровчий центр "Астра" (обласний центр медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів)
18005 м. Черкаси, вул. Гоголя, 368; тел. (0472) 45-99-01. Виконує функції центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи

42. Обласний центр медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи на базі неврологічного відділення обласної дитячої лікарні №2
58013 м. Чернівці, пр. Незалежності, 98; тел. (03722) 3-23-26

43. Центр медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів "Відродження"
14032 м. Чернігів, вул. Донецька, 34; тел. (0462) 95-22-26.

44. Центр реабілітації дітей з порушенням слуху та мови "СУВАГ"
м. Київ, вул. Володимирська, 43; тел. (044) 225-32-49.

45. Відділення відновного лікування (23) при дитячих лікарнях та поліклініках ГУОЗ КМДА, включаючи консультативну поліклініку УДСЛ "ОХМАТДИТ"





Етапи розвитку здорових дітей

Вік	Моторні функції			
	В положенні на животі	В положенні на спині	У вертикальному положенні	Тонка моторика рук
Новонароджений	Повертає голову в сторони, намагається розігнути голову. Виражений захисний рефлекс. Коліна зігнуті під животом, позитивний рефлекс повзання	Переважає флексорний тонус, руки, ноги зігнуті. Позитивні рефлeksi: Моро, хапальний, підвішування.	Не утримує голову. При тракції в сидячому положенні голова відкидається назад. Позитивний рефлекс опори і автоматичної ходи.	Кулаки зажаті. Виражений хапальний рефлекс.
1-2 місяці	Утримує голову протягом декількох секунд під кутом 45 градусів, може підняти голову, підборіддя на 4-5 см. від ліжечка	Утримується флексорна поза. Активні рухи в кінцівках добре виражені. Позитивні оральні і спінальні сегментарні автоматизми. Краще повертає голову. Починає фіксувати погляд і слідкувати за психікою.	Краще утримує голову. Рефлекс опори і автоматичної ходи починає згасати.	Починає тягнути руки в рот. Кулачок закритий. Виражений рефлекс хапання і підвішуванні при тракції
3-4 місяці	Добре утримує голову під кутом 90 градусів. Легко піднімає грудну клітку. Спірається на передпліччя. Повертається із живота на спину.	При підтягуванні за руки утримує голову по осі тіла, коліна підтягнуті, спина зігнута. Тягнеться до підвішеної іграшки. Безумовний рефлекс рук	Спірається на стопи, при цьому тягнеться за іграшкою.	Кулачок розкритий, грає руками на рівні грудей. Захват іграшки долонею. Пальці бере в рот.
5-6 місяців	Дістає і захоплює іграшку двома руками. При підтягуванні за руки сидить з рівною спиною, але не впевнено.	Спірається на розкриті долоні. Активно перевертається із положення пронації на спину, на бік.	Згинає, випрямляє стегна і коліна, імітуючи крок, спірається на пальчики. Намагається дістати іграшку. Спостерігається оптична, механічна опора на розкриту кисть.	Починає захватувати іграшку з відведеним великим пальцем.
7-8 місяців	Сидить при пасивно наданій позі, добре утримує рівновагу. Розвивається координація рука-нога.	Перевертається з живота на спину з елементами торсії. Сідає у положенні лежачи через бік. утримує позу рачки. Стоїть в позі на колінах. Повзає без включення тазового пояса.	Стоїть при підтримці. Повертається в обидві сторони цілим тулубом. При боковій підтримці згинає ногу і спірається на неї.	Грається іграшкою. Виражений „комплекс гри”



	Моторні функції			
	В положенні на животі	В положенні на спині	У вертикальному положенні	Тонка моторика рук
9-11 місяців	Сидить впевнено, повертається у всі сторони.	Повзає на животі, рачки з опорою на коліна і долоні. Може пересуватись на колінах	Сам встає, коли його підтримують за руки. Крокує на місці або вздовж манежу. Стоїть з опорою на усю стопу. Збільшується поперековий лордоз.	Робить рукою захват предметів „пінцетний” починається опозиція великого пальця.
11-12 місяців	Добре сидить, нахилиючись у всі сторони. Сидячи утримує рівновагу при пасивно піднятих ногах.	Тримаючись за бар'єр, підтягується у верх. Багато повзає рачки.	Добре ходить з допомогою. Може почати ходити самостійно.	Дає дорослому іграшку, випускає її з рук. Утримує маленьку іграшку великим і вказівним пальцями.
12-14 місяців			Добре ходить з опорою на всю стопу, незначне приведення стоп і колін.	Сам розпочинає їсти ложкою, добре маніпулює іграшками.



Моторно-психічний розвиток недоношених дітей

Показники розвитку	Вік, коли проявляються реакції у недоношених дітей (у міс)			
	У доношених дітей	До 1499 г	1500-1999 г	2000-2500 г
Намагається підняти голову лежачи на животі	до 1	3-4	2-3	2-1
Перша посмішка	до 1	3-4	2-3	2-1
Посміхається, слідкує за іграшками	до 2	4-5	3-4	2-3
У вертикальному положенні: впирається ногами, зігнутими у кульшових суглобах, в положенні на животі, спирається на передпліччя, утримує голову, посміхається до дорослих	до 3	5-6	4-5	3-4
По звуку шукає іграшку, яку не бачить, гулить, захватує іграшки, що висять над ним	до 4	6	5,5	4,5
Розрізняє своїх і чужих, гулить	до 5	6,5	6	5,5
Бере іграшку, яку дають		6,5	6	5,5
Лежачи на животі, спирається на долоні рук, піднімаючи корпус		7,5	6,5	6
Перевертається із спини на живіт		7,5	6,5	6
Рівно і впевнено стоїть при підтримці у вертикальному положенні		7,5	6,5	6
Перевертається з живота на спину	до 6			
Рухається по манежу переставляючи руки або дещо підповзаючи			3	
Їсть з ложки	до 6	7,5	6,5	6,5
Лепетання	до 7	9,5	8,5	8
Граючись іграшкою, стукає, розмахує нею, добре повзає		10,5	9	8,5
Голосно повторює звуки				
Добре повзає		11	10	9,5
Сам сідає і лягає	до 8	11	10	9
Притримуючись руками за бар'єр, сам встає, стоїть і сідає		11	10	9
Переступає вздовж опори		12	10,5	9,5
Вільно ходить, притримуючись за опору	до 9	12,5	10	10
Гра з предметами, відкривання-закривання, виймання-вкладання набуває характер стійких занять.	до 10	12,5	11,5	12,5
На прохання дорослого знаходить і дає іграшку	до 10	13,5	11,5	11,5
Самостійно стоїть, самостійно п'є з чашки	до 12	16	14	13-12



**Мюнхенська функціональна діагностика
розвитку дрібної моторики
(перший рік життя)**

Хапання

Хронологічний вік	Моторний вік
Новонароджений	<ul style="list-style-type: none">- Долоні переважно закриті.- Виражений хапальний рефлекс руки
Кінець 1-2 міс	<ul style="list-style-type: none">- Перехідна фаза: долоні найчастіше злегка розкриті
Кінець 3 міс	<ul style="list-style-type: none">- Рухає напіврозкритою долонею в напрямку червоного предмету, який знаходиться перед ним
Кінець 4 міс	<ul style="list-style-type: none">- Долоні переважно напіврозкриті- Бавиться своїми руками- Бере до рота іграшку (координація рука-рот)
Кінець 5 міс	<ul style="list-style-type: none">- Тягнеться рукою до іграшки і торкається до неї.
Кінець 6 міс	<ul style="list-style-type: none">- Хапає цілеспрямовано запропоновану іграшку.- Долонне хапання: всією поверхнею долоні і витягнутим великим пальцем- Перекладає іграшку з однієї руки в іншу
Кінець 7, 8 міс	<ul style="list-style-type: none">- Хапає кожною рукою по кубику і довільно тримає їх нетривалий час- Бере кружок пальцем і витягнутим великим пальцем, не доторкаючись долонею
Кінець 9 міс	<ul style="list-style-type: none">- Навмисно скидає предмет
Кінець 10 міс	<ul style="list-style-type: none">- «Пінцетне захоплення»: бере маленький предмет витягнутим вказівним і великим пальцем.- Декілька раз ударає двома кубиками один об другий
Кінець 11-12 міс	<ul style="list-style-type: none">- «Щипцеве захоплення»: захоплює маленький предмет подушечками зігнутого вказівного і опозиційного великого пальців



Орієнтовні вправи для розвитку дихання

(За рекомендацією Є.В.Давиденка)

1. В. п. – стати рівно, руки вниз. Руки вгору, вниз, промовляти звуки „Ш”, „Ж”, видихаючи повітря.
1-2 – руки в сторони – вдихнути, 3-4 – різко обняти себе руками за плечі – видихнути. Повторити 3-4 рази.
2. В. п. – стати рівно, руки вниз.
1-2 – руки в сторони – вдихнути, 3-4 – присісти, обняти руками коліна – видихнути. Повторити 3-4 рази.
3. Вдихнути широко відкритим ротом, видихнути носом. Повторити 4-5 разів.
4. Дихання через одну ніздрю: вдихнути носом – одна ніздря притиснута пальцем, видихнути ротом. Повторити 3-4 рази.

Логопедична гра - Забий м'яч у ворота

Запропонуйте дитині подути на ватний чи поролоновий м'ячик, так, щоб він покотився у ворота (їх можна зробити з дроту, або намалювати). Повітряний струмінь повинен бути плавним, повільним, безперервним.

Логопедична гра Язикок - футболіст

Як і в попередній вправі, треба забити м'яч у ворота, але тепер із допомогою язика. Дитина повинна усміхнутися та покласти широкий язик на нижню губу, і, ніби вимовляючи звук [ф], дути на кінчик язика.

Логопедична гра - Літак

На кінчик носа покласти шматочок паперу або вати. Відкрити рот, широкий язик покласти на верхню губу, бокові краї язика притиснуті. Повітряний струмінь виходить посередині язика. Дитина повинна сильно подути, так, щоб «літак» полетів угору.

Логопедична гра - Пелюстки

Покладіть на долоню справжні або вирізані з паперу невеличкі пелюстки квітки. Запропонуйте дитині подути, щоб пелюстки злетіли з вашої долоні.

Логопедична гра - Кораблик.

Налийте у миску воду. Зробіть паперовий або пінопластовий кораблик та покладіть його на воду. Запропонуйте дитині подути на кораблик спочатку довгим струменем повітря, наче вимовляючи звук [ф], а потім переривчасто, наче вимовляючи звук [п-п-п-п].

Вправи для розвитку мовленнєвого дихання

Майже у всіх дітей, що заїкаються, порушене мовленнєве дихання. Під час корекційної роботи з усунення заїкання важливо навчити дитину говорити не поспішаючи, на видиху. Тому важливе місце в роботі займають вправи для розвитку правильного мовленнєвого дихання.

Кулька

Цю вправу бажано робити спочатку лежачи (щоб дитина повністю розслабилася), а потім сидячи чи стоячи. Вдих через злегка відкритий рот (живіт надувається, як кулька, плечі не піднімати). Видих через вільно відкритий рот, неначе кулька повільно здувається. Рух живота контролюється рукою. Цю сму вправу повторити з подовженим видихом на звуки (А, О, У, І). Видих під час вимови цих звуків повинен бути спокійним і безперервним.

Задуї свічку

Короткий спокійний вдих носом, потім пауза (затримати дихання на 1—2 сек.) і довгий безперервний видих через ледве зімкнуті губи з промовлянням «пф», начебто гасячи свічку (дути можна на пальчики).



Літак

Покладіть дитині на долонь маленький шматочок ватки чи паперу. Тримаючи долоню з ваткою на рівні рота, дитина повинна подути на «літак», щоб він полетів. Чим далі полетіла ватка, тим краще дитина зробила вдих і видих.

Нюхасмо квіточку

Навички правильного вдиху і видиху добре відпрацьовувати на таких вправах: дати дитині понюхати квітку, духи, фрукти;

Усі мовчать

Зробити вдих, а видихнути на звук [з], доторкнувшись вказівним пальцем до губ, неначе попросити тиші.

Де дзвенить комарик?

Дитина, сидячи на стільці, одночасно з поворотом тулуба праворуч-ліворуч робить довгий видих на звук [з-з-з-з].

Гарячий чай

У дитини в руках чашка, дитина робить вдих носом, а на видиху дує в чашечку, вимовляючи пошепки [ф-ф-ф-ф], начебто студить гарячий чай.

Кораблик

Налийте в миску води, покладіть на воду паперовий кораблик і запропонуйте дитині «допомогти» корабликові переплисти на іншу сторону миски. Дитина робить вдих носом, а на видиху вимовляє «пф» і дує при цьому на кораблик. Чим дужчий повітряний струмінь, тим далі попливе кораблик.

Ігри та вправи для подолання затинання

Вправи для зняття м'язової напруги

При затинанні часто напружені м'язи обличчя, губ, язика, пальців рук. Дуже важливо навчити дитину м'язового розслаблення під час мовлення. От деякі вправи, що допоможуть дитині розслабитися. Підняти руки вгору і виконувати махи руками.

Допоможемо мамі

Помахати розслабленими кистями рук біля підлоги, імітуючи полоскання білизни. Стати рівно, розвести руки в сторони до рівня плечей та «упустити» розслаблені руки у вихідне положення.

Струсимо водичку з рук Струснути розслабленими кистями рук, начебто струшуючи краплі води. Нахилити голову вперед, назад, праворуч, ліворуч, а потім виконати декілька кругових обертів головою спочатку в одну сторону, потім в іншу. Повільно покачати розслабленими руками з боків тулуба назад.

Кулачки силачі

Пальці рук під рахунок до 5 із силою стиснути в кулачки, на рахунок 5 розтиснути, струснувши кисті рук, до того ж, зосередити увагу дитини на тому, як пальчикам приємно відпочивати



Зразкові комплекси вправ гімнастики для очей

1. Швидко покліпати очима, заплющити очі та посидіти спокійно, повільно рахуючи до 5. Повторити 4- разів.
2. Міцно замружити очі. Порахувати до 3, відкрити очі та подивитися вдалечінь. Порахувати до 5. Повторити 4-5 разів.
3. У середньому темпі проробити 3-4 кругових рухів очима в правий бік, стільки ж само - у лівий. Розслабивши очні м'язи, подивитися вдалечінь – на рахунок 1-6. Повторити 1-2 рази.
4. Витягнути руку вперед. Подивитися на вказівний палець витягнутої руки на рахунок 1-4. Потім перенести погляд вдалечінь на рахунок 1-6. Повторити 4-5 разів.

Вправи для профілактики короткозорості

1. В. п. – ноги на ширині плечей, руки в боки. Кругові рухи руками вперед і назад. Весь час стежити за кінчиком великого пальця. Повторити 3-4 рази.
2. В. п. – сісти на стілець. Замружити і відкрити очі. Повторити 3-4 рази. Виконувати в середньому темпі.

Комплекс корегуючої гімнастики для очей

1. Часте моргання протягом 10 секунд.
2. Посилений стиск і розжаття віків, 6-12 разів.
3. Часте моргання ще протягом 10 секунд для зняття напруги.
4. Із закритими очима, рухи очним яблуком вправо - вліво, 10-20 разів.
5. Із закритими очима, рухи очним яблуком униз, 10-20 разів
6. Із закритими очима, рухи очним яблуком «по квадраті»: нагору - униз, 6-12 разів у кожную сторону.
7. Із закритими очима, руху очним яблуком по колу, 6-12 разів у кожную сторону.
8. Із закритими очима, діагональні рухи очним яблуком, з одного кута «квадрата» у протилежний, 6-12 разів.

Комплекс спеціальних вправ для корекції зору

1. І. п. сидячи. Міцно заплющити очі на 3-5 с, а потім відкрити на 3-5 с. Повторити 6-8 разів. Вправа зміцнює м'язи повік, сприяє поліпшенню кровообігу і розслабленню м'язів.
2. І. п. сидячи. Швидко моргати протягом 1-2 хв. Вправа сприяє поліпшенню кровообігу століття.
3. І. в. - стоячи. Дивитися прямо перед собою 2-3 с, перевести погляд на палець витягнутої правої руки, розташований по середній лінії обличчя на відстані 25-30 см від очей, і дивитися на нього 3-5 с, опустити руку. Повторити 10-12 разів. Вправа знижує стомлення, полегшує зорову роботу на близькій відстані.
4. І. п. - стоячи. Витягнути руку вперед, дивитися на кінець пальця витягнутої руки, розташований по середній лінії обличчя, повільно наближати палець, не зводячи з нього очей, до тих пір, поки палець не почне двоїтися. Повторити 6-8 разів. Вправа полегшує зорову роботу на близькій відстані.
5. І. п. сидячи. Заплющити повіки, масажувати їх круговими рухами пальця. Повторювати протягом 1 хв. Вправа розслабляє м'язи і покращує кровообіг століття.
6. І. п. - стоячи. Поставити палець правої руки по середній лінії обличчя на відстані 25-30 см від очей, дивитися двома очима на кінець пальця 3-5 с, прикрити долонею лівої руки ліве око на 3-5 с, забрати долоню, дивитись двома очима на кінець пальця 3-5 с, розташувати палець лівої руки по середній лінії обличчя на відстані 25-30 см від очей, дивитися обома очима на кінець пальця 3-5 с, прикрити долонею правої руки праве око на 3-5 с, забрати долоню, дивитись двома очима на кінець пальця 3-5 с. Повторити 5-6 разів. Вправа зміцнює м'язи очей (бінокулярний зір).
7. І. п. - стоячи. Відвести руку в праву сторону, повільно пересувати палець напівзігнутої руки справа наліво і, не рухаючи головою, стежити очима за пальцем; повільно пересувати палець напівзігнутої руки зліва направо і, не рухаючи головою, стежити очима за пальцем. Повторити 10-12 разів. Вправа зміцнює м'язи ока горизонтальної дії і удосконалює їх координацію.



Зразкові вправи для рухової терапії

Фізкультхвилинки з віршованими текстами «Каченята»

Раз-два – всі пірнають,
Три, чотири – виринають,
П'ять, шість – на воді
Кріпнуть крильця молоді,
Сім, вісім – що є сили
Всі до берега поплили,
Дев'ять, десять – обтрусилась
І за парти опустились.

«Гори Карпати»

Раз-два – піднімається гора,
Три, чотири – це круті гірські схили,
П'ять, шість – це орли дивний танець завели,
Сім, вісім – це смерічки похилилися до річки,
Дев'ять, десять – це вода з водоспаду витіка.

«Буратіно»

Буратіно потягнувся,
Раз – нагнувся, два – нагнувся,
Руки в сторону розвів –
Мабуть, ключик загубив.
А щоб ключик відшукати,
Треба нам навшпиньки встати.

«Зайченята»

Сірі зайчики маленькі
(Вушка є у них довгенькі)
В лісі гралась, веселилась, –
Працювати вже стомилась.
А щоб добре працювати,
Треба трішки пострибати.
Відпочили, розім'ялись
Й до роботи знову взялись.

Один комплекс вправ виконується протягом 2–3-х тижнів.

Імітаційні вправи

Вправа 1. «Руки в гору піднімає –
Вітер гілочки гойдає:
То додолу пригинає.
То до сонця розпрямляє».

Діти піднімають руки вгору, хитають ними вправо-вліво, нахилиються донизу, знову піднімають їх догори.

Вправа 2. «Песик вже із ліжка встав,
Головою похитав,
Хвостиком він помахав,
На горбочку покружляв».

Діти хитають головою повільно вправо-вліво, вверх-вниз, ніби крутять «хвостиком», кружляють навколо себе.

Вправа 3. «Дуже дивно йде пінгвін –
Не згинає ноги він,
Спробуйте і ви, малята,
Йти і ніжки не згинати».

Діти переступають з ноги на ногу, не згинаючи ніг.



Вправа 4. «На носочках бігла мишка,
Щоб не чула кроків кішка.
Треба бігти тихо-тихо,
Щоб не трапилося лихо».

Діти ходять на «носочках».

Вправа 5. «А лелека без упину
Вгору підніма коліна.
Випрямивши гордо спину,
Завмирає на хвилину».

Діти йдуть, слідкуючи за поставою, високо піднімаючи коліна.

Вправа 6. «Зайчик лапки любо склав,
Вгору весело скакав,
Стрибне з ніжечки на ніжку.
Наче біга по доріжці».

Діти складають руки перед собою, ніби лапки, стрибають на правій нозі, на лівій, на обох.

Вправа 7. «Їжачок тут пробігав,
І щоразу присідав.
Під осиковим листочком він знайшов аж три грибочки».

Діти присідають, ніби знаходять грибочки.

Вправа 8. «Гордовито, як орли,
Ми махаємо крильми
І ширяєм вправо, вліво,
Так повільно, так красиво».

Діти розводять руки на рівні плечей, ніби крила, повільно повертають тулуб вправо, вліво.

Вправа 8. «Ну й пригода у kota!
Весь він мокрий не спроста:
Впав до рибок на хвилинку –
З лапок струшує краплинки».

Діти струшують ногами та руками, ніби вони мокрі.

Вправа 9. «Джміль старезний впав на спину –
Розпрямити важко крила.
Ніжками він дригає,
Раз у раз підстрибує».

Діти, лежачи на спині, піднімають вгору руки та ноги і дригають ними.

Вправа 10. «Сім писклявих комарів
Оточили малюків.
Хочуть боляче вкусити,
Та ми будемо їх бити».

Діти плещуть у долоні перед собою, під правим коліном, під лівим коліном.

Вправа 11. «Що за зорі чарівні
На морським глибокім дні?
В небі сяють не такі!
Звуться зіроньки - морські».

*Діти лягають на спину, ноги прями, руки вздовж тулуба. Ноги й руки необхідно розвести, щоб тіло нагадувало морську зірку. В такому положенні завмерти, нормалізувати дихання.
Вправа підходить для заключної частини заняття.*



ЗАКОН УКРАЇНИ

Про освіту осіб з обмеженими можливостями здоров'я (спеціальну освіту)

Цей Закон визначає правові, організаційні та фінансові засади функціонування і розвитку спеціальної освіти з метою створення умов для задоволення потреб осіб з обмеженими можливостями здоров'я в отриманні освіти, адаптації й інтеграції зазначених осіб у суспільство.

РОЗДІЛ I. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Визначення термінів

Для цілей цього Закону вживаються такі терміни:

спеціальна освіта - дошкільна, загальна і професійна освіта, для отримання якої особам з обмеженими можливостями здоров'я створюються спеціальні умови;

особа з обмеженими можливостями здоров'я - особа, що має вади у фізичному та (або) психічному розвитку, що перешкоджають освоєнню освітніх програм без створення спеціальних умов для отримання освіти;

дитина - особа, що не досягла віку вісімнадцяти років;

дорослий - особа, що досягла віку вісімнадцяти років;

вада - фізична або психічна вада, підтверджена психолого-медико-педагогічною комісією стосовно дитини і медико-соціальної експертної комісії стосовно дорослого, а також у встановлених цим Законом випадках повторною експертизою;

фізична вада - підтверджені у встановленому порядку тимчасова або постійна вада у розвитку та (або) функціонуванні органа (органів) людини або хронічні соматичне чи інфекційне захворювання;

психічна вада - підтверджена у встановленому порядку тимчасова або постійна вада в психічному розвитку людини, включаючи порушення мови, емоційно-вольової сфери, у тому числі аутизм, наслідки ушкодження мозку, а також порушення розумового розвитку, у тому числі розумова відсталість, затримка психічного розвитку, що створюють труднощі в навчанні;

складна вада - сукупність фізичних та (або) психічних вад, підтверджених у встановленому порядку;

важка вада - підтверджена у встановленому порядку фізична або психічна вада, виражена у такому ступені, що освіта відповідно до державних освітніх стандартів (у тому числі спеціальних) є недоступною і можливості навчання обмежуються отриманням елементарних знань про навколишній світ, придбанням навиків самообслуговування і придбанням елементарних трудових навиків або отриманням елементарної професійної підготовки;

спеціальні умови для отримання освіти - умови навчання (виховання), у тому числі спеціальні освітні програми і методи навчання, індивідуальні технічні засоби навчання і середовище життєдіяльності, а також педагогічні, медичні, соціальні й інші послуги, без яких є неможливим або утрудненим освоєння загальноосвітніх і професійних освітніх програм особами з обмеженими можливостями здоров'я;

інтегроване навчання - спільне навчання осіб з обмеженими можливостями здоров'я та осіб, що не мають таких обмежень, шляхом створення спеціальних умов для отримання освіти особами з обмеженими можливостями здоров'я;

заклад освіти загального призначення - освітня установа, створена для навчання осіб, що не мають обмежень за станом здоров'я для отримання освіти;

спеціальний заклад освіти - освітня установа, створена для навчання осіб з обмеженими можливостями здоров'я;

спеціальний освітній підрозділ - структурний підрозділ закладу освіти загального призначення, створений для навчання осіб з обмеженими можливостями здоров'я;

заклад освіти інтегрованого навчання - освітня установа загального призначення, у якому створені спеціальні умови для отримання освіти особами з обмеженими можливостями здоров'я разом з особами, що не мають таких обмежень;

навчання вдома - освоєння загальноосвітніх і професійних освітніх програм особами, які за станом здоров'я тимчасово або постійно не відвідують освітню устанovu, при якому навчання



здійснюється вдома педагогічними працівниками відповідних закладів освіти, у тому числі з використанням дистанційних засобів навчання;

державне освітнє зобов'язання - іменний документ, що встановлює обов'язок держави здійснювати у відповідності зі спеціальними нормативами фінансування освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я при їхньому навчанні в закладах освіти усіх типів і видів;

повне державне забезпечення - забезпечення осіб з обмеженими можливостями здоров'я, що навчаються у державних або комунальних закладах освіти, харчуванням, одягом, взуттям, м'яким інвентарем, необхідним обладнанням та індивідуальними технічними засобами.

Стаття 2. Законодавство України про спеціальну освіту

Законодавство України про спеціальну освіту базується на Конституції України і складається із Закону України "Про освіту", цього Закону, інших нормативно-правових актів та міжнародних договорів України, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України.

Стаття 3. Мета спеціальної освіти

1. Спеціальна освіта забезпечує особам з обмеженими можливостями здоров'я отримання освіти відповідно до їхніх здібностей і можливостей в адекватній їхньому здоров'ю середовищі навчання з метою адаптації й інтеграції (реінтеграції) цих осіб у суспільство, у тому числі придбання навиків самообслуговування, підготовки їх до трудової діяльності і сімейного життя.

2. Якщо особу з обмеженими можливостями здоров'я визнано інвалідом, спеціальна освіта входить в індивідуальну програму реабілітації інваліда відповідно до законодавства про соціальний захист інвалідів.

Стаття 4. Державна політика у сфері спеціальної освіти

1. Держава забезпечує особам з обмеженими можливостями здоров'я умови для отримання безкоштовної освіти відповідно до їхніх здібностей і можливостей, у тому числі сприяє розвитку інтегрованого навчання.

2. Реалізація державної політики у сфері спеціальної освіти здійснюється на основі державної цільової програми розвитку спеціальної освіти, що є складовою частиною державної програми розвитку освіти. Державна цільова програма розвитку спеціальної освіти розробляється із залученням громадських об'єднань осіб з обмеженими можливостями здоров'я, громадських об'єднань батьків (інших законних представників) цих осіб та інших громадських об'єднань.

3. Держава надає відповідно до законодавства податкові, митні й інші пільги організаціям, що здійснюють спеціальну освіту.

РОЗДІЛ II. ПРАВА ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я, ЇХ БАТЬКІВ (ІНШИХ ЗАКОННИХ ПРЕДСТАВНИКІВ) У СФЕРІ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

Стаття 5. Права громадян у сфері спеціальної освіти

1. Громадяни мають право на огляд з метою отримання спеціальної освіти і державного освітнього зобов'язання.

2. Особи з обмеженими можливостями здоров'я мають право на:

1) безкоштовне обстеження психолого-медико-педагогічною комісією або медико-соціальною експертною комісією;

2) безкоштовну медико-психолого-педагогічну корекцію фізичних та (або) психічних вад з моменту їх виявлення відповідно до висновку психолого-медико-педагогічної комісії;

3) безкоштовну дошкільну освіту, початкову загальну й основну загальну освіту з віку шести - восьми років відповідно до висновку психолого-медико-педагогічної комісії та індивідуальної навчальної програми. Терміни освоєння основних загальноосвітніх програм початкової загальної й основної загальної освіти визначаються типовими положеннями про заклади освіти відповідних типів і видів;

4) отримання безкоштовної освіти у спеціальному закладі освіти, закладі освіти інтегрованого навчання, спеціальному освітньому підрозділі або в закладі освіти загального призначення відповідно до психолого-педагогічних і медичних показань (протипоказань);

5) безкоштовну освіту в закладі освіти незалежно від його організаційно-правової форми відповідно до державних освітніх стандартів (у тому числі спеціальних) незалежно від форми отримання освіти, що гарантується державним освітнім зобов'язанням;



б) забезпечення відповідно до соціальних або медичних показань транспортними засобами для доставки в найближчу відповідну освітню установу. Порядок забезпечення транспортними засобами встановлюється Кабінетом Міністрів України.

Стаття 6. Права батьків (інших законних представників) осіб з обмеженими можливостями здоров'я

1. Батьки (інші законні представники) дитини з обмеженими можливостями здоров'я мають право:

1) бути присутніми при обстеженні дитини психолого-медико-педагогічною комісією, обговорювати результати обстеження, оскаржити висновок цієї комісії;

2) брати участь у розробці і реалізації індивідуальних навчальних програм;

3) безкоштовно відвідувати з дозволу керівника закладу освіти заняття в державних і комунальних закладах освіти середньої професійної і вищої професійної освіти, із метою отримання спеціальних знань для більш ефективного виховання і розвитку дитини;

4) на відшкодування витрат на навчання дитини в родині по індивідуальній навчальній програмі в розмірі витрат на освіту дитини на відповідному етапі освіти в державному або комунальному спеціальному закладі освіти, у відповідності із державними нормативами фінансування, включаючи кошти, що виділяються за рахунок державного освітнього зобов'язання, за умови виконання індивідуальної навчальної програми;

5) отримувати в психолого-медико-педагогічній комісії консультації з питань спеціальної освіти.

2. Права, зазначені в підпунктах 1 і 2 пункту 1 цієї статті, даються також іншим законним представникам осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Положення підпункту 1 пункту 1 цієї статті застосовуються стосовно законних представників дорослих з обмеженими можливостями здоров'я з урахуванням положень цього Закону.

Стаття 7. Державне забезпечення осіб з обмеженими можливостями здоров'я

На повному державному забезпеченні в державних та комунальних закладах освіти знаходяться особи з обмеженими можливостями здоров'я:

які нечують або поганочують;

які не бачать або погано бачать;

з важкими порушеннями мови;

з порушеннями функцій опорно-рухового апарата;

розумово відсталі;

з вираженими (глибокими) порушеннями емоційно-вольової сфери і поведінки;

навчання яких ускладнене у зв'язку із затримкою психічного розвитку;

зі складними вадами.

РОЗДІЛ III. ОРГАНІЗАЦІЯ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

Стаття 8. Форми отримання спеціальної освіти

Особи з обмеженими можливостями здоров'я можуть отримувати спеціальну освіту в спеціальних закладах освіти, спеціальних освітніх підрозділах, закладах освіти інтегрованого навчання, закладах освіти загального призначення у формах, передбачених Законом України "Про освіту".

Стаття 9. Навчання вдома

1. Для осіб, які за станом здоров'я тимчасово або постійно не відвідують заклади освіти, відповідні органи управління освітою зобов'язані забезпечити навчання вдома.

Перелік захворювань, наявність яких надає право на навчання вдома, встановлюється в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

2. Навчання вдома здійснюється закладом освіти, у якому постійно навчаються особи, зазначені у пункті 1 цієї статті, або найближчим до їхнього місця проживання відповідним закладом освіти, що має державну акредитацію, на підставі висновків лікувальної установи стосовно дітей, що страждають соматичними захворюваннями, або на підставі психолого-медико-педагогічної комісії або медико-соціальної експертної комісії, в інших випадках. Навчання вдома здійснюється на основі договорів між органом управління освітою, закладом освіти, особою, що навчається, та (або) його законними представниками.

Форма договору про навчання вдома затверджується уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі освіти.



3. Навчання вдома фінансується у відповідності з положеннями цього Закону.

Стаття 10. Навчання в умовах стаціонарної лікувальної установи

1. З метою реалізації права громадян на освіту, створення умов для його отримання органи управління освітою і органи охорони здоров'я зобов'язані організувати навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я, що знаходяться на тривалому (більш ніж двадцять один день) лікуванні в стаціонарних лікувальних установах, відповідно до загальноосвітніх програм.

2. Загальноосвітній заклад освіти за місцем перебування стаціонарної лікувальної установи здійснює навчання дітей у різних формах. Організаційні питання навчання регулюються договором між стаціонарною лікувальною установою і загальноосвітнім закладом освіти.

Форма договору про організацію навчання в умовах стаціонарної лікувальної установи затверджується відповідними державними органами виконавчої влади, до компетенції яких відносяться питання освіти й охорони здоров'я.

3. Навчання в умовах стаціонарної лікувальної установи фінансується у відповідності з положеннями цього Закону.

Стаття 11. Навчання в закладі освіти загального призначення

1. Особи з обмеженими можливостями здоров'я мають право на навчання у закладі освіти загального призначення відповідно до закону України "Про освіту" при наявності відповідного висновку психолого-медико-педагогічної комісії або медико-соціальної експертної комісії.

2. Особи з обмеженими можливостями здоров'я, що навчаються у закладі освіти загального призначення, вправі користуватися під час занять послугами помічника при наявності відповідної рекомендації у висновку комісії, зазначених у пункті першому цієї статті.

Права й обов'язки помічника можуть визначатися внутрішніми документами закладу освіти.

Стаття 12. Інтегроване навчання

1. Для осіб з обмеженими можливостями здоров'я організується інтегроване навчання відповідно до психолого-педагогічних і медичних показань (протипоказань), якщо заклад освіти інтегрованого навчання має у своєму розпорядженні необхідні спеціальні умови для отримання освіти. Заклад освіти інтегрованого навчання не може відмовити таким особам у прийомі на навчання в зв'язку з наявністю у них фізичних та (або) психічних вад при відсутності протипоказань до навчання та (або) професійної освіти й обмежень для роботи з конкретної професії (спеціальності).

Заклад освіти інтегрованого навчання з дня зарахування до нього особи з обмеженими можливостями здоров'я користується правом на фінансування її навчання за рахунок коштів державного бюджету та (або) коштів місцевих бюджетів у розмірі, встановленому державним освітнім зобов'язанням.

2. Спільне навчання і виховання осіб із психічними або складними вадами й осіб, що не мають таких вад, не повинно негативно позначатися на результатах навчання осіб, що не мають таких вад. Особи з психічними або складними вадами, що успішно засвоюють освітню програму закладу освіти інтегрованого навчання, можуть бути відраховані через неможливість спільного навчання з цього закладу освіти на підставі рішення педагогічної ради закладу освіти за узгодженням із психолого-медико-педагогічною комісією. При цьому органи виконавчої влади, до компетенції яких відносяться питання освіти, протягом місяця вживають заходи по продовженню цими особами навчання в адекватній для них формі.

Стаття 13. Спеціальні заклади освіти

1. В Україні створюються і діють спеціальні заклади освіти, типи і види яких визначаються відповідно до освітніх програм, які у них реалізуються, форм діяльності по реабілітації і віком осіб, що навчаються.

2. В Україні можуть створюватися і діяти спеціальні заклади освіти для осіб:

- 1) із порушеннями мови;
- 2) із порушенням слуху;
- 3) із порушеннями зору;
- 4) із порушеннями психіки;
- 5) із порушеннями функцій опорно-рухового апарату;
- 6) із складними порушеннями;
- 7) із розладами емоційно-вольової сфери і поведінки;



8) схильних до хронічних соматичних або інфекційних захворювань.

Спеціальні заклади освіти можуть створюватися для спільного навчання осіб із різними фізичними та (або) психічними вадами, якщо це не перешкоджає успішному засвоєнню освітніх програм і для такого навчання немає медичних протипоказань.

Стаття 14. Логопедична служба

1. Для надання допомоги дітям, що мають різні порушення мови і навчаються в закладах освіти загального призначення, організується логопедична служба.

Виходячи з кількості дітей, що потребують логопедичної допомоги, ця допомога може здійснюватися шляхом:

введення в штат закладу освіти загального призначення посади вчителя-логопеда;
створення в структурі органа управління освітою логопедичного кабінету;
створення логопедичного центру - установи з правами юридичної особи.

2. Типове положення про логопедичну службу затверджується уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі освіти.

Стаття 15. Центри реабілітації

1. З метою навчання та (або) виховання осіб із складними та (або) із важкими вадами створюються центри реабілітації різних профілів.

2. Завданнями центрів реабілітації є формування навичок спілкування і самообслуговування, елементарних трудових навичок і організація занять по індивідуальним навчальним програмам.

Заняття у центрах реабілітації організуються за програмами індивідуального та (або) групового навчання з кількістю осіб в групі не більш як десять чоловік, а зі складним дефектом - не більш ніж шість чоловік.

3. Центр реабілітації є юридичною особою. Типове положення про центр реабілітації затверджується в порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Стаття 16. Особливості прийому до закладів освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я

Прийом до закладів освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я здійснюється в порядку, встановленому законодавством України, і на основі висновків психолого-медико-педагогічної комісії або медико-соціальної експертної комісії.

Стаття 17. Переведення осіб з обмеженими можливостями здоров'я зі спеціальних закладів освіти в інші заклади освіти

1. Переведення осіб з обмеженими можливостями здоров'я зі спеціальних закладів освіти одного типу або виду в спеціальні заклади освіти іншого типу або виду, в заклади освіти інтегрованого навчання або в заклади освіти загального призначення здійснюється на підставі висновків психолого-медико-педагогічної комісії або медико-соціальної експертної комісії і за згодою батьків (інших законних представників) неповнолітніх дітей.

Питання про переведення розглядається, як правило, після закінчення одного року з дня вступу до спеціальної освітньої установи, якщо більш ранній термін повторного огляду не відповідає інтересам особи, яка навчається.

2. У випадку реорганізації або ліквідації спеціального закладу освіти орган управління, якому підпорядкований даний заклад, забезпечує переведення осіб, що навчаються, за їхньої згоди або за згодою батьків (інших законних представників) в інші спеціальні заклади освіти або у відповідні заклади освіти інтегрованого навчання.

Стаття 18. Спеціальні заклади освіти закритого типу.

Спеціальні освітні підрозділи закладів освіти, створені при установах, що виконують карні покарання у вигляді позбавлення волі

1. Для дітей, що мають фізичні та (або) психічні вади, що здійснили суспільно небезпечні діяння, що досягли віку одинадцятих років і визнані в судовому порядку суспільно небезпечними, створюються спеціальні заклади освіти закритого типу, засновниками яких можуть бути тільки державні органи виконавчої влади.

Направлення таких дітей у спеціальні заклади освіти закритого типу здійснюється за рішенням суду з урахуванням висновку психолого-медико-педагогічної комісії в порядку, встановленому законом.



2. У закладах освіти, створених при установах, що виконують карні покарання у вигляді позбавлення волі, створюються спеціальні освітні підрозділи для засуджених осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

Стаття 19. Спеціальні державні освітні стандарти

1. Для осіб з обмеженими можливостями здоров'я, навчання яких відповідно до державних освітніх стандартів неможливо в силу особливостей їх фізичних та (або) психічних вад, установлюються спеціальні державні освітні стандарти. Спеціальні державні освітні стандарти професійної освіти не встановлюються.

2. Порядок розробки, затвердження і введення спеціальних державних освітніх стандартів визначається Кабінетом Міністрів України.

Стаття 20. Особливості підсумкової атестації осіб з обмеженими можливостями здоров'я

1. Підсумкова атестація осіб, що мають фізичні вади і засвоїли освітні програми відповідного рівня, проводиться відповідно до законодавства України.

2. Підсумкова атестація осіб, що мають психічні або складні вади, які засвоїли освітні програми для спеціальних закладів освіти, проводиться в порядку, встановленому уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі освіти.

Стаття 21. Психолого-медико-педагогічні комісії, медико-соціальні експертні комісії

1. Діагностика фізичних та (або) психічних вад дітей, встановлення їхніх прав на спеціальну освіту і створення спеціальних умов для отримання освіти, а також консультування батьків (інших законних представників) по всіх питаннях щодо фізичних та (або) психічних вад дітей здійснюються постійними міжвідомчими психолого-медико-педагогічними комісіями.

Психолого-медико-педагогічні комісії створюються з розрахунку в середньому одна комісія на десять тисяч дітей, що проживають на даній території, але не менше ніж одна психолого-медико-педагогічна комісія на території кожної області, Автономної Республіки Крим, міст Києва та Севастополя.

3 метою науково-методичного обслуговування психолого-медико-педагогічної комісії і розв'язання конфліктів між комісією і батьками (іншими законними представниками) дітей з обмеженими можливостями здоров'я створюються державні психолого-медико-педагогічні центри з розрахунку один центр на десять комісій.

Порядок створення психолого-медико-педагогічних комісій і державних психолого-медико-педагогічних центрів встановлюється Кабінетом Міністрів України.

2. Основними функціями психолого-медико-педагогічної комісії є:

1) проведення безкоштовного психолого-медико-педагогічного обстеження дітей, виявлення особливостей їхнього розвитку з метою встановлення діагнозу і визначення адекватних спеціальних умов для отримання освіти;

2) підтвердження прав дитини з обмеженими можливостями здоров'я на спеціальну освіту, оформлення відповідного висновку;

3) розробка рекомендацій до індивідуального плану навчання;

4) підтвердження, уточнення і зміна раніше встановленого діагнозу;

5) консультування батьків (інших законних представників) дітей з обмеженими можливостями здоров'я;

6) консультування педагогічних, медичних і соціальних працівників із питань, пов'язаних із спеціальними умовами для отримання дітьми освіти, їх правами і правами батьків (інших законних представників);

7) формування банку даних про дітей з обмеженими можливостями здоров'я, дитячої патології і надання зібраної інформації відповідним органам управління освітою, органам охорони здоров'я і органам соціального захисту населення.

3. До складу психолого-медико-педагогічної комісії в обов'язковому порядку входять:
психолог;

лікарі - психіатр, невропатолог, ортопед, отоларинголог, окуліст, терапевт (педіатр), фізіотерапевт;

фахівці в галузі спеціальної освіти - логопед, олигофренопедагог, сурдопедагог, соціальний педагог;

юрист.



У роботі психолого-медико-педагогічної комісії беруть участь представники відповідних органів управління освітою, органів охорони здоров'я й органів соціального захисту населення.

4. Направлення дітей на психолого-медико-педагогічну комісію здійснюється за заявою батьків (інших законних представників), рішенням суду, а також за згодою батьків (інших законних представників) з ініціативи відповідних органів управління освітою, органів охорони здоров'я, органів соціального захисту населення, закладів освіти, установ охорони здоров'я, соціального захисту населення або суспільних об'єднань, що займаються відповідно до їхніх установчих документів питаннями захисту прав осіб з обмеженими можливостями здоров'я. При направленні дітей на обстеження за рішенням суду згода батьків (інших законних представників) не потрібна.

Установи охорони здоров'я зобов'язані протягом десятих днів направити дитину на психолого-медико-педагогічну комісію при встановленні в нього явних ознак фізичних та (або) психічних вад із метою визначення спеціальних умов для отримання ними освіти.

5. Результати обстеження дитини відображаються у висновку психолого-медико-педагогічної комісії, який є підставою для направлення дитини за згодою батьків (інших законних представників) у спеціальний заклад освіти для організації навчання вдома або для направлення у заклади освіти інтегрованого навчання. Члени психолого-медико-педагогічної комісії зобов'язані зберігати професійну таємницю, у тому числі дотримуватися конфіденційності висновку.

У випадку незгоди батьків (інших законних представників) із висновком психолого-медико-педагогічної комісії протягом місяця з дня подання ними заяви відповідний психолого-медико-педагогічний центр проводить повторну експертизу.

Висновок повторної експертизи може бути оскаржений в суді.

6. Психолого-медико-педагогічна комісія і психолого-медико-педагогічний центр є юридичними особами.

7. Функції психолого-медико-педагогічної комісії по відношенню до дорослих виконують медико-соціальні експертні комісії.

Оскарження висновків медико-соціальних експертних комісій здійснюється в порядку, встановленому законодавством України.

Стаття 22. Документи, що засвідчують право на отримання спеціальної освіти

1. Право на отримання спеціальної освіти засвідчується документом, що видається дитині (її законному представнику) психолого-медико-педагогічною комісією або дорослому (його законному представнику) медико-соціальною експертною комісією. Форма документа встановлюється в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

2. Спеціальні умови для отримання освіти визначаються на підставі висновків психолого-медико-педагогічної комісії або медико-соціальної експертної комісії.

3. На підставі документів, зазначених у пунктах 1 і 2 цієї статті, орган виконавчої влади, до компетенції якого відносяться питання фінансування освіти, видає особі з обмеженими можливостями здоров'я (його законному представнику) державне освітнє зобов'язання. Державне освітнє зобов'язання не може бути предметом цивільного обороту, включаючи купівлю-продаж і заставу, про що робиться відповідний запис у державному освітньому зобов'язанні.

Форма державного освітнього зобов'язання, порядок розрахунку розмірів його бюджетного забезпечення і порядок отримання цього зобов'язання встановлюються Кабінетом Міністрів України.

4. Посадові особи психолого-медико-педагогічних комісій і медико-соціальних експертних комісій відповідно до законодавства України відповідають за достовірність відомостей, що містяться в документах, зазначених у пунктах 1 і 2 цієї статті. Особи, винні в ухваленні психолого-медико-педагогічною комісією або медико-соціальною експертною комісією зумисне неправильного висновку, незаконній видачі документів, зазначених у пунктах 1, 2 і 3 цієї статті, несуть дисциплінарну, адміністративну, цивільну і кримінальну відповідальність, встановлену законодавством України.

РОЗДІЛ IV. УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВИТИ

Стаття 23. Органи управління спеціальною освітою. Державний контроль за діяльністю у сфері спеціальної освіти



1. Центральні та місцеві органи виконавчої влади, у сфері управління яких перебувають заклади освіти, здійснюють управління діяльністю у сфері спеціальної освіти зазначених закладів освіти незалежно від підпорядкування, типів і форм власності.

2. Державне управління спеціальною освітою здійснюють:
уповноважений центральний орган виконавчої влади в галузі освіти;
інші центральні органи виконавчої влади, у сфері управління яких перебувають заклади освіти;

Рада міністрів Автономної Республіки Крим; обласні, Київська та Севастопольська міські, районні державні адміністрації та підпорядковані їм органи управління, у сфері управління яких перебувають заклади освіти; органи місцевого самоврядування.

3. Уповноважений центральний орган виконавчої влади в галузі освіти за участю інших центральних органів виконавчої влади, у сфері управління яких перебувають заклади освіти:

бере участь у визначенні та реалізації державної політики у сфері спеціальної освіти;
формує програми розвитку спеціальної освіти;

розробляє положення про спеціальні заклади освіти, готує пропозиції щодо нормативів матеріально-технічного, фінансового забезпечення спеціальної освіти; розробляє нормативно-правові акти стосовно визначення соціальних гарантій педагогічним працівникам, спеціалістам спеціальних закладів освіти незалежно від підпорядкування, типів і форм власності;

визначає правовий статус мови жестів, системи Брайля, інших спеціальних засобів спілкування, отримання і передачі інформації відповідно до законодавства;

визначає єдині принципи і нормативи створення спеціальних умов для отримання освіти особам з обмеженими можливостями здоров'я і принципи підсумкової атестації цих осіб;

визначає особливості створення, реорганізації і ліквідації спеціальних закладів освіти, ліцензування їхньої освітньої діяльності, а також особливості атестації і державної акредитації спеціальних закладів освіти;

організує науково-дослідну діяльність у сфері спеціальної освіти;

здійснює навчально-методичне керівництво, контроль та державне інспектування спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів незалежно від підпорядкування, типів і форм власності.

Уповноважений центральний орган виконавчої влади в галузі освіти, інші центральні органи виконавчої влади, у сфері управління яких перебувають заклади освіти, здійснюють інші повноваження у сфері спеціальної освіти, передбачені законами України та положеннями про них.

4. Державний контроль за діяльністю спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів, незалежно від підпорядкування, типів і форм власності здійснюється з метою реалізації єдиної державної політики у сфері спеціальної освіти та забезпечується уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі освіти, іншими центральними органами виконавчої влади, у сфері управління яких перебувають спеціальні заклади освіти, заклади освіти інтегрованого навчання і спеціальні освітні підрозділи, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими, районними державними адміністраціями та підпорядкованими їм органами управління, у сфері управління яких перебувають спеціальні заклади освіти, заклади освіти інтегрованого навчання і спеціальні освітні підрозділи, органами місцевого самоврядування.

5. Основною формою державного контролю за діяльністю спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів незалежно від підпорядкування, типів і форм власності є державна атестація спеціального закладу освіти, закладу освіти інтегрованого навчання і спеціального освітнього підрозділу, яка проводиться не рідше одного разу в 10 років у порядку, встановленому уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі освіти. Результати державної атестації спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів оприлюднюються.

Позачергова державна атестація державних спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів проводиться, як виняток, лише за рішенням уповноваженого центрального органу виконавчої влади в галузі освіти або інших центральних органів виконавчої влади, у сфері управління яких перебувають спеціальні заклади освіти, заклади освіти інтегрованого навчання і спеціальні освітні підрозділи.



Позачергова державна атестація комунальних спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів проводиться, як виняток, лише за рішенням Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських, районних державних адміністрацій та підпорядкованих їм органів управління, у сфері управління яких перебувають спеціальні заклади освіти, заклади освіти інтегрованого навчання і спеціальні освітні підрозділи, органів місцевого самоврядування.

Позачергова державна атестація приватних спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів проводиться, як виняток, лише за рішенням власника (засновника) або уповноваженого центрального органу виконавчої влади в галузі освіти, інших центральних органів виконавчої влади, у сфері управління яких перебувають спеціальні заклади освіти, заклади освіти інтегрованого навчання і спеціальні освітні підрозділи, Ради міністрів Автономної Республіки Крим, обласної, Київської та Севастопольської міських, районних державних адміністрацій та підпорядкованих їм органів управління, у сфері управління яких перебувають спеціальні заклади освіти, заклади освіти інтегрованого навчання і спеціальні освітні підрозділи, органів місцевого самоврядування.

6. Рада міністрів Автономної Республіки Крим, місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування в межах їх компетенції:

затверджують обсяги фінансування комунальних спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів не нижче мінімальних нормативів, визначених в установленому порядку уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі освіти, та забезпечують фінансування витрат на їх утримання;

забезпечують збереження і зміцнення матеріально-технічної бази спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів, розвиток їх мережі, ефективне використання закріплених за ними земельних ділянок;

створюють належні умови для вибору вихованцями, учнями і слухачами видів творчої діяльності відповідно до їх інтересів та запитів батьків або осіб, які їх замінюють;

можуть вводити додаткові педагогічні ставки, визначати контингент вихованців, учнів і слухачів у спеціальних закладах освіти, закладах освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділах;

забезпечують соціальний захист вихованців, учнів і слухачів, педагогічних працівників, спеціалістів та інших працівників спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів;

організують в установленому порядку підвищення кваліфікації, атестацію педагогічних працівників спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів незалежно від підпорядкування, типів і форм власності;

здійснюють контроль за діяльністю педагогічних колективів спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів, узагальнюють та поширюють досвід їх роботи;

проводять державну атестацію спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів незалежно від типів і форм власності;

сприяють створенню піклувальних та опікунських рад, благодійних фондів;

здійснюють інші повноваження відповідно до Конституції України, Конституції Автономної Республіки Крим, законів України "Про місцеве самоврядування в Україні", "Про освіту", цього Закону та положень про них.

Стаття 24. Управління та громадське самоврядування спеціального закладу освіти

1. Керівництво спеціальним закладом освіти здійснює його директор.

Колегіальним органом управління спеціальним закладом освіти є педагогічна рада, повноваження якої визначаються положенням про спеціальні заклади освіти.

2. Органом громадського самоврядування спеціального закладу освіти є загальні збори (конференція) колективу спеціального закладу освіти.

3. У спеціальному закладі освіти можуть функціонувати методичні об'єднання, що охоплюють учасників навчально-виховного процесу та спеціалістів певного професійного спрямування.

РОЗДІЛ V.

ФІНАНСУВАННЯ І МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНА БАЗА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ



Стаття 25. Фінансування спеціальної освіти

1. Фінансування закладу освіти, у якому навчається особа з обмеженими можливостями здоров'я, здійснюється засновником, а також за рахунок коштів Державного або місцевого бюджетів в розмірі, встановленому державним освітнім зобов'язанням.

2. Фінансування спеціальної освіти здійснюється в розмірах державного нормативу фінансування, встановленого для закладів освіти загального призначення відповідних типів і видів відповідно до законодавства.

За рахунок державних освітніх зобов'язань робиться оплата витрат на створення спеціальних умов для отримання освіти особами з обмеженими можливостями здоров'я, забезпечення зазначених осіб підручниками, навчальними посібниками, індивідуальними технічними засобами навчання і транспортними засобами.

3. За рахунок коштів Державного бюджету фінансуються витрати на забезпечення державних освітніх зобов'язань осіб з обмеженими можливостями здоров'я, що навчаються в закладах професійної освіти, а також у спеціальних закладах освіти, за винятком спеціальних дошкільних закладів освіти, спеціальних закладів освіти для дітей із затримкою психічного розвитку та (або) розумово відсталих дітей.

4. Державне освітнє зобов'язання виконується при наданні особою (її законним представником) документів, передбачених статтею 22 цього Закону, адміністрації закладу освіти, у якій ця особа прийнята для навчання.

5. Особам з обмеженими можливостями здоров'я, які навчаються у закладах освіти загального призначення, що не мають спеціальних освітніх підрозділів, не видаються державні освітні зобов'язання.

Якщо за висновком психолого-медико-педагогічної комісії або медико-соціальної експертної комісії навчання осіб з обмеженими можливостями здоров'я неможливе без помічника, то витрати на оплату праці помічника особи, яка навчається, і вартість індивідуальних технічних засобів навчання відшкодовуються в порядку, визначеному для державного освітнього зобов'язання у розмірах, що не перевищують розміри державного освітнього зобов'язання.

6. Навчання вдома осіб з обмеженими можливостями здоров'я, здійснюване відповідно до висновку психолого-медико-педагогічної комісії або медико-соціальної експертної комісії, фінансується за рахунок державних освітніх зобов'язань.

7. Створення необхідних умов для викладацької діяльності фахівця з обмеженими можливостями здоров'я здійснюється за рахунок коштів засновника відповідного закладу освіти.

Стаття 26. Матеріально-технічна база спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів

1. За спеціальним закладом освіти, закладом освіти інтегрованого навчання і спеціальним освітнім підрозділом з метою забезпечення діяльності, передбаченої їхніми статутами, засновник (засновники) або уповноважений власником орган закріплює об'єкти права власності відповідно до законодавства України.

2. Матеріально-технічна база таких закладів освіти або освітніх підрозділів у залежності від їхніх типів і видів включає приміщення, будинки, необхідні для навчання, а також обладнання та індивідуальні технічні засоби навчання осіб з обмеженими можливостями здоров'я, у тому числі для організації корекційних і реабілітаційних кабінетів, організації спортивних і масових заходів, харчування, забезпечення медичного обслуговування, оздоровчих і лікувально-профілактичних заходів, господарсько-побутового і санітарно-гігієнічного обслуговування, виконання інших функцій, передбачених статутом відповідного закладу освіти або освітнього підрозділу.

Стаття 27. Науково-методичне забезпечення спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів

1. Видання підручників і навчальних посібників для спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів здійснюється за рахунок коштів Державного бюджету.

2. Уповноважений центральний орган виконавчої влади здійснює науково-методичне забезпечення спеціальних закладів освіти, закладів освіти інтегрованого навчання і спеціальних освітніх підрозділів через уповноважені ним органи та установи.

3. При розробці і затвердженні Державного бюджету передбачаються витрати на наукові дослідження у сфері спеціальної освіти.



Стаття 28. Соціальні гарантії і пільги працівникам сфери соціальної освіти

1. Працівники сфери спеціальної освіти, крім прав і пільг, встановлених законодавством України для працівників закладів освіти, мають право на оплату праці за підвищеними на 15 - 30 відсотків тарифними ставками (окладами) у залежності від типів і видів закладів освіти, а також від складності виконуваної роботи.

Перелік відповідних посад і робіт затверджується в порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України.

2. У випадку збільшення за рішенням засновника чисельності осіб, що навчаються, у класах (групах) понад нормативну чисельність, установлену для закладу освіти відповідного типу або виду, тарифні ставки (оклади) працівників, зазначених у пункті 1 цієї статті, підвищуються на один відсоток за кожний відсоток перевищення нормативної чисельності.

3. Педагогічний працівник відповідного закладу освіти, який не бачить, вправі мати секретаря, робота якого оплачується за рахунок коштів засновника.

РОЗДІЛ VI. МІЖНАРОДНА ДІЯЛЬНІСТЬ УКРАЇНИ У СФЕРІ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

Стаття 29. Міжнародна діяльність України у сфері спеціальної освіти

1. Україна здійснює міжнародну діяльність у сфері спеціальної освіти і сприяє розвитку міжнародного співробітництва у сфері спеціальної освіти, у тому числі на основі міжнародних договорів України.

2. Органи, установи, державні і недержавні організації, пов'язані із спеціальною освітою, зацікавлені фізичні особи мають право брати участь у міжнародних програмах і проектах у сфері спеціальної освіти, у тому числі з питань підготовки фахівців.

3. Органи, установи, державні і недержавні організації, пов'язані із спеціальною освітою, мають право відповідно до законодавства України:

1) устанавлювати зв'язки з іноземними і міжнародними організаціями спеціальної освіти, у тому числі проводити спільні дослідження, обмін фахівцями, технологіями, програмами;

2) створювати за участю іноземних осіб спеціальні освітні заклади, а також організації по забезпеченню їх діяльності.

РОЗДІЛ VII. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ

1. Цей Закон набуває чинності з 1 січня 2003 року.

2. Кабінету Міністрів України протягом шести місяців з дня прийняття цього Закону: підготувати і подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції про внесення змін до законів України, що впливають із цього Закону;

привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом;

забезпечити прийняття відповідно до компетенції нормативно-правових актів, що впливають з цього Закону;

забезпечити перегляд і скасування центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону.



КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ
ПОСТАНОВА

21 серпня 2013 року № 607

Про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами

Державний стандарт початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами

Загальна частина

Цей Державний стандарт визначає вимоги до рівня освіченості дітей з особливими освітніми потребами на рівні початкової загальної освіти.

Цей Державний стандарт розроблений на основі Державного стандарту початкової загальної освіти, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 20 квітня 2011 р. № 462 (Офіційний вісник України, 2011 р., № 33, ст. 1378), є базовим інструментом реалізації конституційного права на освіту дітей з особливими освітніми потребами.

Державний стандарт визначає оптимальний зміст та обсяг навчального навантаження для дітей з особливими освітніми потребами у поєднанні з відповідною корекційно-розвитковою роботою.

В основу Державного стандарту покладено особистісно орієнтований, компетентнісний та соціокультурний підходи.

У цьому Державному стандарті терміни вживаються у такому значенні:

діти з особливими освітніми потребами — діти сліпі та із зниженим зором, глухі та із зниженим слухом, з тяжкими порушеннями мовлення, із затримкою психічного розвитку, з порушеннями опорно-рухового апарату, розумовою відсталістю, діти із складними вадами розвитку (у тому числі діти з розладами аутичного спектру), навчання і виховання яких здійснюється у спеціально створених умовах;

корекційно-розвиткова робота — здійснення комплексу заходів із системного психолого-педагогічного супроводження дітей з особливими освітніми потребами у процесі навчання та виховання, що спрямований на корекцію порушень шляхом розвитку пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери, мовлення, особистості дитини;

білінгвальне (двомовне) навчання дітей глухих та із зниженим слухом — цілеспрямований педагогічний процес організації та стимулювання активної навчально-пізнавальної діяльності дітей глухих та із зниженим слухом, спрямованої на оволодіння знаннями, вміннями і навичками, розвиток творчих здібностей, світогляду, морально-етичних поглядів та переконань з використанням засобів інтеграції словесної та жестової мов. Білінгвальне (двомовне) навчання організовується за принципами індивідуалізації та диференціації, права вибору засобів та форм інтеграції словесної та жестової мов;

життєва компетентність — здатність дитини з особливими освітніми потребами застосовувати на практиці знання, досвід, суспільні цінності, базові навички комунікації і соціально-побутової адаптації, набуті у процесі навчання та комплексної реабілітації.

В основу Державного стандарту покладено інноваційний підхід до навчання дітей з особливими освітніми потребами:

інклюзивне та інтегроване навчання;

білінгвальне (двомовне) навчання дітей глухих та із зниженим слухом (уведення української жестової мови як навчального предмета та засобу навчання);

формування життєвої компетентності у процесі навчання та реабілітації дітей з особливими освітніми потребами;

формування життєвої компетентності у дітей з розумовою відсталістю як умови їх соціальної інтеграції, здатності застосовувати здобуті знання і вміння у практичній життєдіяльності.

Державний стандарт складається із:

Базового навчального плану початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами (далі — Базовий навчальний план) згідно з додатком;



загальної характеристики інваріантної та варіативної складових змісту початкової загальної освіти дітей з особливими освітніми потребами;
державних вимог до рівня загальноосвітньої підготовки таких дітей.

Базовий навчальний план

Базовий навчальний план згідно з додатком визначає зміст і структуру початкової загальної освіти дітей з особливими освітніми потребами за допомогою інваріантної і варіативної складових, якими встановлюється погодинне співвідношення між освітніми галузями; гранично допустиме тижневе навантаження на учнів; загальнотижнева кількість годин за освітніми галузями та загальнотижнева кількість годин для проведення корекційно-розвиткової роботи.

Інваріантна складова Базового навчального плану формується на державному рівні і є обов'язковою для всіх загальноосвітніх навчальних закладів незалежно від їх підпорядкування, типу і форми власності. Змістове наповнення освітніх галузей інваріантної складової визначається Державним стандартом початкової загальної освіти, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України 20 квітня 2011 р. № 462 .

Інваріантна складова передбачає проведення корекційно-розвиткової роботи. Напрями такої роботи та відповідне їй змістове наповнення визначаються з урахуванням особливостей психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

Кожна освітня галузь передбачає обов'язкову корекційно-розвиткову роботу.

Варіативна складова Базового навчального плану формується навчальним закладом з урахуванням особливостей регіону, типу закладу, індивідуальних освітніх потреб дітей з особливими освітніми потребами.

Освітня галузь «Мови і літератури»

Зміст освітньої галузі «Мови і літератури» для дітей глухих та із зниженим слухом реалізується з урахуванням таких особливостей:

мовний компонент «Мова навчання (українська мова, мови національних меншин)» поділяється на складові компоненти «Українська словесна мова (словесні мови національних меншин) як мова навчання» та «Українська жестова мова як мова навчання»;

мовний компонент «Мова вивчення (українська мова, мови національних меншин)» поділяється на складові компоненти «Українська словесна мова (словесні мови національних меншин) як мова опанування» та «Українська жестова мова як мова опанування»;

визначається місце словесної та жестової мови у навчальному процесі, а саме: словесна мова як основна мова навчання (жестова мова як мова опанування); жестова мова як основна мова навчання (словесна мова як мова опанування);

у мовленнєвій лінії вид мовленнєвої діяльності «Аудіювання» замінений на вид «Сприймання та розуміння мовлення». Також мовленнєву лінію доповнено новим видом мовленнєвої діяльності «Дактилювання»;

у компоненті «Українська словесна мова (словесні мови національних меншин) як мова опанування» вводиться діяльнісна лінія;

у компонентах «Українська жестова мова як мова навчання», «Українська жестова мова як мова опанування» вводиться сурдоперекладна лінія.

З урахуванням особливостей розвитку та навчання дітей з розумовою відсталістю із змісту освітньої галузі «Мови і літератури» виключається змістова лінія «Іноземна мова».

Освітня галузь «Математика»

З урахуванням особливостей розвитку та навчання дітей з розумовою відсталістю до змісту освітньої галузі «Математика» вводиться змістова лінія «Дочислові уявлення та поняття», змістова лінія «Числа. Дії з числами» замінюється на змістову лінію «Числа і арифметичні дії над ними», змістові лінії «Математичні вирази. Рівності. Нерівності» та «Сюжетні задачі» спрощуються до змістової лінії «Арифметичні задачі», максимально спрощується змістова лінія «Робота з даними».

Освітня галузь «Здоров'я і фізична культура»

До змісту галузі «Здоров'я і фізична культура» вводиться лінія «Лікувальна фізична культура» для дітей з вадами зору, порушеннями опорно-рухового апарату, мовлення, затримкою психічного розвитку та розумовою відсталістю.

Вимоги до рівня загальноосвітньої підготовки дітей визначаються за освітніми галузями «Мови і літератури», «Математика», «Природознавство», «Суспільствознавство», «Здоров'я і фізична



культура», «Технології» та «Мистецтво», зміст яких визначено Державним стандартом початкової загальної освіти, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України 20 квітня 2011 р. № 462 .
Оптимальний рівень загальноосвітньої підготовки дітей з особливими освітніми потребами забезпечується шляхом засвоєння змісту освітніх галузей у поєднанні з проведенням корекційно-розвиткової роботи.

Основні напрями корекційно-розвиткової роботи

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

Корекційно-розвиткова робота спрямована на:

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

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

формування компенсаційних способів діяльності як важливої умови підготовки дітей з особливими освітніми потребами до навчання у загальноосвітній школі;

створення умов для соціальної реабілітації та інтеграції дітей з особливими освітніми потребами, розвиток їх самостійності та життєво важливих компетенцій.

Додаток до Державного стандарту

Базовий навчальний план початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами

Найменування освітньої галузі	Кількість годин у класах на тиждень	підготовчий				разом
		1	2	3	4	
Для дітей сліпих та із зниженим зором						
Інваріантна складова						
Мова та література	7	7	7	7	7	35
Математика	4	4	4	4	4	20
Природознавство	2	2	2	2	2	10
Суспільствознавство				1	1	2
Здоров'я і фізична культура	2	3	3	3	3	14
Технології	1	1	1	1	1	5
Мистецтво	2	2	2	2	2	10
Усього	18	19	19	20	20	96
Корекційно-розвиткова робота (у тому числі заняття з лікувальної фізкультури, ритміки)	11	12	13	13	13	62
Варіативна складова						
Додаткові години, передбачені для вивчення предметів освітніх галузей та курсів за вибором, проведення індивідуальних консультацій та групових занять	2	1	2	2	2	9
Гранично допустиме тижневе навчальне навантаження на учня (без урахування годин, передбачених для проведення корекційно-розвиткової роботи)	20	20	21	22	22	105
Сумарна кількість годин інваріантної та варіативної складових змісту освіти	31	32	34	35	35	167
Для глухих дітей						



Інваріантна складова

Мова та література	8	8	8	8	8	40	
Математика	4	4	4	4	4	20	
Природознавство	1	1	2	2	2	8	
Суспільствознавство					1	1	2
Здоров'я і фізична культура	2	3	3	3	3	14	
Технології	2	2	2	2	2	10	
Мистецтво	1	1	1	1	1	5	
Усього	18	19	20	21	21	99	
Корекційно-розвиткова робота (у тому числі заняття з лікувальної фізкультури, ритміки)	15	16	16	16	16	79	

Варіативна складова

Додаткові години, передбачені для вивчення предметів освітніх галузей та курсів за вибором, проведення індивідуальних консультацій та групових занять	1	1	1	1	1	5
Гранично допустиме тижневе навчальне навантаження на учня (без урахування годин, передбачених для проведення корекційно-розвиткової роботи)	20	20	21	22	22	105

Сумарна кількість годин інваріантної та варіативної складових змісту освіти 34 36 37 38 38 183

Для дітей із зниженим слухом

Інваріантна складова

Мова та література	8	8	8	8	8	40	
Математика	4	4	4	4	4	20	
Природознавство	2	2	2	2	2	10	
Суспільствознавство					1	1	2
Здоров'я і фізична культура	2	3	3	3	3	14	
Технології	1	1	1	1	1	5	
Мистецтво	1	1	1	1	1	5	
Усього	18	19	19	20	20	96	
Корекційно-розвиткова робота (у тому числі заняття з лікувальної фізкультури, ритміки)	17	18	18	18	18	89	

Варіативна складова

Додаткові години, передбачені для вивчення предметів освітніх галузей та курсів за вибором, проведення індивідуальних консультацій та групових занять	2	1	2	2	2	9
Гранично допустиме тижневе навчальне навантаження на учня (без урахування годин, передбачених для проведення корекційно-розвиткової роботи)	20	20	21	22	22	105

Сумарна кількість годин інваріантної та варіативної складових змісту освіти 37 38 39 40 40 194

Для дітей з тяжкими порушеннями мовлення

Інваріантна складова

Мова та література	7	7	7	7	7	35
Математика	4	4	4	4	4	20
Природознавство	2	2	2	2	2	10



Суспільствознавство

Здоров'я і фізична культура

Технології

Мистецтво

Усього

Корекційно-розвиткова робота (у тому числі заняття з лікувальної фізкультури, ритміки)

Варіативна складова

Додаткові години, передбачені для вивчення предметів освітніх галузей та курсів за вибором, проведення індивідуальних консультацій та групових занять

Гранично допустиме тижневе навчальне навантаження на учня (без урахування годин, передбачених для проведення корекційно-розвиткової роботи)

Сумарна кількість годин інваріантної та варіативної складових змісту освіти

Для дітей із затримкою психічного розвитку

Інваріантна складова

Мова та література

Математика

Природознавство

Суспільствознавство

Здоров'я і фізична культура

Технології

Мистецтво

Усього

Корекційно-розвиткова робота (у тому числі заняття з ритміки)

Варіативна складова

Додаткові години, передбачені для вивчення предметів освітніх галузей та курсів за вибором, проведення індивідуальних консультацій та групових занять

Гранично допустиме тижневе навчальне навантаження на учня (без урахування годин, передбачених для проведення корекційно-розвиткової роботи)

Сумарна кількість годин інваріантної та варіативної складових змісту освіти

Для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату

Інваріантна складова

Мова та література

Математика

Природознавство

Суспільствознавство

Здоров'я і фізична культура

Технології

Мистецтво

Усього

1 1 2

2 3 3 3 3 14

1 1 1 1 1 5

2 2 2 2 2 10

18 19 19 20 20 96

10 12 12 12 12 58

2 1 2 2 2 9

20 21 22 22 105

30 32 33 34 34 163

7 7 7 7 7 35

4 4 4 4 4 20

2 2 2 2 2 10

1 1 2

2 3 3 3 3 14

1 1 1 1 1 5

2 2 2 2 2 10

18 19 19 20 20 96

10 10 10 10 10 50

2 1 2 2 2 9

20 21 22 22 105

30 30 31 32 32 155

7 7 7 7 7 35

4 4 4 4 4 20

2 2 2 2 2 10

1 1 2

2 3 3 3 3 14

1 1 1 1 1 5

2 2 2 2 2 10

18 19 19 20 20 96



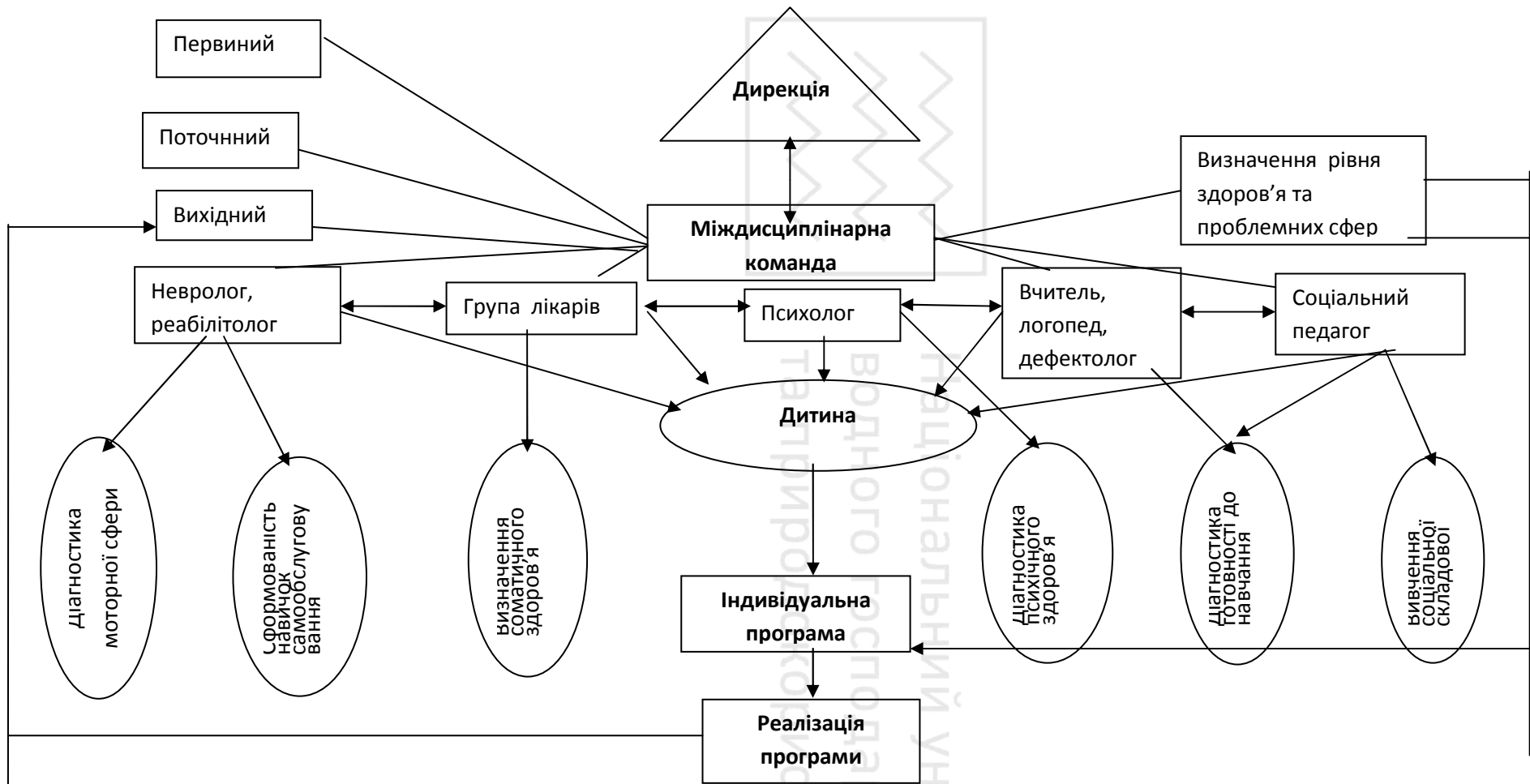
Корекційно-розвиткова робота (у тому числі заняття з лікувальної фізкультури)	9	9	9	9	9	45
Варіативна складова						
Додаткові години, передбачені для вивчення предметів освітніх галузей та курсів за вибором, проведення індивідуальних консультацій та групових занять	2	1	2	2	2	9
Гранично допустиме тижневе навчальне навантаження на учня (без урахування годин, передбачених для проведення корекційно-розвиткової роботи)	20	20	21	22	22	105
Сумарна кількість годин інваріантної та варіативної складових змісту освіти	29	29	30	31	31	150
Для розумово відсталих дітей						
Інваріантна складова						
Мова та література	7	7	7	7	7	35
Математика	4	4	4	4	4	20
Природознавство	2	2	2	2	2	10
Суспільствознавство				1	1	2
Здоров'я і фізична культура	3	3	3	3	3	15
Технології	1	1	1	1	1	5
Мистецтво	2	2	2	2	2	10
Усього	19	19	19	20	20	97
Корекційно-розвиткова робота (у тому числі заняття з лікувальної фізкультури, ритміки)	8	8	8	8	8	40
Варіативна складова						
Додаткові години, передбачені для вивчення предметів освітніх галузей та курсів за вибором, проведення індивідуальних консультацій та групових занять	1	1	2	2	2	8
Гранично допустиме тижневе навчальне навантаження на учня (без урахування годин, передбачених для проведення корекційно-розвиткової роботи)	20	20	21	22	22	105
Сумарна кількість годин інваріантної та варіативної складових змісту початкової освіти	28	28	29	30	30	145



Національний університет
водного господарства
та природокористування



Національний університет
водного господарства
та природокористування



Додаток 12. Моніторинг стану здоров'я учнів



Національний університет
водного господарства
та природокористування



Національний університет
водного господарства
та природокористування