

УКРАЇНСЬКЕ ТОВАРИСТВО ГЛУХИХ
ЛАБОРАТОРІЯ ЖЕСТОВОЇ МОВИ ІНСТИТУТУ
СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ НАПН УКРАЇНИ
ОБ'ЄДНАННЯ НЕЧУЮЧИХ ПЕДАГОГІВ



ДИТИНА ЗІ СВІТУ ТИШІ

НА ДОПОМОГУ
БАТЬКАМ
НЕЧУЮЧОЇ
ДИТИНИ



УКРАЇНСЬКЕ ТОВАРИСТВО ГЛУХИХ
ЛАБОРАТОРІЯ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
ІНСТИТУТУ СПЕЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ НАПН УКРАЇНИ
ОБ'ЄДНАННЯ НЕЧУЮЧИХ ПЕДАГОГІВ

ДИТИНА ЗІ СВІТУ ТИШІ

На допомогу батькам нечуючої дитини
(доповнений і доопрацьований)

Науково-методичний посібник
за редакцією С.В. Кульбіді

КИЇВ – 2011

Науково-методичний посібник друкується за рішенням вченої ради Інституту спеціальної педагогіки НАПН України протокол № 10 від 24 грудня 2009 р., за підтримки Міжнародного фонду «Відродження»

Укладачі:

Н.А. Зборовська, Н.Б. Адамюк, І.І. Чепчина, О.А. Дробот,
Н.В. Іванюшева, С.В. Кульбіда, А.В. Замша, Н.М. Каменська,
Т.Ф. Марчук, А.Г. Обухівська, В.В. Скурчинський,
Л.В. Борщевська, В.М. Гончаренко, Н.П. Зайонц,
О.О. Савченко, Л.І. Січкарь, О.А. Лаврик, М.П. Рибальченко.

Рецензенти:

Л.Ю. Демченко — голова методоб'єднання вчителів української мови та літератури спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату для слабобуючих дітей № 18 м. Києва.

С.В. Литовченко — канд. пед. наук, ст. наук. співробітник лабораторії сурдопедагогіки Інституту спеціальної педагогіки НАПН України;

О.М. Таранченко — канд. пед. наук, ст. наук. співробітник лабораторії сурдопедагогіки Інституту спеціальної педагогіки НАПН України.

Д 49 Дитина зі світу тиші: на допомогу батькам нечуючої дитини: науково-методичний посібник / уклад.: Н.А. Зборовська та ін. ; за ред. С.В. Кульбіди — К.: «СПКТБ УТОГ», 2011 — 328 с. (доповнений і доопрацьований)

УДК 376.1-056.263(083.132)

ББК 74.32я9

© УТОГ

© Лабораторія жестової мови, 2011

© Об'єднання нечуючих педагогів, 2011

ЗМІСТ

Передмова	7
Список скорочень	8

РОЗДІЛ 1. ПОРУШЕННЯ СЛУХУ

1.1. Будова слухового аналізатора	9
1.2. Параметри слуху	10
1.3. Види порушень слуху	12
1.4. Типи порушень слуху	16
1.5. Медичне обстеження слуху	17
1.6. Перевірка слуху у новонародженої дитини	20
1.6.1. Отоакустична емісія	20
1.6.2. Універсальний скринінг	22
1.6.3. Дослідження слухових викликаних потенціалів зі стовбура мозку	22
1.6.4. Тимпанометрія	23
1.7. Обстеження слуху у дитини до 1,5 років (поради з досвіду практиків)	24
1.8. Обстеження слуху дітей 1,5 – 3 років. Обстеження слуху мовленням	29
1.9. Профілактична робота з батьками	35

РОЗДІЛ 2. КОМПЕНСАТОРНІ МОЖЛИВОСТІ

2.1. Слухопротезування	39
2.2. Класифікація слухових апаратів	45
2.3. Інформація про кохлеарну імплантацію	48
2.3.1. Кохлеарний імплант	49
2.3.2. Типи мовних процесорів. Стратегія кодування мовлення	50
2.3.3. Обстеження для кохлеарної імплантації та перелік медичних документів	52
2.3.4. Основні показання для кохлеарної імплантації	53
2.3.5. Протипоказання для кохлеарної імплантації	53
2.3.6. Ускладнення, можливі труднощі і побічні явища під час операції та після неї	54
2.3.7. Передбачуваний ефект	55
2.4. Особливості реабілітації дітей з кохлеарним імплантом дошкільного і шкільного віку	56

2.5. Центри реабілітації	61
2.5.1. Аврора (м. Київ)	61
2.5.2. «Суваг-Київ»	62
2.5.3. Реотон (м. Київ)	63
2.5.4. Центр «Бачити — означає чути» (м. Донецьк)	64
2.5.5. Вабос (м. Київ)	65
2.5.6. Міжрегіональний спільний інформаційний центр з проблем глухоти (м. Чернігів)	66
2.5.7. Центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів (м. Полтава)	67
2.5.8. Навчально-реабілітаційний центр для дітей з порушеннями слуху м. Дніпропетровська	68

РОЗДІЛ 3. ПІДГОТОВКА ДИТИНИ ДО ШКОЛИ ЯК ЗАПОРУКА ЇЇ ПОДАЛЬШОГО ЕФЕКТИВНОГО НАВЧАННЯ 70

3.1. Роль психолого-медико-педагогічної консультації у вирішенні питань навчання і виховання дітей з порушеннями слуху	70
3.1.1. Діяльність та завдання ПМПК	70
3.1.2. Центральна ПМПК	76
3.1.3. Консультування батьків	76
3.1.4. Анамнестичні відомості про дитину	77
3.1.5. Медичні показання щодо відстрочки вступу до школи дітей 6-річного віку	79
3.1.6. Перелік захворювань, з приводу яких діти потребують індивідуальних занять вдома та звільняються від відвідування школи	80
3.1.7. Показання для індивідуального навчання дітей вдома за програмою допоміжної школи	82
3.1.8. Показання для звільнення від навчання на довготривалий термін (повний навчальний рік) учнів, які страждають психоневрологічними захворюваннями:	83
3.1.9. Показання для створення полегшеного режиму навчання учням, які страждають соматичними, психоневрологічними захворюваннями	83
3.1.10. Перелік документів для зарахування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, до навчальних закладів інтернатного типу	84
3.1.11. Перелік документів для направлення дитини до спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату:	86

3.1.12. Перелік документів для направлення дітей до загально-освітніх шкіл-інтернатів області	86
3.2. Вивчення готовності дитини до шкільного навчання	87
3.2.1. Тест «Чи готова Ваша дитина до школи?»	88
3.2.2. Визначення шкільної зрілості у дитини	90
3.2.3. Визначення біологічної зрілості організму дитини	92
3.2.4. Тест «Сформованість вольових навичок»	93

РОЗДІЛ 4. НАВЧАЛЬНІ ЗАКЛАДИ ДЛЯ НЕЧУЮЧИХ В УКРАЇНІ

4.1. Дошкільні заклади для дітей з порушеннями слуху (станом на 01.01.2010 р.)	96
4.2. Загальноосвітні спеціальні школи-інтернати для дітей з порушеннями слуху (станом на 01.01.2010 р.)	99
4.3. Навчальні заклади III – IV рівнів акредитації	106
4.4. Навчальні заклади I – II рівнів акредитації	107

РОЗДІЛ 5. ВИДИ МОВИ У ЖИТТІ НЕЧУЮЧОЇ ДИТИНИ

5.1. Словесна мова	113
5.2. Розвиток жестової мови у глухої дитини	127
5.3. Процес оволодіння дитиною жестовою мовою	132
5.4. Особливості жестової мови глухих (жестівничок)	134

РОЗДІЛ 6. СУЧАСНІ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ ЗА КОРДОНОМ

6.1. Чистий усний метод	177
6.2. Тотальна комунікація	180
6.3. Білінгвізм	184

РОЗДІЛ 7. КУЛЬТУРА НЕЧУЮЧИХ

7.1. Література	190
7.2. Театр і кіно	193
7.3. Образотворче мистецтво нечуючих	206
7.4. Спортивний рух серед нечуючих України	211
7.5. Види спорту серед нечуючих	216
7.6. Досягнення нечуючих спортсменів	230

РОЗДІЛ 8. УКРАЇНСЬКЕ ТОВАРИСТВО ГЛУХИХ

8.1. Структура Українського товариства глухих	235
8.2. Функції УТОГ	237

8.3. Перекладацька діяльність	238
8.4. Співпраця УТОГ з державними та громадськими організаціями, професійними громадськими осередками	249

РОЗДІЛ 9. СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА КОНСУЛЬТАЦІЯ

9.1. Державна типова програма реабілітації інвалідів	252
9.2. Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності	253
9.3. Інструкція про встановлення інвалідності	259
9.4. Державна соціальна допомога інвалідам з дитинства та дітям- інвалідам	277
9.5. Перелік послуг, що надаються інвалідам з ураженням слуху	286
9.6. Індивідуальна програма реабілітації інваліда	293

РОЗДІЛ 10. МІЖНАРОДНЕ ЗАКОНОДАВСТВО

10.1. Конвенція прав інвалідів	302
10.2. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей інвалідів ..	308
Рекомендована література	321
Як нас знайти	326

ПЕРЕДМОВА

Дитина зі світу тиші... Було б дуже нерозумно думати, що існує лише один правильний підхід щодо розвитку нечуючої дитини.

На сьогодні існує реальна можливість залучення батьків до повноцінної інформації стосовно різноманітних аспектів фізіологічного, медичного, освітнього, культурного спрямування.

Ми намагалися врахувати думку різних фахівців, в тому числі і нечуючих, котрі мають реальний життєвий досвід. В минулому вони так само були дітьми і відчували на собі плюси і мінуси сімейного виховання. Вияв їхніх здібностей, талантів, уподобань реалізується сьогодні у різних галузях мистецтва, спорту та ін.

Ви ознайомитеся зі світовими системами навчання, які є актуальними і в українській освіті. Отримуючи різносторонню інформацію, остаточний вибір стратегії розвитку нечуючого малюка залишається за Вами.

Завжди пам'ятайте: Ви і Ваша дитина не маєте почувати себе наодинці з труднощами. Стимулюйте спілкування між собою на візуально-жестовій основі з тим, щоб нечуюча дитина не знаходилася у вакуумі, а отримувала максимальну інформацію про оточуючий її світ.

Ми прагнули, аби з посібника Ви почерпнули якнайбільше інформації про світ тиші, в якому перебувають разом з Вашою дитиною мільйони нечуючих людей, і створили їй оптимальні можливості для її ефективної самореалізації.

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АДРО	— адаптивна оптимізація динамічного діапазону	МСЦПГ	— Міжрегіональний спільний інформаційний центр з проблем глухоти
АМН У	— Академія Медичних Наук України	НАПН У	— Національна академія педагогічних наук України
АТ	— артеріальний тиск	НВП	— навчально-виробниче підприємство
ВЛК	— військово-лікарська комісія	НВЦ	— навчально-відновлювальний центр
ВНЗ	— вищий навчальний заклад	НДІ	— науково-дослідний інститут
ВСД	— вегето-судинна дистонія	НПУ	— Національний педагогічний університет
ВФГ	— Всесвітня федерація глухих	ОАЕ	— отоакустична емісія
ГПО	— Готовий до праці і оборони	ОНП	— Об'єднання нечуючих педагогів
Гц	— герц	ООН	— Організація Об'єднаних Націй
Д	— діоптрія	ПМПК	— психолого-медико-педагогічна консультація
ДЦП	— дитячий церебральний параліч	ПТУ	— професійно технічне училище
дБ	— децибел	РПЖМ	— Рада перекладачів жестової мови
ЖМ	— жестова мова	СА	— слуховий апарат
ЗМІ	— засоби масової інформації	СВПСМ	— слухові викликані потенціали зі стовбура мозку
ЕЕГ	— електроенцефалографія	СФГУ	— спортивна федерація глухих України
ЕХОЧЕК	— спеціальний апарат для перевірки слуху у новонародженої дитини	ТК	— тотальна комунікація
ІПР	— індивідуальна програма реабілітації	ТО	— територіальна організація
КЖм	— кальковане жестове мовлення	УВП	— учбово-виробниче підприємство
КІ	— кохлеарний імплант	УТОГ	— Українське товариство глухих
КМ	— Кабінет Міністрів	ЦА	— цифровий апарат
КЦ	— Культурний центр	ЦНС	— центральна нервова система
ЛВЦ	— Ленінградський відновлювальний центр	ЦП УТОГ	— Центральне правління Українського товариства глухих
ЛКК	— лікарсько-консультативна комісія	ЦСР	— Центр слухової реабілітації
ЛФК	— лікувальна фізична культура	ЧАЕС	— Чорнобильська атомна електростанція
МЖ	— мова жестів		
МОЗ	— Міністерство охорони здоров'я		
МСЕК	— медико-соціальна експертна комісія		

Розділ 1

ПОРУШЕННЯ СЛУХУ



1.1. БУДОВА СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА

Слух – це відчуття, обумовлене сприйманням звукових коливань. Його значення неоцінне у психічному розвитку людини.

Орган слуху має складну будову. Слуховий аналізатор складається з трьох основних відділів: зовнішнього, середнього та внутрішнього (рис. 1). Перші два відділи виконують звукопровідну функцію, третій – звукосприймальну функцію.

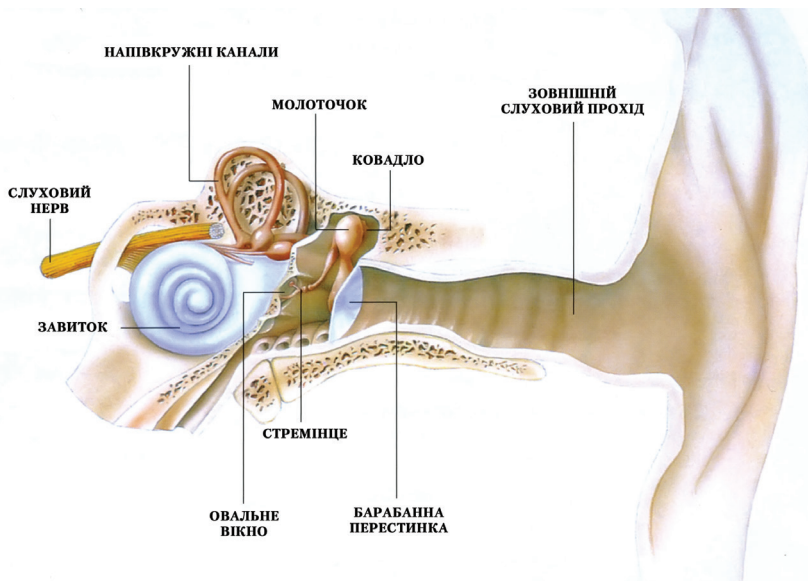


Рис. 1. Будова слухового аналізатора

Зовнішнє вухо представлене вушною раковиною, зовнішнім слуховим проходом, барабанною перетинкою. Вушна раковина вловлює та спрямовує звукові хвилі у слуховий прохід, який про-

водить звуки до барабанної перетинки. Барабанна перетинка знаходиться між зовнішнім та середнім вухом.

Середнє вухо знаходиться між зовнішнім слуховим проходом та внутрішнім вухом. Барабанна перетинка містить в собі три слухові кісточки, з'єднаних між собою: молоточок, ковадло, стремінець. Ці кісточки передають звукові коливання від барабанної перетинки до овального вікна внутрішнього вуха.

Внутрішнє вухо або лабіринт, є системою порожнин та каналів, заповнених рідиною. Функцію слуху тут виконує лише завитка — спіралью закручений канал. Однією із частин внутрішнього вуха є вестибулярний апарат, який відповідає за відчуття положення тіла людини в просторі, підтримує рівновагу, забезпечує прямоходіння людини.

Сприймання звуку здійснюється чутливими кінцівками слухового нерва. Слуховий нерв є «провідником», по якому сигнали звукових коливань досягають ділянки кори головного мозку, що сприймає та обробляє звукову інформацію. Цю ділянку називають слуховим центром. Вона забезпечує розрізнення звуків, тонів, шумів, які входять в мовленнєві сигнали та слугують умовою розуміння вербального мовлення.

Слуховий аналізатор починає працювати з моменту народження дитини. Гучні звуки у немовляти зупиняють або уповільнюють смоктальні рухи, можуть змінювати ритм дихання, частоту пульсу. На третьому місяці життя немовля вже реагує на різні звуки, впізнає голос матері. Пізніше дитина здатна розрізняти інтонацію та окремі слова. Наприкінці другого — на початку третього року закінчується формування органу слуху.

1.2. ПАРАМЕТРИ СЛУХУ

Найважливішим для оцінки слуху є вивчення здібності людини сприймати шепітне та розмовне мовлення.

Звукові хвилі характеризуються двома параметрами — децибел (*дБ*) і герц (*Гц*). Одиниця потужності звуку — *дБ*, яка діє на площу в 1 км^2 . *Гц* — це частота звукових хвиль за 1 секунду. Чим частіші хвилі, тим вищий звук.

Людське вухо нормально сприймає звук від 16 до 20000 Гц. Більшість людей може розрізнати «на слух» різницю 1 – 2 Гц, а є й такі, які володіють абсолютним музичним слухом, тобто можуть розрізнати тональність звуку навіть за умови, коли його немає з чим порівняти. Найчутливіше наше вухо до звуків із частотою коливань від 1000 до 4000 Гц.

Діапазон людського мовлення складає від 100 до 1200 Гц.

Характеристика звуків:

- Шелестіння листя при вітрі – 10 дБ;
- Шепотіння поблизу вуха – 25 – 30 дБ;

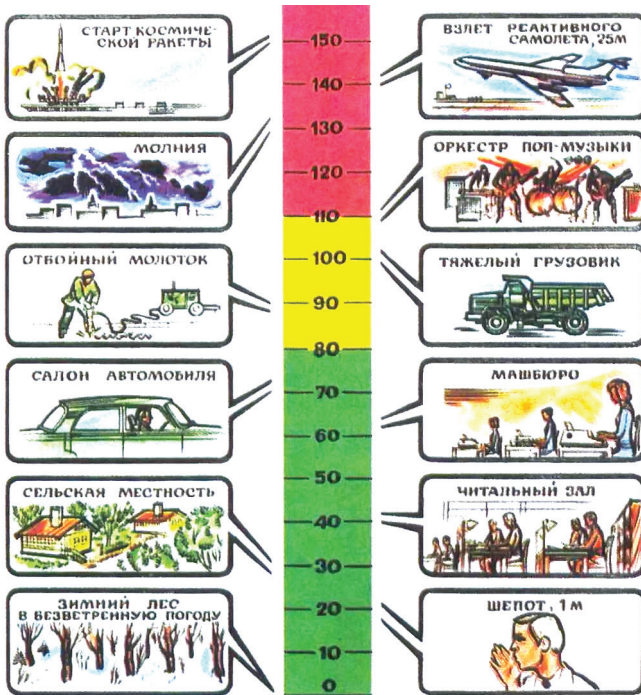


Рис. 2. Характеристика звуков у дБ

- Шум спокійної вулиці (вдень) – 50 – 60 дБ;
- Мовлення середньої гучності – 60 – 70 дБ;

- Голосна музика по радіо, звук оркестру – 80 дБ;
- Шум потягу в метро – 90 дБ;
- Квакання жаб – 100 дБ;
- Ричання лева – 114 дБ;
- Шум реактивного літака (на відстані 25 м) – 140 дБ;
- Межа больових відчуттів становить приблизно – 120 дБ.

Сучасна класифікація порушень слуху у слабочуючих осіб розрізняється залежно від середньої величини зниження порогів слуху (таблиця № 3) та у глухих від висоти сприймання звуків (таблиця № 2). У зазначеній класифікації децибели показують, якої гучності звуки не чує людина. Чуюча людина сприймає шепітне мовлення на відстані 5 м – низькі звуки та 20 м – високі звуки, мовлення звичайної гучності – 30 м – це від 0 до 15 дБ (рис. 3).

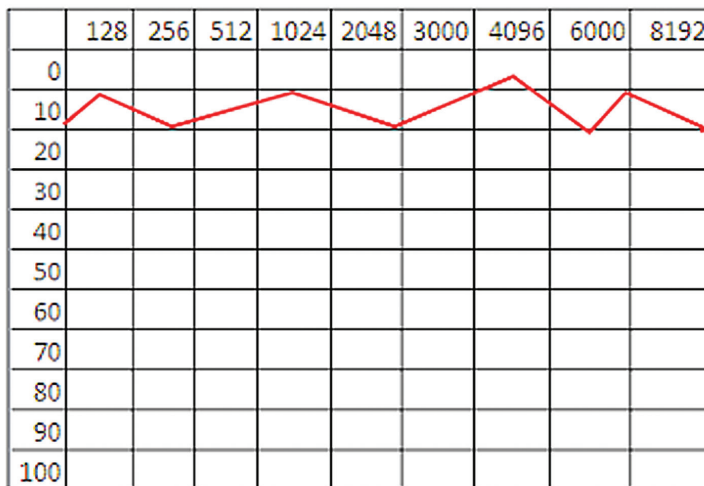


Рис. 2. Типова аудіограма чуючої людини

1.3.ВИДИ ПОРУШЕНЬ СЛУХУ

Порушення слуху – це відсутність або ураження, зниження слуху, що зумовлює помилкове сприймання оточуючих звуків. Порушення слуху поділяється на 2 види: глухота та туговухість (схема 1).

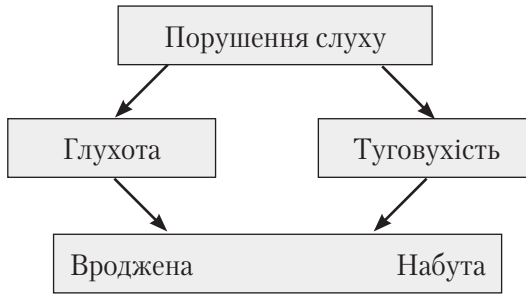


Схема 1. Види порушень слуху

Глухота — найрізкіший ступінь ураження слуху або його значне зниження, при якому розбірливе сприймання вербального мовлення стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. У більшості випадків зберігаються хоча б невеликі залишки слуху. З їхньою допомогою дитина може сприймати дуже гучні, різкі немовленнєві звуки (дзвінок, свисток), а іноді прості, добре знайомі слова, які вимовляються чітко і голосно біля вушної раковини.

№	Зниження слуху у Гц	Висота сприйняття звуків дитиною	Група
1.	до 256	чує дуже низькі звуки немовного походження	I
2.	512	немовні та голосні звуки	II
3.	1024	чує голосні звуки і знайомі слова	III
4.	2048	розпізнає знайомі фрази	IV

Таблиця 1. Педагогічна класифікація порушень слуху

Вроджена глухота зустрічається нечасто. Причинами її є:

- неправильний розвиток слухового органу у період вагітності матері;
- несприятливі умови розвитку плоду в результаті дії шкідливих чинників в період вагітності матері: перенесені інфекційні захворювання (грип, кір, краснуха); вживання матер'ю

алкоголю та наркотиків; використання антибіотиків (ліки, які закінчуються на *-іцин*, наприклад, стрептоміцин) та інших лікарських препаратів; травма плоду в перші три місяці вагітності.

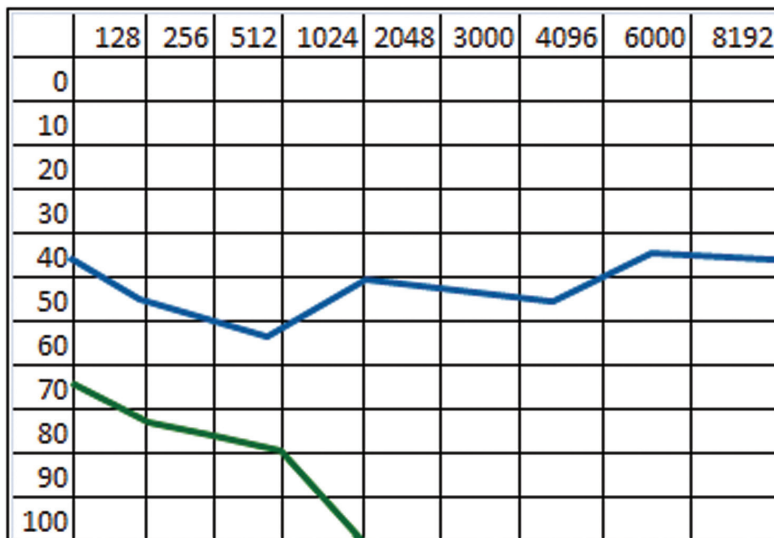


Рис. 3. Типова аудіограма глухої та слабочуючої людини (синій колір – слабочуюча, зелений – глуха)

Набута глухота може розвиватися у будь-якому віці. Причиною можуть бути запальні процеси у внутрішньому вусі та слуховому нерві, що розвиваються як ускладнення після гострого (хронічного, середнього) отиту, менінгіту, інфекційних хвороб, отосклерозу.

Внаслідок тривалого впливу на органи слуху вібрацій, сильного шуму може виникнути професійна глухота.

Туговухість – стійке зниження слуху, що виражається в різному ступені: від незначного порушення сприймання шепітного мовлення до різкого обмеження можливості сприймання мовлення розмовної гучності.

№	Зниження слуху у дБ	Порушення слуху у дитини	Показник
1.	16 – 45	Легке порушення. Шепітне мовлення чує на відстані 1,5 – 3 м, розмовне – 4 – 5 м	Туговухість I ступеня
2.	46 – 55	Середнє порушення. Шепітне мовлення – 0,5 – 1,5 м, розмовне – 3,5 м	Туговухість II ступеня
3.	56 – 75	Важке порушення. Шепітне мовлення не чує, розмовне – 1 – 3 м	Туговухість III ступеня
4.	76 – 90	Глибоке порушення. Розмовне мовлення до 1 м або крик біля вушної раковини	Туговухість IV ступеня
5.	Більше 90	Не чує без звукопідсилювальної апаратури ні шепоту, ні мовлення	Глухота

Таблиця 2. Медична класифікація порушень слуху

Причини виникнення туговухості різноманітні. Погіршення слуху настає:

- як результат гострого або хронічного запалення середнього вуха: відбуваються патологічні зміни в середньому вусі – прорив барабанної перетинки, рубці, зрощення, що призводять до порушення рухливості барабанної перетинки та ланцюга слухових кісточок;
- як результат хронічних захворювань носа і носоглотки (наприклад, аденоїди), при цьому порушується прохідність євстахієвої труби та нормальної вентиляції середнього вуха;
- як результат перенесених інфекційних захворювань (скарлатини, грипу, корі);
- як результат вроджених аномалій органів слуху в ембріональному періоді.

Туговухість вроджена чи набута у домовленнєвий період може призвести до порушення нормального вербального розвитку дитини. Його ступінь і характер при туговухості залежить від вза-

емодії трьох основних чинників: ступеня порушення, часу виникнення ураження, умов розвитку дитини після ураження слуху.

Діти, у яких туговухість пов'язана із захворюванням середнього вуха, патологічними процесами у носі, носоглотці, потребують спеціального лікування.

У слабчущої дитини діяльність одного зі слухових аналізаторів порушена частково. В порівнянні з глухими така дитина компенсує свої порушення за рахунок двох аналізаторів: зору та залишкового слуху.

1.4. ТИПИ ПОРУШЕНЬ СЛУХУ

Фахівці розділяють всі випадки порушень слуху на три основні типи (схема 2):



Схема 2. Типи порушень слуху

Кондуктивний тип порушення слуху має відношення до зовнішнього і середнього вуха. Виявляється як порушення нормальної передачі звуку слуховим каналом та/або середнім вухом до внутрішнього вуха. Найчастіші причини випадків кондуктив-

ної втрати слуху — закупорка слухового каналу вушною сіркою, перфорація барабанної перетинки, наявність рідини в середньому вусі (часто зустрічається у дітей), пошкодження або дефекти кісточок середнього вуха.

Нейросенсорний тип порушення слуху трапляється, коли нервові закінчення внутрішнього вуха втрачають чутливість. Вони стають нездатні перетворювати звукові коливання в електричні сигнали, необхідні слуховому нерву. Пошкодження слухового нерва також може стати причиною порушення слуху, якщо не забезпечуватиме попадання сигналів у мозок. Хоча це порушення може бути спричинене також дією надмірного шуму (при тривалій роботі в гучній обстановці) або віковим старінням організму.

1.5. МЕДИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ СЛУХУ

Обстеження слуху — найважливіша частина слухової діагностики. Людське вухо має складну структуру і сприятлива робота всіх його компонентів є основою нормального слуху. У процесі діагностичного обстеження фахівці проводять спеціальне тестування, за наслідками якого складається аудіограма. Від результатів діагностики та її своєчасності залежить вибір способів лікування і відновлення слуху.

Види та етапи діагностики слуху

- **ЛОР-огляд**, який дозволяє діагностувати незначні зміни у стані вуха, горла, носа.

- **Консультація лікаря-аудіолога** з усіх питань, пов'язаних з порушеннями слуху, використанням СА і допоміжних засобів звукопідсилення.

- **Безумовно-рефлекторна аудіометрія** заснована на реєстрації рефлекторних реакцій організму при пред'явленні звукових сигналів. Застосовується для дослідження слуху у дітей до 1 року.

- **Умовно-рефлекторна аудіометрія** проводиться, коли вже вироблений умовний рефлекс на звук і світло. Після цього фіксується реакція на звук без пред'явлення світлового сигналу. За-

стосовується для дослідження слуху у дітей старше одного року.

- **Ігрова аудіометрія** застосовується для дослідження слуху у дітей менше 4 років. При проведенні досліджень застосовується спеціальний аудіометр, який дозволяє в процесі гри визначити стан слуху у дітей.

- **Дослідження слуху розмовним мовленням** виконується для визначення здатності пацієнта чути і розуміти мовлення співбесідника за звичайних умов, а також для підтвердження правильності дослідження слуху іншими тестами.

- **Тональна порогова і надпорогова аудіометрія** визначає слухову чутливість на звуки різної частоти. У спеціальній звукоізолюваній камері, на частотах від 125 до 8000 Гц, визначається мінімальна інтенсивність звуку, яка викликає слухове відчуття. Надпорогова аудіометрія проводиться для глибшого і точнішого дослідження стану слухового аналізатора, має велике значення для правильного вибору і налаштування СА.

- **Мовленнєва аудіометрія** є основним методом для визначення соціального і клінічного стану слуху. Без результатів дослідження розбірливості вербального мовлення аудіограма є неякісною і не може бути використана для підбору і налаштування СА. Дослідження проводиться шляхом пред'явлення заздалегідь записаних за допомогою цифрового носія (CD-диск) тестових слів і визначення їхньої розбірливості. Результати використовуються для розрахунку параметрів СА з метою досягнення максимально можливої розбірливості мовлення.

- Вестибулярний (відповідальний за координацію рухів) і слуховий аналізатори тісно пов'язані між собою як анатомічно, так і функціонально. При порушенні слухової функції також часто порушується рівновага людини. Для виявлення порушень слухового аналізатора найважливішим тестом є **тональна гранична аудіометрія** — дослідження порогів слуху на різних частотах. Діагностика проводиться в спеціальній звукоізолюваній кабіні. Через навушники чи внутрішньовушні телефони лікар подає пацієнту звуки різної частоти і гучності. Пацієнт натискає на кнопку, повідомляючи лікарю про те, що звук почутий. На наступному

етапі дослідження звук подається не через навушники, а через так званий кістковий вібратор, розташований на лобі чи на кісточці за вухом. Результати дослідження лікар наносить на аудіограму. Вертикальні лінії на аудіограмі позначають звукові частоти, горизонтальні лінії — інтенсивність звуку в дБ (*див. рис. 3*). Дослідження триває 20 — 40 хв і, зазвичай, не має протипоказань і ускладнень.

- **Акустична імпедансометрія** застосовується при диференціальній діагностиці захворювань середнього вуха та для отримання даних про функціональний стан VII і VIII пар черепно-мозкових нервів і стовбура мозку. При діагностиці у вухо пацієнта вставляється спеціальна пробка, яка з'єднана з приладом-імпедансометром, за допомогою якого у зовнішньому слуховому проході створюється негативний чи позитивний тиск, а також подаються різні звуки. Тривалість обстеження 10 — 20 хв.

- **Обстеження акустично викликаних потенціалів мозку.** При обстеженні реєструється відповідь мозку на звукові стимули. Стимулами є короткі акустичні звуки, що подаються через навушники. Зміна потенціалів мозку реєструється спеціальними електродами, закріпленими на шкірі голови пацієнта, і фіксується на комп'ютері. Відповідь складається з комплексу позитивних піків, що позначаються в порядку їхнього виникнення римськими цифрами (*рис. 6*). Ці піки відбивають проходження слухових сигналів у відповідних відділах слухового проходу. Джерела генерації піків встановлені з великим ступенем вірогідності. Метод дає можливість простежити локалізацію цих порушень, оскільки різні захворювання мозку змінюють ці потенціали. Тривалість обстеження 30 — 40 хв.

1.6. ПЕРЕВІРКА СЛУХУ У НОВОНАРОДЖЕНОЇ ДИТИНИ

Серед проблем, з приводу яких проводиться перевірка новонароджених, проблеми зі слухом трапляються найчастіше. Від 1 до 3 новонароджених з кожної 1000 мають постійну втрату слуху. Оскільки це становить важливу соціальну проблему, окремі пологові будинки та лікарні беруть участь у слухових скринінгових програмах.

1.6.1. Отоакустична емісія

Скринінг новонароджених із застосуванням **отоакустичної емісії** (ОАЕ) – слухна нагода, щоб переконатися у наявності слуху і визначити, чи є потреба в додаткових обстеженнях і ранньому втручанні. Суть полягає в тому, що кожне здорове вухо у відповідь на звук реагує вібрацією клітин внутрішнього вуха. Ця вібрація спричиняє власний, дуже слабкий, специфічний звук – отоакустичну емісію (своєрідне відлуння), що з'являється, якщо дитина чує. Цей звук можна вловити за допомогою спеціального пристрою – апарату «ЕХОЧЕК» (рис. 7).



Рис. 7. Пристрій для перевірки слуху новонароджених

Дитині у вушко вставляють мініатюрний датчик, який приєднаний до апарату. Апарат перевіряє наявність або відсутність у дитини цього відлуння. Перевіряють обидва вухка. Процес перевірки займає лише кілька хвилин. Найкраще робити цю перевірку, коли дитина спокійна і спить. Часто обстеження радять проводити одразу після того, як дитина поїсть і їй змінять пелюшки. У більшості випадків немовля не відчуває жодного дискомфорту і продовжує спати (рис. 8, 9).

Після проведення скринінгу Вам повідомлять його результат. Може бути так, що за результатом першого дослідження не буде отримана чітка відповідь. Тоді буде призначено повторне обстеження. Якщо і після нього результат виявиться негативним, буде зроблена третя спроба. Якщо ж результат знову виявиться негативним, потрібно провести спеціальне обстеження у спеціалізованому аудіологічному центрі. Це ще зовсім не означає, що дитина не має слуху. Можливо, підвела апаратура або у дитини є тимчасова втрата чи послаблення слуху – внаслідок хвороби або інші тимчасові причини.

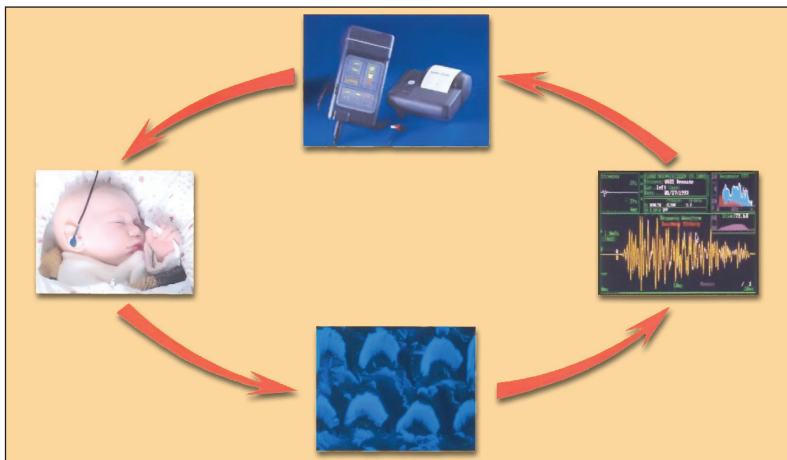


Рис. 8. Процес перевірки слуху



Рис. 9. Процес проведення скринінгу у немовляти

1.6.2. Універсальний скринінг

Іншим видом обстеження є **універсальний скринінг** слуху в новонароджених дітей. У даний час це доступний, простий, недорогий та безпечний тест, що дає змогу перевірити слух дитини в перші дні життя. Тепер вже не треба чекати, поки дитина підросте, щоб пройти формальне обстеження слуху, яке може встановити його втрату.

Мета універсального скринінгу — охопити обстеженням усіх новонароджених. Це означає, що всі діти, які перебувають у звичайних відділеннях чи у відділеннях патології новонароджених та інтенсивної терапії, проходять скринінг до виписки з пологового будинку або лікарні (впродовж трьох тижнів після виписки). Часто називають скринінгові програми ранньою перевіркою слуху та раннім втручанням. Ця назва має сенс, бо встановлення факту втрати слуху — лише перший крок.

Якщо виявлено порушення слуху, наступним кроком має бути втручання. Останнє може полягати у забезпеченні СА або пристроями та наданні відповідної допомоги від служб підтримки сім'ї та дитини в здобутті навичок спілкування.

1.6.3. Дослідження слухових викликаних потенціалів зі стовбура мозку

Третій тест — дослідження **слухових викликаних потенціалів зі стовбура мозку (СВПСМ)**. Під час проведення цього тесту до вуха дитини подають різні звуки. До голівки дитини прикріплюють електроди, що реєструють електричні потенціали мозку. Фактично це дає змогу виявляти дітей з втратою слуху.

Тести можна застосовувати окремо або в комбінації. В деяких лікарнях усіх дітей спершу обстежують на ОАЕ, а згодом тим дітям, що не пройшли цей тест, пропонують дослідження СВПСМ.

Описані тести — точні та надійні. Кожна медична установа має вибрати метод, який відповідає її можливостям, наявності відповідного персоналу, з урахуванням вартості та кількості обстежень, які проводимуть.

Якщо немовля не проходить успішно скринінг на наявність слуху — це ще не обов'язково означає, що дитина його не має. В загальнодержавному масштабі від 20 до 100 немовлят із 1000 (від 2 до 10 %) не проходять скринінговий тест. Лише від 1 до 3 дітей (менше 1 %) насправді не матимуть слуху. Це означає, що більшість дітей, направлених на повторне тестування, має нормальний слух.

Іноді дитина з нормальним слухом може не пройти успішно скринінговий тест. Причиною можуть бути:

- сірка у вушному каналі;
- рідина у середньому вусі;
- неспокій та/або плач під час проведення тесту.

1.6.4. Тимпанометрія

Щоб переконатися, що немає проблем у вушному каналі або середньому вусі, дуже важливо зробити **тимпанометрію**.

Це метод, який дозволяє встановити, чи середнє вухо дитини функціонує нормально. Цей тест важливий, оскільки наявність вологи у середньому вусі або інші аномалії можуть спотворити реакцію на звук. Тест полягає у тому, що всередину вушного каналу дитини вводять маленький пристрій і делікатно змінюють силу тиску повітря у вусі. Цей тест допомагає встановити наявність інфекції та/або рідини в середньому вусі. Якщо тип тимпанограми не є нормальним, тестування на ОАЕ не допоможе. Дитину треба направити до ЛОР-спеціаліста.

Проблеми в середньому вусі, які виявляють методом тимпанометрії, можуть спричинити втрату слуху до 50 дБ.

Більшість дітей успішно проходить повторне тестування слуху. Це найкращий спосіб впевнитися, що Ваша дитина чує нормально. Хоча це й рідко трапляється, інколи немовлята можуть успішно «скласти» перший скринінговий тест і все ж мати втрату слуху. Скринінг може не зафіксувати незначну втрату слуху та порушення, що стосується лише окремих звукових тонів. Деякі діти мають втрату слуху, якої на момент народження ще не існувало. Ці немовлята народилися з нормальним слухом,

натомість втрата слуху в них розвивалася з віком, після періоду новонародженості. Цей стан може бути спричинений деякими захворюваннями або специфічними генетичними причинами.

Втрата слуху після періоду новонародженості може відбуватися також внаслідок застосування деяких медикаментів або внаслідок травм чи захворювань.

1.7. ОБСТЕЖЕННЯ СЛУХУ У ДИТИНИ ДО 1,5 РОКІВ (ПОРАДИ З ДОСВІДУ ПРАКТИКІВ)

Часто у дітей різного віку через низку причин виникає стійке порушення слуху, чому не завжди може зарадити сучасна медицина. У таких випадках слушно застосовувати лише підтримуючу терапію, яка за допомогою певних профілактичних заходів, слухопротезування (підбору індивідуальних СА) та систематичного педагогічного втручання сприяє мовленнєвому розвитку дитини.

Слід зауважити, що навіть незначне зниження слуху, яке сталося в ранньому дитинстві, негативно відбивається на формуванні вербальної мови і мовлення. При важкому ступені туговухості і глухоті дитина не чує свого голосу та мовлення людей, котрі її оточують, а отже — неспроможна їх наслідувати. Недорозвиток мовлення або його відсутність ускладнюють контакт дитини з чуючим світом.

Тимчасові порушення слуху також негативно впливають на формування мовлення дитини, оскільки вони перешкоджають розвитку фонематичного слуху, оволодінню звуковим складом слова, граматичною будовою вербальної мови.

При наявності раннього адекватного корекційного впливу такі наслідки можуть бути послаблені, а то й виправлені.

Негативним чинником для загального й мовленнєвого розвитку дитини є також одностороннє зниження слуху, тобто його зниження на одне вухо.

Зазвичай питання про наявність слуху у малюка виникає у тих сім'ях, де одна або кілька осіб позбавлені слуху, або якщо дитина перенесла захворювання, пов'язане із вживанням антибіотиків. Необхідно стежити за тим, як дитина їсть, спить, коли почала тримати голівку, сидіти, вставати.

Уважну маму має насторожити те, що в 5 – 6 міс. дитина не реагує на брязкальце, не повертає голову, коли її кличуть по імені, не прокидається від дзвінка у двері чи по телефону. У більшості ж випадків батьки починають турбуватися тоді, коли помічають, що дитина відстає від своїх однолітків у мовленнєвому розвитку. Це відбувається десь у 1 – 1,5 роки її життя. У цьому віці дитина, яка добре чує, оволодіває першими словами, тобто малюк позначає певними звуками улюблені іграшки, своїх близьких, прохання. Ці голосові реакції можуть бути схожі на слова, яким вони відповідають: *мама, баба, ай-ай*, а можуть значно відрізнятись: *ха – ха – ложка*. У дитини навіть з незначним зниженням слуху у 1 – 1,5 року без спеціального навчання такі слова не з'являються.

Батькам необхідно звернути особливу увагу на свою дитину, якщо:

- дитина народилася від багатоплідної вагітності;
- мама перенесла під час вагітності інфекційні захворювання, особливо вірусні: краснуху, герпетичну інфекцію, кір, епідемічний паротит, вітряну віспу, оперізуючий лишай, цитомегаловірусну інфекцію;
- мама вживала під час вагітності ототоксичні препарати;
- дитина народилася з вагою тіла менше 1,5 кг;
- плід отримував в перинатальний період антибіотики (гентаміцин, неоміцин, стрептоміцин);
- дитина з пологовими травмами і внутрішньочерепним крововиливом;
- батьки дитини мають порушення слуху.

На що слід звернути увагу? У малюка на другому – третьому тижні життя вже з'являється зосередження, тобто реакція на зовнішній звуковий подразник. Вона виражається в загальмуванні рухів. Найчастіше реакція проявляється при подачі гучного сигналу на близькій від дитини відстані. У таких випадках, почувши звук, дитина поступово завмирає: не рухається, замовкає. Таке гальмування з'являється на різкий звук, а далі – й на голос.

Велику радість приносить батькам усмішка дитини, яка з'являється на першому тижні другого місяця її життя. Далі підмічаються перші спокійні голосові реакції, які з'являються при

зверненні до неї. Малюк ніби розмовляє з дорослою людиною. Батькам здається, що ця посмішка дитини та її гуління є відповіддю на звуки, які вона чує.

Однак, практика свідчить, що такі реакції часто з'являються і в глухій дитини. Вони викликані зовнішнім виглядом зверненого до неї обличчя, лагідними очима тощо.

Нарешті, у тримісячної чуючої дитини з'являється реакція на звук поверненням очей, а далі — й голови до джерела звуку, особливо на людський голос. Спеціалісти зазначають, що мала дитина повертає голову на звук з відстані не більш як 3 м, а шестимісячна дитина реагує на звуки на відстані 5 — 6 м.

У період від 3 до 6 міс. у багатьох дітей відмічається негативна реакція на крик і різкі незвичні звуки.

Таким чином, уважно спостерігаючи за дитиною, досить рано можна помітити відхилення від нормального ходу розвитку її слухової функції. Якщо дитина не реагує на різкі звуки, якщо своєчасно не повертає голівку в бік джерела звуку, не слід, шановні батьки, тишити себе тим, що вона мило посміхається, гулить у відповідь на звернення до неї. При виявленні тривожних симптомів Вам необхідно звернутися до спеціалістів — лікарів-сурдологів сурдологічних кабінетів за місцем проживання чи у спеціалізовані медичні центри.

Спеціалісти проведуть диференціальну діагностику стану слухової функції малюка, призначать необхідне лікування, при потребі підберуть індивідуальний СА, а вчителі-дефектологи ознайомлять з методикою реабілітаційних занять з ним.

Для отримання найповніших даних про слухову функцію необхідне проведення комплексного медико-психолого-педагогічного обстеження дитини.

Слух вважається нормальним, якщо дитина сприймає розмовне мовлення низьких тонів на відстані не менше 5 — 6 м, високих — близько 20 м. Донедавна вважалось, якщо школяр чує розмову на відстані не менше 2 м, то він, при створенні певних умов, може вчитися в звичайній школі, а якщо дитина чує розмовне мовлення на відстані до 1 м, то їй необхідне навчання в спеціальній школі для слабочуючих.

СА рекомендувалися тим дітям, які чули розмовне мовлення на відстані не менше 1 м.

В наші дні становище корінним чином змінилося. СА призначають дітям вже при набагато менших втратах слуху. Слабочуючі діти, серед яких багато з великими втратами слуху, що отримали своєчасну і якісну слухопротезну допомогу, успішно вчаться у звичайних школах.

Перевірка слуху дитини входить до обов'язків педіатра. Він повинен провести її в ході одного з періодичних оглядів малюка.

Батькам слід знати, що існує кілька простих ознак, що дозволяють визначити, чи все у дитини в порядку зі слухом.

Слух формується поступово і для кожного віку існують свої норми:

- у перші 3 – 6 тижнів малюк, як правило, здригається від гучних звуків, завмирає, перестає рухатися і, якщо до цього кричав, замовкає, перестає смоктати;
- у віці 1 *міс.* дитина повинна реагувати на гучний звук позаду себе;
- у 3 – 4 *міс.* життя дитина спрямовує погляд у напрямку до джерела звуку;
- 4 – 7 *міс.*: з'являється лепет (усвідомлене і цілеспрямоване повторення звуків рідної мови), дитина лепече не лише однокладові, але й багатокладові «слова»;
- 10 – 12 *міс.*: дитина реагує на тихі звуки з відстані в один метр. Вона життєрадісна, її мовлення успішно розвивається.

Отже, якщо всі ці ознаки є, із слухом дитини все в порядку. Але якщо один або кілька ознак відсутні, слух дитини необхідно перевірити у отоларинголога. І чим швидше, тим краще.

Як же можна обстежити слух дитини в домашніх умовах? Педагогічне обстеження дитини віком до півтора року ґрунтується на реєстрації безумовних орієнтувальних реакцій на звук. Такі реакції проявляються у завмиранні чи, навпаки, активізації рухів, повороті голови або очей у бік звуку, а також у плачі.

Приміщення, у якому обстежується дитина, має бути великим, щоб була можливість подавати сигнали з відстані 5 – 6 м справа

і зліва від дитини. При цьому одна людина подає сигнали, інша спостерігає за реакцією дитини.

Малюк знаходиться на повивальному столі, а спостерігач схиляється над ним і лагідно звертається до нього, намагається викликати усмішку чи активізацію рухів рук, ніг, спокійні голосові реакції. Він звертає увагу дитини на яскраву іграшку, яку рухає вліво і вправо на відстані 30 — 40 см над її очима. Помічник у цей час на відстані 3 — 4 м справа подає звукові сигнали. При відсутності реакції відстань увесь час зменшується, поки не досягає 5 — 10 см від вуха дитини. Це необхідно для того, щоб визначити максимальну відстань, з якої дитина сприймає звук. Далі досліджується реакція на даний звук з іншого боку.

Першим подається звучання шарманки, а далі — сигнал брязкальця, сопілки, гармошки, свистка і в кінці — барабана.

Після цього досліджується реакція на голос розмовного звучання, а в разі її відсутності — на голос підвищеної гучності. Якщо у малюка помітна реакція на голос розмовної гучності на відстані більш, ніж 1 м, то сигнал подається і шепотінням.

Дитина, за віком старша від попередньої, сидить за столиком на руках у матері. Спостерігач сідає перед нею та привертає її увагу до іграшок: піраміди, складні іграшки тощо. При цьому важливо, щоб увага дитини не була повністю прикута до іграшок. Це можна перевірити, подувши дитині в потилицю. Якщо вона не повертається, то іграшки слід замінити або відмовитися від них.

Перший сигнал подається за спиною малюка, на відстані 5 — 6 м. Ті сигнали, які дитина почула на відстані більш як 1 м, подаються їй потім справа і зліва. Цим ми виявляємо, чи може дитина і з якої відстані визначити напрямок джерела звуку.

За сукупністю отриманих результатів можна виділити чотири рівні стану слуху.

Перший рівень — **слух у межах вікової норми.**

Діти з нормальним слухом реагують на увесь набір немовленевих звучань на відстані 3 — 5 м. Відстань, з якої та чи інша дитина сприймає всі стимули (від шарманки до барабана), постійно залежить від її віку: чим дитина молодша — тим з ближчої відстані

вона сприймає сигнал. На тій же відстані діти відчують і звучання голосу розмовної гучності та шепотіння.

Другий ступінь стану слуху — **легка туговухість**.

При туговухості дитина також реагує на усі пред'явлені стимули, але відстань, з якої відмічаються реакції, нестабільна, вона в однієї й тієї ж дитини змінюється у межах 0,5 — 5 м. При цьому на максимальних відстанях сприймаються, як правило, звучання з найнижчими частотами. Діти здатні локалізувати джерело звуку, але лише в тих випадках, коли стимул сприймається на відстані не менш, ніж 1 м. Незначна частина туговухих дітей реагує на голос розмовної чи підвищеної гучності з відстані 0,3 — 1,5 м.

Третій рівень стану слуху — **значна туговухість**.

При значній туговухості дитина сприймає, як правило, неповний набір пред'явлених немовленневих стимулів. Відстань, з якої дитина реагує на різні звучання, нестабільна і коливається від 0,1 до 0,3 м при сприйманні високочастотних стимулів, до 2,5 — 5 м при сприйманні середніх і низькочастотних. Дитина здатна сприймати ті звучання, які відчуються нею на відстані не менш 1 м. Більшість дітей не реагує на голос розмовної і підвищеної гучності.

Четвертий рівень стану слуху — **глухота**.

Глуха дитина реагує лише на різко обмежену кількість звучань (в основному, на низькочастотні звуки — барабан). Відстань до джерела звуку може бути й більшою — до 2,5 — 5 м. Деякі глухі діти взагалі не реагують на пред'явлені слухові стимули. Звучання голосу глухі діти не сприймають.

Часто зустрічаються діти, у яких реакції на ту чи іншу групу стимулів (немовленнєві звучання, голос) не узгоджуються між собою. Це відбувається внаслідок індивідуальних особливостей дитини, її соматичного стану, особливостей уваги, віку.

1.8. ОБСТЕЖЕННЯ СЛУХУ ДІТЕЙ 1,5 — 3 РОКІВ. ОБСТЕЖЕННЯ СЛУХУ МОВЛЕННЯМ

Як зазначають фахівці, отримати достовірну педагогічну характеристику стану слуху на основі реєстрації безумовних орієнтувальних (поведінкових) реакцій можна лише у дітей до 1,5 року.

У дітей старшого віку відбувається затухання безумовного орієнтувального рефлексу, і вони вже не дають видимих реакцій на низьку звуків. Більшість дітей, слух яких вперше обстежується у віці старшому від 1,5 роки, реагують лише на голосні (барабан, гучний голос) чи на незвичні звуки. Достовірні дані про стан слуху у цих дітей можна отримати лише в процесі цілеспрямованої роботи з вироблення умовної рухової реакції на звук, тобто дитина виконує певну ігрову дію у відповідь на звуковий сигнал.

Отже, дітей до обстеження потрібно спеціально підготувати. Ця підготовка здійснюється сурдопедагогом і батьками впродовж 2 – 4 тижнів. У цей час їх вчать реагувати будь-якою ігровою дією на звук. Зокрема, під час звучання іграшки чи голосу накладати кільце на стержень піраміди, кидати гудзик у баночку, класти кубик у кузов машинки тощо. Після вироблення реакції визначається максимальна відстань, з якої дитина сприймає звучання голосу та іграшок.

Коли умовна рухова реакція на звук у дитини уже вироблена, то в якості джерела звуку може виступати і тон аудіометра. На основі отриманих даних можна попередньо визначити дітей з нормальним слухом, з легкою та середньою туговухістю і з глухотою.

Діти з нормальним слухом реагують на звучання всіх іграшок і на шепотіння на відстані не менше 5 м.

Діти з легкою туговухістю чують звучання всіх запропонованих іграшок і голосу розмовної гучності на відстані не менш 4 – 5 м, а шепотіння – на відстані до 1,5 – 2 м від вушної раковини.

Діти з середньою туговухістю сприймають середні та низькочастотні звучання на відстані 4 – 5 м, а високочастотні – 0,5 – 1,5 м і реагують на голос розмовної гучності на відстані 1 м, але шепіт, як правило, не чують.

Діти з важкою туговухістю чують низькі звучання іграшок на відстані 3 – 5 м, а високочастотні – біля вушної раковини (на відстані 0,1 – 0,5 м) і сприймають звучання голосу розмовної гучності на відстані 0,4 – 1 м (шепітного мовлення не чують).

Серед глухих можна виділити дві групи.

Першу складають **глухі діти зі значними залишками слуху**.

Вони реагують на звучання низькочастотних іграшок (барабан) на великій відстані (2,5 – 5 м), середньочастотних – значно ближче до вуха; високочастотні іграшки ці діти, як правило, не чують. Вони сприймають звучання голосу розмовної гучності на відстані до 0,3 м від вушної раковини.

До другої групи відносяться **діти з незначними залишками слуху**. Вони сприймають лише низькочастотні звучання (барабан) і голос підвищеної гучності біля вушної раковини.

Отже, якщо Ви уважно спостерігаєте за розвитком своєї дитини з перших днів життя, можна дуже рано помітити відхилення від нормального ходу розвитку її слухової функції. Наголошуємо, що на різкі голосні звуки дитина реагує з перших днів життя. Важливо знати, що дитина з нормальним слухом сприймає високочастотне звучання брязкалки, дзвіночка з тієї ж відстані, що й низькочастотні (удари барабана).

Для обстеження слуху у дітей можна використовувати й метод «горохових проб». Він дуже простий і доступний, не вимагає ніякого апаратурного оснащення, а тому може бути використаний і в домашніх умовах.

Для обстеження слуху цим методом необхідно мати чотири пластикові баночки. Три з них на одну третю частину заповнюються: перша – нелущеним горохом, струс якого створює звук інтенсивністю 70 – 80 дБ, друга – заповнюється гречкою-ядрицею, струс якої створює звук інтенсивністю 50 – 60 дБ, третя – манкою, струс якої створює звук інтенсивністю 30 – 40 дБ. Четверта баночка залишається порожнього.

Кожні три місяці вміст баночок необхідно замінювати новими крупами.

Бажано, щоб обстеження проводили, окрім матері, ще дві особи: одна – подає сигнали, а інша – спостерігає за реакцією дитини.

Дитина лежить на повивальному столі чи сидить на руках у матері. Спостерігач вступає з нею в контакт. За його сигналом людина, яка стоїть позаду малюка, трясє баночки на відстані 20 – 30 см спочатку від правого, а потім – від лівого вуха. При цьому в одній руці у неї баночка з крупою, а в другій – баночка порожня. Рухи

рук мають бути синхронними й симетричними. При перевірці другого вуха баночки міняють місцями. Людина, яка спостерігає за дитиною, бачить її реакції при подачі звукового сигналу: завмирання, активізація рухів, моргання, пошуки джерела звуків і т. ін. Обстеження може проводити і хтось з батьків. В такому разі варто розміститися перед дитиною, щоб бачити її реакції у відповідь на звукові сигнали.

Безумовні орієнтувальні реакції при повторних подачах швидко згасають (тобто дитина перестає реагувати на звуки, які вона сприймає слухом), тому обстеження слід розпочинати з тихіших звуків: спочатку баночка, наповнена манкою, за нею — гречкою і лише потім — горохом.

Якщо дитина чітко реагує на звучання баночки з манкою і може визначити напрямок звуку, то інші звучання пропонувати не слід. За нормального слуху такі результати досягаються з 4 — 5 *міс.* життя малюка. У чотиримісячного малюка відмічається реакція на звучання баночок з гречкою та горохом, на звук баночки з манкою він не реагує. Малюк, якому більш, як 4 *міс.*, реагує на звучання усіх трьох баночок, він визначає напрямок звуку, тобто повертає голову (очі) в бік баночки.

Отже, в сурдологопедичний кабінет на обстеження слуху слід направляти малюків у випадках:

- якщо дитина до чотирьох місяців не реагує на звучання баночок з гречкою та горохом;
- якщо малюк, якому вже виповнилося 4 *міс.*, не реагує на звучання хоча б однієї баночки (наприклад, з манкою), або не може локалізувати джерело звуку — це свідчить про можливість одностороннього зниження слуху.

Радимо батькам вести щоденник спостережень за реакціями дитини. В ньому відмічається, на які звуки реагує дитина, і з якої відстані, чи може вона визначити місце знаходження джерела звуку. В залежності від віку дитини у щоденнику відмічаються результати, отримані на основі безумовних орієнтувальних реакцій (до півтора року), чи на основі вироблення умовної рухової реакції (після півтора року). Щоденник може мати такий вигляд:

Джерело звуку	Дата спостереження		
	15 березня	17 квітня	20 травня
Шарманка	10 см	—	—
Брязкальце	30 см	25 см	—
Сопілка	3 м	2,5 м	2 м
Гармошка	3,5 м	3 м	2 м
Барабан	5 м	5 м	5 м
Шепотіння	—	—	—
Голос розмовної гучності	50 см	30 см	в/р

Таблиця 3. Результати спостережень за реакціями дитини

Як видно із *таблиці 3*, дитина стала сприймати меншу кількість звучань і з близької відстані. Це свідчить про можливе наступне зниження слуху. У подібних випадках необхідно терміново звернутися до лікаря-сурдолога, оскільки своєчасне лікування може призупинити цей процес. Якщо в процесі аудіолого-педагогічного обстеження у дитини виявлено хоча б незначне зниження слуху, необхідно терміново розпочати з нею спеціальну роботу.

Обстеження слуху мовленням

Слух дітей, які вже, тією чи іншою мірою, володіють усним мовленням, можна перевіряти при пред'явленні їм знайомих слів шепотінням з відстані 6 м.

Найважче обстежувати дітей другого — третього року життя. Якщо малюк вже розмовляє, то слід спочатку налагодити з ним контакт, а згодом, у процесі виконання ним простих ігрових завдань, перевірити слух. Але, перш за все, потрібно запитати у мами, які слова й фрази дитина розуміє, як сама називає предмети, дії.

Можна розмістити перед дитиною іграшки: ляльку, зайчика, ведмедика, собачку та ін. і шепітно вимовляти фрази типу: *Покажи зайчика. Де собачка? Покажи у ляльки ручки (рот, очі). Пока-*

жи у собачки хвостик. Спочатку фрази вимовляємо біля дитини, а далі — на відстані 6 м (чи 3 м, якщо дитина сидить спиною до Вас). Якщо ж дитина не виконує завдань при зверненні до неї шепотінням, то їх потрібно промовляти голосом розмовної гучності на невеликій відстані від неї.

Якщо рівень мовленнєвого розвитку дитини є таким, що не дозволяє обстежувати її слух словами й простими фразами, то потрібно виробити в неї умовну рухову реакцію на звучання складів типу: *па-па-па, ну-ну-ну, сі-сі-сі*. Дитину вчать під час промовляння складів кидати гудзик (квасолину) в пляшку, ставити кубик на кубик тощо. Перевіряємо, чи чує дитина склади, які промовляються шепотінням на відстані 6 м.

Слух у дітей, які мають понад три роки життя, перевіряється добре знайомими їм низько— й високочастотними словами. Ці слова розміщені у двох рядках, у кожному по 5 низькочастотних і стільки ж високочастотних слів:

1) *зайчик, дім, Вова, шишка, риба, чоботи, пташка, вухо, чай, вовк;*

2) *мило, дім, чашка, вікно, борщ, каша, город, чайка, море, синичка.*

При обстеженні слуху дітей слова кожного рядка подаються у випадковій послідовності.

Процес обстеження: дитину поставте боком до спостерігача. У протилежне вухо дитині вставте ватний тампон, поверхня якого злегка змочена маслом.

Запропонуйте дитині повторяти слова, які будете шепотіти. Перші два слова промовляються біля дитини, а далі — з відстані 6 м (або 3 м, якщо дитина стоїть спиною). Якщо дитина соромиться і не повторює слова, то можна запропонувати їй показувати відповідні малюнки, які розміщені перед нею на столі. Якщо дитина не впізнає шепітне слово, повторіть голосом розмовної гучності, а далі — шепотінням.

Після пред'явлення наступних слів знову повторіть те слово, яке викликало труднощі.

Друге вухо дитини перевірте аналогічно за допомогою слів другого рядка.

Якщо слух дитини Вам обстежити мовленням не вдається (через низький рівень загального, мовленнєвого розвитку), необхідно направити її в центр для обстеження слухової функції об'єктивними методами (які розглядали попередньо).

Якщо дитина дошкільного або шкільного віку (при обстеженні лівого й правого вуха) адекватно реагує на звучання низько- та високочастотних слів, які вимовляються шепітним мовленням на відстані не менш як 6 м, це означає, що її слух у межах фізіологічної норми.

Якщо дитина реагує на шепотіння з меншої відстані або зовсім не реагує на нього, то у неї можна запідозрити наявність зниження слуху. Таку дитину необхідно направити для обстеження до сурдологічного кабінету, що дозволить за допомогою найсучасніших об'єктивних методів дослідити її слухові функції і зняти підозру порушення слуху або підтвердити її. Таким чином, можна забезпечити своєчасне виявлення порушення слуху.

1.9. ПРОФІЛАКТИЧНА РОБОТА З БАТЬКАМИ

Вивчення порушень слуху у дітей привертає увагу різних спеціалістів — лікарів, сурдопсихологів, сурдопедагогів як з питань профілактики цього дефекту, так і з можливо раннього його виявлення, діагностування, компенсації і корекції. Дотепер відомо, що частота порушення слуху велика (77 осіб на 100 тис. населення). Це може бути обумовлено цілою низкою різноманітних причин. До цього часу спеціалісти не в змозі чітко відповісти на запитання: чи глухота викликана лише перенесеними захворюваннями, чи тут наявне сполучення спадкових схильностей із різними екзогенними чинниками.

Відомо також, що у деяких дітей глухота сполучається з іншими порушеннями й захворюваннями. На глухих дітей поширюється той же спектр патологій, що й на інших. А низка порушень чи захворювань у дітей з проблемами слуху трапляється частіше, ніж у інших дітей. До них відносяться: порушення зору, зміни в серцевій діяльності, порушення м'язевої, шкіряної, нервової систем, невротичні прояви тощо.

Дуже важливою і практично значимою проблемою є рання діагностика всіх наявних у дитини уражень або складного дефекту. Батьки такої дитини мусять бути першими помічниками лікарям у встановленні діагнозу. Це необхідно зробити з метою подальшої організації навчання дитини, яке по суті є індивідуальним, тому діти зі схожою структурою дефекту об'єднуються в клас, де використовуються адекватні методи їхнього навчання. Правильне встановлення діагнозу дозволить батькам дитини зрозуміти перспективи її розвитку, можливості соціальної реабілітації та адаптації, а також професійної орієнтації.

Батькам дитини з порушеннями слуху необхідно усвідомити, що ставлення до неї сім'ї визначає своєрідність її особистісного і навіть інтелектуального розвитку, впливає на подальшу долю дитини, на особливості її саморегуляції в суспільстві.

Відомо, що глухі молоді люди часто будують свою сім'ю. У таких сімейних пар гостро постає питання про вірогідність ураження слуху у власних дітей. Безумовно, глухота батьків може бути різного характеру: спадковою чи екзогенно обумовленою. Але, як вважають спеціалісти, і при спадковій глухоті у обох членів подружжя дефект може мати різні причини. Тому вірогідність народження глухої дитини навіть у такій сім'ї коливається від 0 до 100 %. Для отримання достовірніших даних необхідне серйозне обстеження батьків.

В анамнезі глухої дитини, як і в анамнезі дитини з нормальним слухом, трапляються пологові та післяпологові пошкодження різного ступеня. Глухі діти можуть переносити різні захворювання, травми у різному віці, у зв'язку з чим вони вживають різні препарати. Однак, як радять лікарі, не слід механічно вважати єдиною причиною зниження слуху у дитини вживання саме антибіотиків. Слід брати до уваги й саме захворювання, через яке були вжиті ці медикаменти. В результаті досягнень сучасної генетики у глухих дітей описано вже понад п'ятисот форм глухоти, відомі їхні клінічні прояви і прогноз кожного виявленого порушення, а також — ризик можливості порушення слуху у майбутніх дітей обстежуваного. Такі глухі діти можуть народжуватися

у здорових батьків. Але, як правило, матері таких дітей важко переносили вагітність, у зв'язку з загрозою викидня чи нефропатією не раз перебували на стаціонарному лікуванні, пологи були передчасними, відмічалися пологові травми, діти народжувалися з малою вагою, після народження часто хворіли. Як правило, у таких дітей виявлялася розумова відсталість і вони мали дуже великі труднощі у навчанні.

Трапляються ситуації, коли у глухої мами народжується глуха дитина. У таких сім'ях спілкування глухої матері з дитиною формується з перших днів її появи у жестовій формі. У спеціалізований дитячий садок і в школу такі діти приходять з достатнім знанням ЖМ, вони знають дактилологію, на заняттях активні, зацікавлені, чим дуже відрізняються від своїх глухих однолітків, у яких батьки добре чують.

Особливої уваги вимагають внутрішньосімейні стосунки, коли у чуючих батьків народжується глуха дитина. Іноді складається трагічна ситуація, оскільки батьки не можуть змиритися з тим, що їхня дитина глуха. Вони починають шукати різного роду «спеціалістів», які обіцяють повернути дитині слух. А коли це не відбувається, батьки втрачають надію й віру. Вони навіть при добре налагодженому навчанні дитини не намагаються допомогти педагогам. Часто глухі діти в таких сім'ях починають учитися пізно, що призводить до труднощів у навчанні і низької соціальної адаптації.

Коли батьки дізнаються про глухоту своєї дитини, у них виникає велика психологічна напруга, пов'язана з важкими душевними переживаннями. Іноді з'являється навіть почуття вини перед дитиною.

Батьки повинні знайти в собі сили і всі свої зусилля скерувати на подолання труднощів, які є у дитини.

Отже, для досягнення оптимального розвитку глухої дитини чи то з нормальним інтелектом, чи із затримкою психічного розвитку або з розумовою відсталістю необхідна спільна і дружна робота батьків, лікарів, психологів і педагогів.

Батьки мають зрозуміти і прийняти поради лікаря. Довірливе

ставлення батьків і лікаря формується у процесі їхнього спілкування. Батьки мусять знати діагноз дитини, яким би він не був, і це не повинно викликати у батьків паніку чи песимізм. Діагноз має спонукати батьків до усвідомлення істинного стану дитини і допомагати їм прийняти і здійснити рекомендовані лікарем, психологом та педагогом поради, заходи у наступному вихованні і навчанні їхньої дитини.

Часто батьки, бажаючи добра своїй дитині, опікують її, чекаючи швидкого результату і ефекту при навчанні. І, разом з тим, вони тиснуть на дитину своєю авторитарністю, ламають її волю. Навчання такої дитини ускладнене, оскільки вона невпевнена у своїх силах, неспроможна прийняти самостійне рішення у складних ситуаціях, якщо не отримає схвалення авторитарної мами чи педагога. Діти виростають боязливими, безініціативними.

Отже, спеціальна робота потрібна кожній нечуючій дитині, незалежно від її діагнозу. Така допомога має надаватися по можливості якомога раніше, тобто з того моменту, коли виявлено зниження слуху.

Розділ 2

КОМПЕНСАТОРНІ МОЖЛИВОСТІ



2.1. СЛУХОПРОТЕЗУВАННЯ

Слухопротезування — *це електроакустична корекція* порушення слуху шляхом підсилення звуку за допомогою СА.

При слухопротезуванні вражені структури органа слуху не відновлюються, а відбувається лише певна **компенсація функціонального порушення слухової системи**. Сама компенсація не є постійною, оскільки слухове порушення залишається. Тому слухопротезування **не є лікуванням**. Проте, слухопротезування передбачає низку діагностичних процедур, маніпуляцій на зовнішньому вусі, корекцію слухової функції та її оцінку. Слухопротезування здійснюється під контролем лікаря-отоларинголога-аудіолога.

З **медичної** точки зору СА є протезом, що корегує частково втрачену слухову функцію. Тому СА — це виріб, що відповідає вимогам медичного призначення.

З технічної точки зору сучасний СА — це електроакустичний слухокорекційний звукопідсилювальний прилад індивідуального користування.

Будь-який СА складається з мікрофона, електронного підсилювача з регуляторами та перемикачами, телефону, джерела живлення, що розміщуються у корпусі (рис. 10).

Корпус виготовляють з високоякісної, міцної, неалергенної, нетоксичної пластмаси, стійкої до жиру і поту.

Мікрофон сприймає та перетворює звук в електричний змінний струм тієї ж частоти.

Електронний підсилювач підсилює та, певним чином, обробляє електричний сигнал. За допомогою перемикачів можна регулювати електроакустичні характеристики СА.

Розрізняють оперативні регулятори, найчастіше це регулятор підсилення, якими може маніпулювати користувач СА, та неопера-

тивні регулятори, які регулює лише фахівець при настроюванні СА.

Перемикачі служать для вмикання певного вхідного пристрою: мікрофона, котушки, електровходу чи їх комбінації.

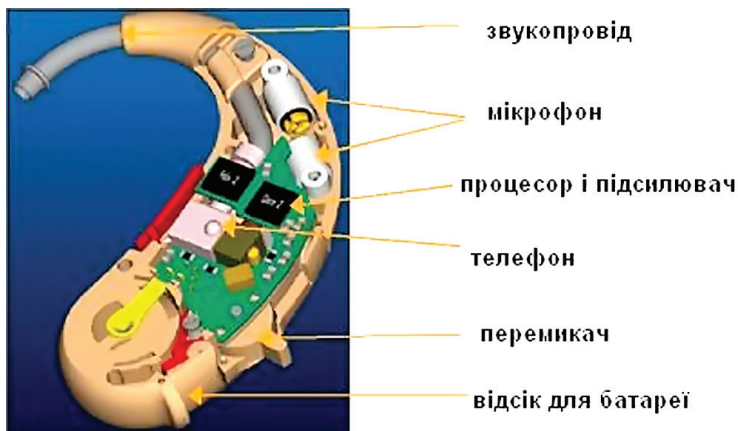


Рис. 10. Структура слухового апарата

Телефон перетворює підсилений електричний сигнал у звук, який подається у вухо користувача.

Джерело живлення вкладається у висувний батарейний відсік корпусу апарата.

Для живлення СА у минулому використовували здебільшого акумулятор, переважно нікель-кадмієвий, який можна багаторазово заряджати. Тепер найсучаснішим і перспективним джерелом живлення СА є цинко-повітряна батарея (рис. 11).



Рис. 11. Цинко-повітряні батареї для слухового апарата

На відміну від єдиного типорозміру акумулятора для заушних СА виробляється п'ять типорозмірів батарей:

№	Код розміру батареї	Слухові апарати
1.	5	глибоко-каналльні внутрішньовушні
2.	10	каналльні та мініканалльні внутрішньовушні
3.	13	міні-завушні і мушльові (раковинні) внутрішньовушні
4.	312	напівмушльові внутрішньовушні
5.	675	завушні

Таблиця 4. Типорозміри батарей

При вкладанні батареї важливо дотримуватись збігання полюсів батареї та контактів у батарейному відсіку: знаку «+» на батареї з таким самим знаком на контакті відсіку, інакше апарат не працюватиме.

Загальний процес слухопротезування

Слухопротезування є досить складним багатостадійним процесом.

Методики слухопротезування можуть певною мірою відрізнятись у деталях залежно від того, які СА використовуються: лінійні чи нелінійні, з ручним налаштуванням чи цифровим програмуванням, аналогові чи цифрові тощо. Однак ці методики достатньою мірою раціоналізовані, тобто визначено такі процедури, які є необхідними для якісного й ефективного слухопротезування.

Основні етапи загального процесу слухопротезування є такі:

- з'ясування слухової проблеми пацієнта;
- клінічне обстеження;
- аудіометрія з оцінкою перспектив слухопротезування;
- аналіз отриманих даних і прийняття рішення про необхідність слухопротезування;
- зняття зліпка зовнішнього вуха;

- підбір СА;
- установалення СА;
- перевірка придатності СА;
- навчання користуванню апаратом та приладам до нього.

Позитивні характеристики слухопротезування:

☺ поліпшення мовної комунікації за рахунок як підвищення розбірливості мовлення оточуючих осіб, так і покращення виразності власного мовлення;

☺ підвищення можливостей отримання бажаної освіти та розширення кола можливих професій;

☺ підвищення можливостей професійного росту, кар'єри у позитивному значенні, соціального становища та, відповідно, матеріального добробуту;

☺ розширення кола спілкування та можливостей створення сім'ї, а в деяких випадках — збереження сім'ї, яку створено перед втратою слуху чоловіком чи дружиною;

☺ поліпшення побутових умов через ширші можливості контактів у соціальній сфері;

☺ підвищення безпеки, особливо при бінауральному (на 2 вуха) слухопротезуванні, через можливість почути та визначити напрям на небезпечний об'єкт;

☺ підвищення самооцінки, почуття своєї значимості у житті, а також психологічного чуття безпеки, та, навпаки, зменшення хвилювання, занепокоєння, страху перед контактом з оточуючими. Це особливо важливо для тих, хто втратив слух не в ранньому дитинстві і мав попередній слуховий досвід;

☺ задоволення духовних потреб, зокрема через відвідання та можливість слухати службу у храмі;

☺ зменшення напруженості, втомлюваності, оскільки відпадає потреба постійно прислуховуватися;

☺ збільшення задоволення від життя: відвідання театру, кіно, перегляд телевізійних передач, зустрічі з друзями, вечірки, розваги тощо;

☺ зменшення страждання від вушного шуму через його маскування підсиленням звуком.

⊗ зменшення проблем і напруження стосунків у сім'ї, трудовому колективі та соціальній сфері.

Негативні характеристики слухопротезування:

⊗ низька інформованість населення щодо порушень слуху та можливостей компенсації за допомогою СА, а також про установи, які надають слухопротезну допомогу: значно звужує коло осіб, що звертаються за отриманням такої допомоги;

⊗ відсутність налагодженої системи підготовки фахівців-слухопротезистів, що дозволяла б їм оволодіти в повному обсязі необхідними професійними знаннями та навичками. З одного боку, це обмежує кількість таких фахівців та доступність слухопротезної допомоги для широких верств населення, а з іншого — погіршує професіоналізм фахівців і результативність застосування СА;

⊗ традиційне багаторічне використання низькоякісних СА, зокрема, заушних виробництва фірми «Topdi Elektronika» (Естонія) та кишенькових СА заводу «Ритм» (Росія), що закуповуються для слухопротезування пільгових категорій громадян. Такі апарати не лише не дають високої ефективності, але й створюють негативне враження про СА та слухопротезування взагалі як у окремих пацієнтів, так і у їхніх родичів, фахівців, широкого загалу;

⊗ висока вартість високоякісних СА провідних світових виробників та відсутність механізмів соціального захисту осіб, що потребують слухопротезної допомоги, подібних до створених у розвинутих країнах, роблять такі апарати майже недоступними для більшості населення;

⊗ відсутність налагодженої мережі пунктів ремонту та сервісу СА спричинює те, що з часом пацієнти припиняють користуватись апаратом внаслідок його несправності;

⊗ низька оснащеність існуючих кабінетів слухопротезування сучасним діагностичним аудіологічним обладнанням та пристроями для добору, налаштування, перевірки придатності СА, що обмежує можливості фахівців-аудіологів у наданні високоякісної слухопротезної допомоги.

⊖ нестача коштів, що виділяються для забезпечення громадян СА та недосконалість системи соціального захисту осіб з порушеннями слуху значною мірою спричинені недостатньою увагою керівних органів до цієї категорії населення, а також низькою соціальною активністю таких осіб стосовно відстоювання своїх прав.

Заперечення деяких думок

- *ДИТИНИ НЕ ТРЕБА ПОЧИНАТИ КОРИСТУВАТИСЬ СЛУХОВИМ АПАРАТОМ ПЕРЕД ВСТУПОМ ДО ШКОЛИ, БО У СПЕЦШКОЛІ, МОВЛЯВ, УСЬОМУ НАВЧАТЬ.*

Невірно! Чим раніше і точніше поставлено діагноз порушення слуху і підбрано СА, тим вища ефективність слухопротезування.

- *СЛУХОВИЙ АПАРАТ ПОГРІШУЄ СЛУХ.*

Невірно! Правильно підбраний та встановлений СА не впливає негативно на орган слуху. Навпаки, він розвиває слухову функцію. Слід, проте, стежити за обмеженням вихідного рівня СА, щоб не ставити користувача в умови постійно діючого сильного «виробничого» шуму.

- *ДВА СЛУХОВИХ АПАРАТИ НОСИТИ ШКІДЛИВО.*

Невірно! Лише два СА внутрішньовушного чи заушного типу або окуляри з двома активними дужками можуть створити передумови для розвитку, збереження чи відновлення у пацієнта бінауральних слухових механізмів та забезпечити всі переваги бінаурального слуху.

- *КИШЕНЬКОВИЙ АПАРАТ ДЛЯ МАЛЕНЬКОЇ ДИТИНИ (ДО 5 РОКІВ) КРАЩИЙ ЗА ЗАВУШНИЙ, ОСКІЛЬКИ ДИТИНА КРАЩЕ ЧУЄ ВЛАСНЕ МОВЛЕННЯ.*

Невірно! Рівень звуку власного мовлення, що потрапляє до мікрофона кишенькового чи заушного СА, майже однаковий. З іншого боку, кишеньковий СА не може забезпечити бінауральне слухопротезування, а лише псевдобінауральне, до його мікрофона потрапляє потік повітря з рота дитини і спричинює істот-

не спотворення звуку. Завдяки акустичному ефектові тулуба послаблюються важливі високочастотні складові мовлення. Завушні СА захищені від цього явища, а дві завушини забезпечують справжнє бінауральне слухопротезування.

- *СЛУХОВИЙ АПАРАТ МОЖНА НОСИТИ ЛИШЕ КІЛЬКА ГОДИН НА ДЕНЬ.*

Невірно! Людина отримує найбільшу користь від СА лише за тієї умови, коли користується ним впродовж дня у різноманітному акустичному оточенні. Винятки складають деякі випадки дозованого звукового навантаження, яке може призначити, наприклад, лікар-невропатолог. Якщо користувач погано переносить свої СА, то найчастіше це пов'язано з помилковим добром чи встановленням СА.

- *СЛУХОВИЙ АПАРАТ ВІДНОВЛЮЄ СЛУХ НА 100 %.*

Невірно! Хоча найновітніші СА можуть компенсувати більшість порушень слуху, вони нездатні відновити нормальний слух.

- *ЯКЩО КРИЧАТИ, ЛЮДИНА ЗІ СЛУХОВИМ АПАРАТОМ КРАЩЕ РОЗУМІТИМЕ.*

Невірно! Надто гучні звуки можуть бути болісними. Окрім того, сильний звук може спричинити спотворення у СА звукосприймання і, як наслідок, погіршує ситуацію.

- *БІЛЬШОСТІ ЛЮДЕЙ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ МОЖЕ ДОПОМОГТИ СЛУХОПРОТЕЗУВАННЯ.*

Вірно! СА сьогодні кращі, ніж будь-коли раніше. Вони мініатюрніші та потужніші, вони можуть істотно поліпшити якість життя більшості користувачів.

2.2. КЛАСИФІКАЦІЯ СЛУХОВИХ АПАРАТІВ

За способом проведення звуку до органа слуху, розрізняють такі види слухових апаратів (СА):

- повітряного звукопроведення;
- кісткового звукопроведення.

Найуживанішими є такі *типи СА* (схема 3):



Схема 3. Типи слухових апаратів

Залежно від способу виготовлення корпусу, внутрішньовушні СА поділяються на:

- СА з індивідуально виготовленим раковиноподібним корпусом;
- модульні, у яких корпус виготовлений фабрично, а вушна вкладка — індивідуально. Вкладка закріплюється на корпусі так, щоб її можна було багаторазово знімати та встановлювати.

Залежно від використаної елементарної бази, тобто електронних компонентів та способу обробки сигналу, заушні СА поділяються на: **аналогові** та **цифрові**.

У перших — обробка сигналу здійснюється аналоговим шляхом, тобто форма електричного сигналу весь час залишається неперервною як за амплітудою коливання, так і у часі, впродовж якого це коливання відбувається.

У цифрових СА підсилювач складається з цифрових елементів. Фактично, цифровий СА — це комп'ютер з певним програмним продуктом для обробки сигналу. Так само, як і у звичайному комп'ютері, програму можна переробити, не змінюючи сам комп'ютер, і таким чином значно варіювати параметри СА.

Цифрові СА мають величезні переваги порівняно з аналоговими:

- ✓ краща якість звуку внаслідок меншого спотворення та власні шуми; майже необмежені можливості формування амплітудної характеристики у вузьких частотних смугах за рахунок гнучких алгоритмів обробки сигналу;
- ✓ відсутність взаємного впливу сигналів у суміжних частотних смугах внаслідок використання цифрових фільтрів з притаманною лише їм величезною стрімкістю згасання сигналу поза смугою пропускання фільтру до 200 дБ на октаву;
- ✓ компенсація нерівномірності частотної характеристики звукопровідного тракту;
- ✓ зменшення ризику акустичного зворотного зв'язку (свисту);
- ✓ цифровий СА забезпечує значно більшу розбірливість усного мовлення.

За зовнішністю цифрові СА та аналогові СА з цифровим програмуванням подібні, але вони відмінні за будовою і системою передачі звукових хвиль.



Рис. 12. Варіанти зовнішнього вигляду слухового апарата

Кишеньковий СА (рис. 13) має такі недоліки:

- ⊗ ергономічні (незручність; видимість корпусу та шнура для оточуючих; незахищеність мікрофона тощо);
- ⊗ акустичні (тертя об одяг викликає шум в апараті; акустичний ефект тулуба зменшує підсилення високочастотних

звуків; якщо користувач нахилиє голову, то до мікрофона потрапляє струмінь повітря з рота і спричинює шум);

⊗ «фізіологічні», пов'язані з іншим місцем розташування мікрофона, ніж природне розташування вуха.



Рис. 13. Кишеньковий слуховий апарат

Такі апарати тепер, здебільшого, надають маленьким дітям в якості так званого «першого» СА, коли неможливо отримати більш-менш докладні аудіометричні дані, а ціна двох заушних СА є для батьків недоступною при відсутності чи недостатності підтримки з боку системи соціального захисту. Крім цього, кишенькові СА використовуються пацієнтами з недостатньою мануальною здатністю, оскільки великий розмір апарата і батареї полегшує його обслуговування.

2.3. ІНФОРМАЦІЯ ПРО КОХЛЕАРНУ ІМПЛАНТАЦІЮ

Останнім часом одним із сучасних способів реабілітації нечуючих з повною глухотою є кохлеарна імплантація. У світі налічується вже більше 20 тис. (у деяких джерелах 100 тис.) нечуючих, які використовують імплантовані кохлеарні протези.

Кохлеарна імплантація — це операція вживлення електронного пристрою у внутрішнє вухо з метою відновлення слухового відчуття шляхом безпосередньої електричної стимуляції волокон слухового нерва (див. процес вживлення електронного пристрою на сайті: www.csr-vabos.com.ua/Implanti_kostnie).

2.3.1. Кохлеарний імплант

Кохлеарний імплант (КІ) — це електронний пристрій, що виконує функції ушкоджених або відсутніх волосяних клітин і здійснює електричну стимуляцію збережених нервових волокон. На відміну від СА кохлеарний імплант не робить звуки гучнішими; він забезпечує корисну звукову інформацію за рахунок прямої стимуляції збережених волокон слухового нерва, допомагає пацієнтові сприймати звуки.

Технологія розробки КІ розвивалася протягом 20-ти років за рахунок спеціальних наукових досліджень і призвела до створення складного пристрою, що передає детальну інформацію завдяки 22 каналам, що стимулюють нервові волокна.



Рис. 14. Дитина з кохлеарною імплантацією

Імплант (іноді — імплантант) є приладом, що вживлюється на все життя.

Слід знати:

- імплант містить внутрішню і зовнішню частини.
- вірогідність, що внутрішній імплант буде зношений, складає 1 %

на рік, що вимагає його заміни лише оперативним втручанням.

КІ забезпечує:

✓ Відновлення порогів слухового сприймання до 30 – 40 дБ стосовно порогів чутливості, тобто забезпечує можливості практично нормального сприймання мовлення. Важливо, що для реалізації цих можливостей потрібно адекватне налаштування мовного процесора КІ кваліфікованими фахівцями, а також обов'язкова реабілітація, заняття з підготовленими сурдопедагогами за спеціальною індивідуальною програмою навчання та адаптації до особливостей «слухового» сприймання.

✓ Значне поліпшення сприймання звичних, щодня присутніх навколишніх звуків (стукіт у двері, двірний дзвінок, звук мотора або гудка, телефонний дзвінок, музика тощо).

2.3.2. Типи мовних процесорів.

Стратегія кодування мовлення

Найсучаснішим КІ є система Nucleus. Спеціальні наукові дослідження в Австралії впродовж 20-ти років сприяли створенню складного пристрою, що передає детальну звукову інформацію завдяки 22 каналам, що стимулюють нервові волокна.

Мовний процесор системи Nucleus програмується відповідно до цифрових стратегій кодування мовлення. Він містить мікрофон і може носитися або на тілі (кишеньковий варіант) або за вухом, подібно заушному СА. Мовний процесор аналізує звук, прийнятий і перетворений мікрофоном у електричний сигнал, а внутрішньовушний чип здійснює аналого-цифрове перетворення цього сигналу в кодований.

На вибір Nucleus пропонує два типи мовних процесорів: кишеньковий процесор **SPrintm** або якісно новий заушний процесор **ESPrmitt3G**.

Заушний мовний процесор ESPrmitt3G

ESPrmitt 3G – перший у світі заушний процесор з вбудованою в нього індукційною котушкою для розмови по телефону.

Індукційна котушка дозволяє також здійснювати безпосередній зв'язок зі звуковими системами в місцях публічних зібрань, обладнаних допоміжними приладами прослуховування, такими як індукційна петля, інфрачервона або FM-система.

ESPrіt 3G – перший з мовних процесорів, що випускається серійно, обладнаний програмою прослуховування шепотіння «Whisper Setting», яка розроблена для забезпечення поліпшеного сприймання тихих звуків. Така програма звичайно використовується пацієнтом під час обідів у дружньому колі, при перегляді телепередач, розмові з кимось на відстані або з співрозмовником, який тихо говорить. ESPrіt 3G також є першим заушним мовним процесором, що працює з усіма трьома стратегіями цифрового кодування мови системи Nucleus – SPEAK, CIS і ACETM.



Рис. 15. Заушний мовний процесор

Кишеньковий мовний процесор SPrint_{LM}

SPrint_{LM} є потужним цифровим мовним процесором, який носить на тілі, що також працює зі стратегіями кодування мови SPEAK, CIS і ACETM. Він надзвичайно міцний і тому часто використовується для маленьких дітей. На відміну від процесора ESPrіt_{3G}, що має програму «Whisper Setting», процесор SPrint_{LM} використовує програму ADRO (Adaptive Dynamic Range Optimization «Адаптивна оптимізація динамічного діапазону»). Ця програма встановлюється в карту налаштування пацієнта («індивідуальна програма обробки мовлення»). Програма забезпечує пацієнту автоматичну адаптацію до навколишніх умов. ADRO підсилює тихі звуки в тиші і підтримує комфортне звучання голосних звуків у шумі.



Рис. 16. Кишеньковий мовний процесор

Стратегії кодування мовлення

Стратегія цифрового кодування мовлення у мовному процесорі — це спеціальний алгоритм, завдяки якому мовний процесор інтерпретує звук, сприйнятий мікрофоном, і забезпечує пацієнта необхідним звуковим образом.

Після імплантації фахівці (аудіолог, акустик, сурдологопед) можуть створити кілька програм прослуховування для мовного процесора. Переваги вибору тієї або іншої стратегії та режиму роботи є індивідуальними.

Конкретні типи стратегій кодування мовлення, зазвичай, обирають після включення кохлеарної системи в роботу, після двох-чотирьох тижнів після проведення операції вживлення імпланту.

2.3.3. Обстеження для проведення кохлеарної імплантації та перелік медичних документів

Для визначення показань до КІ необхідне проведення обстеження в спеціальних умовах.

Це обстеження складається з двох етапів:

1. Розширеного аудіологічного і сурдологічного обстеження.
2. Рентгенологічного обстеження — комп'ютерної і магнітно-резонансної томографії частини внутрішнього вуха.

Для первинної консультації і подальшого розширеного аудіологічного обстеження необхідно представити наступні **медичні документи**:

- ✓ тональна аудіограма (ігрова аудіограма), бажано — дані ім-педансометрії;
- ✓ виписка з історії хвороби або амбулаторної карти (для дітей — виписку з історії розвитку дитини);
- ✓ висновок терапевта (педіатра) про відсутність протипоказань щодо операції (також для дітей до 6 років — висновок про відсутність протипоказань до обстеження під наркозом);
- ✓ дані електроенцефалографії (ЕЕГ), у зв'язку з тим, що кохлеарна імплантація передбачає подальшу тривалу стимуля-

цію слухового нерва струмами малої інтенсивності, необхідно представити висновок невропатолога;

- ✓ висновок психіатра — для дорослих, дітей середнього і старшого віку.

Отоларингологи радять батькам якомога раніше приводити дітей на обстеження. Відомо, що найшвидше відновлюється слух у тих, кому зробили операцію у 2 — 3 роки, максимум — до п'яти. Пізніше мозок втрачає пластичність, тобто вже не зможе так легко засвоювати звукове мовлення.

2.3.4. Основні показання для кохлеарної імплантації

Після проведення фахівцями необхідних сурдологічних і клінічних обстежень пацієнта необхідно звернути увагу на основні показання для кохлеарної імплантації:

- двостороння глибока сенсо-невральна глухота (середній поріг слухового сприймання для тональних сигналів на частотах 0,5, 1 і 2 кГц — понад 95 дБ);
- пороги слухового сприймання у вільному звуковому полі при використанні оптимально підібраних СА (бінауральне слухопротезування) перевищують 55 дБ на частотах 2 — 4 кГц;
- відсутність вираженого поліпшення слухового сприймання мовлення від застосування оптимально підібраних СА;
- відсутність когнітивних і психологічних проблем, а також супутніх соматичних захворювань;
- наявність підтримки з боку батьків, родичів та їхня готовність до тривалого післяопераційного періоду систематичних сурдологопедичних занять з дитиною.

2.3.5. Протипоказання для кохлеарної імплантації

Шановні батьки, слід звернути увагу і на протипоказання для кохлеарної імплантації, якими є:

- запалення середнього вуха;
- перфорація барабанної перетинки;

- повне заростання завитка чи часткове збереження нормальної функції волоскових клітин;
- повна або часткова облітерація завитка;
- ретрокохлеарная патологія;
- негативні результати промониторіального тесту;
- наявність супутніх важких соматичних захворювань;
- виражена інтелектуальна недостатність або наявність осередкової патології в коркових або підкоркових структурах головного мозку;
- відсутність прагнення до довготривалої роботи з фахівцями після імплантації (у дорослих) або відсутність підтримки членів сім'ї і їх готовності до тривалої реабілітаційної роботи з дитиною.

Хірургічна операція вживлення КІ звичайно проводиться під загальною анестезією і триває в середньому 2 год. У новій процедурі хірургічної операції, розробленої спеціально для імпланта **Nucleus 24 Contour**, хірург робить лише невеликий надріз за вухом розміром 3 — 4 см. Такий надріз має низький ризик інфекції і післяопераційних ускладнень.

Більшість людей після операції повертається до нормальної діяльності впродовж десяти днів.

2.3.6. Ускладнення, можливі труднощі і побічні явища під час операції та після неї:

⊗ за наявності залишкового слуху, звичайно, операція проводиться на вусі з найменшим пошкодженням;

⊗ загальна анестезія як за будь-якої операції;

⊗ небезпека кровотечі і зараження як за будь-якої операції;

⊗ небезпека бактерійного менінгіту у звичайної популяції 10/100000; а у тих, хто переніс імплантацію, приблизно 40/100000. Таким чином, небезпека бактерійного менінгіту у людей з порушенням слуху вища, ніж у звичайного населення, особливо у людей з неправильною будовою внутрішнього вуха і тих, хто переніс у минулому бактерійний менінгіт. Кожен кан-

дидат на імплантацію має зробити щеплення проти бактерійного менінгіту;

⊗ чужорідне тіло залишається на все життя, що завжди може ускладнитися зараженням (вірогідність з часом зменшується, проте такі випадки бувають);

⊗ небезпека пошкодження лицьового нерва під час операції — 1 %;

⊗ є небезпека пошкодження смакового нерва передньої частини язика;

⊗ проблема післяопераційного рубця;

⊗ невдала імплантація.

2.3.7. Передбачуваний ефект

Якість слуху після операції відрізняється від природного слуху, але прооперована особа чує, як звичайна людина. У 50 % обстежених після операції є можливість чути без читання з губ. Після року у тих, хто переніс імплантацію і хто мав слух у минулому (в основному дорослі) 50 % набувають здібності до розмови по телефону, але це не звичайна бесіда, як у людей з нормальним слухом і ясним розумінням змісту.

Тип апаратів імплантів, що підбирають фахівці, складається з головного апарату і апарату, який розташований за вухом. Рішення того, який тип апарату буде підібраний, залежить від типу операції і стану слуху. Також приймаються до уваги бажання пацієнта і батьків, якщо пацієнт — дитина. Через місяць після вживлення починають серію корекцій за допомогою комп'ютера, підключеного до імпланту. Відвідини прооперованої людини до центру налаштування імпланту на першому етапі робляться часто, що вимагає великої витрати часу, енергії і необхідності взаємодії з фахівцями. Крім того, необхідний лікарський контроль впродовж усього життя. Треба прийняти до уваги, що не відразу після імплантації, приблизно через місяць після операції, слух стає хорошим. Дорослі, які чули до втрати слуху, зможуть розуміти мовлення цілком задовільно вже через кілька місяців після вживлення, а через рік досягають добрих результатів. У дітей, які не чули перед вживленням і користувалися слуховими апаратами, процес відновлення

повільний і триває до 6 років після операції. У перші тижні вживлення можна лише чути звуки без здатності розрізняти і пізнавати їх. Протягом перших місяців йде процес пристосування до слуху через імплант (на відміну від СА). Пізнання і розуміння мовлення починається пізніше — за кілька місяців. Можливість розвитку мовлення у дітей займає кілька років. Протягом цього періоду здійснюється постійний зв'язок з відповідним центром у лікарні і за її межами з метою співпраці за реабілітаційною програмою.

***Регулювання імпланта починається
в центрі через 4 тижні після операції:***

- ✓ перші три місяці — одне регулювання на два тижні;
- ✓ подальші три місяці — одне регулювання на місяць;
- ✓ через три місяці після підключення імпланта — одне регулювання на три місяці;
- ✓ через два роки — налаштування кожні півроку;
- ✓ відновлювальний процес мовлення — один раз в тиждень у перші два роки після вживлення, в перебігу цього періоду можливі додаткові відвідини внаслідок можливих ускладнень у мовному аналізаторі.

Треба зазначити, що немає можливості виконати корекцію мовного аналізатора в іншому місці, окрім як в центрі, де була проведена операція пацієнту. КІ вживляється на все життя і для забезпечення функцій імпланта і зовнішнього пристосування — мовного аналізатора, пацієнт зобов'язаний постійно відвідувати центр імплантації у відповідності з індивідуально розробленою програмою і лише в цьому випадку можливе збереження слуху.

2.4. ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З КОХЛЕАРНИМ ІМПЛАНТОМ ДОШКІЛЬНОГО І ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Кохлеарна імплантація поширена за кордоном, де упродовж останніх років імплантовано понад 25 тисяч пацієнтів. Але неоднозначність результатів у різних пацієнтів (від 100 % розпізнавання мовлення без зорового підкріплення, навіть при спілкуван-

ні по телефону, до незначного покращення слухового сприймання за обов'язкової зорової підтримки) зумовлює різні погляди щодо її доцільності. На думку співробітників Санкт-Петербурзького НДІ вуха, горла, носа і мовлення (І.В. Корольової, В.І. Пудова, О.С. Жукової), які мають 20-річний досвід спостережень за пацієнтами з КІ, така неоднозначність результатів залежить від низки чинників:

- віку, коли сталася втрата суху (вроджена вада, втрата слуху до оволодіння мовленням — долінгвальна група дітей, постлінгвальна група — діти, які втратили слух у пізнішому віці);
- тривалості періоду між втратою слуху і кохлеарною імплантацією;
- характеристик імпланту, який використовується (способи кодування мовленнєвих сигналів, кількість електродів та ін.);
- індивідуальних особливостей пацієнта (научуваність, наявність вмотивованості щодо використання імпланту);
- організації процесу слухомовленнєвої реабілітації.

Донедавна кохлеарна імплантація проводилася, переважно, дорослим і дітям, які втратили слух після оволодіння мовленням. Зараз значна кількість таких пацієнтів — це діти з вродженою глухотою. Про це свідчить той факт, що у США, за даними 2005 року, КІ використовують 9 % дітей зі значною втратою слуху у віці до 15 років. Серед дітей 3 — 5 років кількість проімплантованих сягає 25 %.

Відомо, що позитивні результати реабілітації глухих дітей досягаються при ранньому слухопротезуванні звичайним СА із використанням адекватних сурдопедагогічних методик. КІ забезпечує принципово нові можливості слухового сприймання завдяки тому, що дає змогу почути ті звукові частоти, які не може сприйняти дитина за допомогою СА. Це пояснюється тим, що СА просто посилює звуки, які при пошкодженні волосяних клітин не сприймаються мозком. Кохлеарна імплантація забезпечує стимуляцію безпосередньо слухового нерва у всьому частотному діапазоні.

Зараз більшість спеціалістів вважає, що КІ у дітей бажано проводити до 2 – 3 років, оскільки звукова стимуляція, яка передбачається імплантом, забезпечує формування міжнейронних зв'язків у центральних відділах слухової системи, що необхідно для слухомовленнєвого розвитку. Але для вирішення питання щодо проведення такої операції необхідно тривале (у середньому 5 – 6 міс.) спостереження спеціалістів за слухомовленнєвим розвитком малюка після підбору СА для того, щоб перевірити ефективність або неефективність його використання.

Важливо зазначити, що в останні роки, завдяки технічному удосконаленню КІ і накопиченню досвіду реабілітаційної роботи, дещо змінилися критерії відбору пацієнтів на операцію. Так, вже проводиться імплантація дітям з втратою слуху близько 75 – 90 Дб, якщо їм не допомагає звичайний СА. Водночас, змінилися і погляди спеціалістів щодо імплантації долінгвальної групи дітей у віці від 8 до 15 років. Розвиток мовлення та слуховий досвід у таких дітей, зазвичай, незначний, а здатність мозкових центрів до засвоєння мови і мовлення значно знижена порівняно з дітьми більш молодшого віку. Все це обумовлює їхні обмежені можливості щодо розуміння мовлення та формування власного мовлення. У цих випадках важливим є особисте бажання дитини чути і жити у світі звуків.

Зазвичай, рішення про проведення такої операції приймають батьки дитини, оскільки в цьому віці важко зрозуміти бажання самої дитини. Кілька випадків, зафіксованих у практиці післяопераційної корекційної роботи, коли підлітки відмовилися користуватися імплантом, призвели до того, що в низці спеціальних центрів кохлеарну імплантацію стали проводити лише дітям до 8 і після 15 років, коли спеціалісти і батьки після ретельного тестування переконуються в наявності особистого бажання дитини користуватися імплантом, розумінні реальних можливостей, які вона отримає після цієї операції.

Головним напрямом післяопераційної роботи для всіх дітей є розвиток сприймання звукових сигналів з допомогою імпланта. КІ забезпечує можливість чути, але сприймання звуків доквілля

і розуміння мовлення — складніші процеси, які охоплюють вміння: розрізняти сигнали, виділяти в них важливі для розпізнання ознаки, впізнавати ізольовані слова та слова в реченнях, розуміти зміст висловлювань, виокремлювати звукові сигнали з шуму та ін.

Якщо дитина була глухою до операції, то ці навички у неї або несформовані, або розвинуті недостатньо. Тому в реабілітаційні заняття, які здійснюються після підключення КІ, введені такі етапи розвитку здібностей сприймання акустичної інформації:

- ✓ виявлення наявності або відсутності акустичних сигналів;
- ✓ виявлення відмінностей між акустичними сигналами (однакові — різні);
- ✓ виокремлення голосу людини з-поміж інших звуків;
- ✓ вичленовування побутових сигналів;
- ✓ виявлення різноманітних характеристик звуків (інтенсивність, тривалість, висота та ін.);
- ✓ розрізнення та вичленовування окремих звуків мовлення, надсегментних характеристик мовлення (інтонація, ритм), фонемних ознак (твердість-м'якість та ін.);
- ✓ розпізнавання ізольованих слів, речень;
- ✓ розуміння зверненого мовлення;
- ✓ розуміння мовлення та розпізнавання побутових звуків на тлі звукових перешкод.

У дітей із постлінгвальною глухотою окремі етапи слухового тренування бувають досить короткотерміновими, оскільки набуття ними слухового досвіду відбувається активно природним шляхом. Досвід роботи з такими дітьми свідчить, що при першому увімкненні імпланту вони сприймають розмаїття звуків, але не диференціюють ні мовленнєві, ні побутові звукові сигнали. За місяць реабілітаційної роботи ці діти вже успішно користуються імплантом, розуміють звернене мовлення, навіть при спілкуванні по телефону. Спостереження за цими дітьми свідчать, що адаптація до імпланту і подальше покращення слухового сприймання продовжується у них упродовж року.

Реабілітація долінгвальної групи дітей (тих, які втратили слух у ранньому віці) — складний процес, який триває 3 — 5 років, і

його результати, значною мірою, залежать від віку, коли була зроблена операція.

Як свідчить досвід закордонних спеціалістів, найкращі результати реабілітації спостерігаються у дітей, яким було зроблено операцію КІ у самому ранньому віці (1 – 2 роки). Особливості реабілітації цих дітей визначаються тим, що в них мовленнєва система або не сформувалася взагалі (маленькі діти), або сформувалася неадекватно до нових слухових можливостей. Тому реабілітація передбачає формування нової мовленнєвої системи у малюків раннього віку та переформування її у дітей значно старшого віку з одночасним розвитком.

У дітей, проімплантованих у віці до 5 років, досить швидко формуються реакції на звукові сигнали, з'являються вокалізації. У подальшому мовленнєвий розвиток цих дошкільників відповідає всім природним етапам розвитку мовлення нормально чуючих дітей.

Особливістю реабілітаційних занять з дитиною є їх ігрова форма і різноманітні розвивальні види діяльності. Принципово важливим для реабілітаційного процесу є активне залучення в нього батьків. У центрах реабілітації батьків дітей з КІ навчають принципів роботи з розвитку слухового сприймання та формування мовлення. Вони, зазвичай, присутні на індивідуальних заняттях сурдопедагога з їхньою дитиною і, таким чином, не лише спостерігають за її успіхами, а й вчать прийомів роботи з нею вдома. Необхідно зазначити, що цим дітям потрібні не лише систематичні індивідуальні заняття з розвитку слуху та мовлення, а й музично-ритмічні заняття у групах з дітьми, які нормально чують, заняття з дефектологом з інтелектуального розвитку та розвитку дрібної моторики, що також сприяють формуванню слухомовленнєвих навичок.

Досить часто очікування батьків щодо ефективності кохлеарної імплантації для розвитку слуху та мовлення перевищують можливості дітей з порушеннями слуху. Це, насамперед, стосується дітей шкільного віку. КІ, безумовно, забезпечує дитині можливість почути звуки довкілля, але розвиток здатності розуміти

мовлення і формування власного мовлення досягається копіткою, систематичною, довготривалою роботою.

Так, проходження початкових етапів слухомовленнєвого тренування у дітей долінгвальної групи відбувається досить швидко. Труднощі виникають власне у процесі розвитку здібності розрізняти мовленнєві сигнали — слова, словосполучення, речення. На думку спеціалістів, ці труднощі обумовлені несформованістю центральних механізмів аналізу мовленнєвих сигналів, дефіцитом слухомовленнєвої пам'яті, низькою мовленнєвою компетентністю. У зв'язку з цим, найактуальнішими для цих дітей є напрями корекційної роботи, які передбачають: тренування слухової пам'яті, розвиток сприймання та аналіз мовленнєвих сигналів, збільшення словника, розвиток логіко-граматичних уявлень та ін. Безперечно, систематичність і поступовість цих напрямів роботи можуть забезпечити лише спеціальні центри, які здійснюють доопераційний та післяопераційний медико-педагогічний супровід дітей з КІ.

2.5. ЦЕНТРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кваліфіковане дослідження стану слуху, слухопротезування, підбір та налаштування СА — ось далеко не повний перелік послуг, що надають сьогодні державні і недержавні центри реабілітації.

2.5.1. АВРОРА (м. Київ)

Центр слухової реабілітації (ЦСР) «Аврора» є медичним закладом вищої категорії. З 1992 р. постачає в Україну СА, аудіологічне, діагностичне та комунікативне обладнання кращих світових виробників — фірм «Oticon», «Interacoustics» та «Phonic Ear» (Данія), а також обладнання для людей з порушеннями зору, надає повний спектр послуг для діагностики та реабілітації дітей, дорослих з порушеннями слуху та мовлення.

ЦСР «Аврора» пропонує більше 50 моделей аналогових, програмованих та цифрових індивідуальних СА для будь-якої втрати

слуху для дітей та дорослих. Серед нових моделей — найпотужніший у світі цифровий апарат із штучним інтелектом, який може автоматично визначати наявність мовлення серед оточуючих звуків і виділяти його з решти звуків, та інші пристрої, які розроблені спеціально для дітей або осіб похилого віку. Центр пропонує спеціальним школам для дітей з порушеннями слуху обладнання та технічні засоби навчання, які добре зарекомендували себе у західних країнах і вироблені в Америці або Європі, серед яких мобільні безпроводні звукопідсилювачі FM-системи, комп'ютерні слухомовні тренажери «Видима мова», комп'ютерні програми з розвитку слухового сприймання та ін. Педагоги Центру проводять реабілітаційні заняття для дітей за ефективними методиками розвитку слуху та формування усного мовлення.

Адреса: Київ, проспект Героїв Сталінграда, 20.

Телефон: (044) 467-30-60.

<http://www.aurora.ua>

2.5.2. «СУВАГ-КИЇВ»

Центр реабілітації дітей з порушенням слуху та мови СУВАГ (далі Центр) надає консультативно-діагностичну та реабілітаційну допомогу дітям з важкими ураженнями слухової функції та порушеннями мовлення.

Повне та своєчасне дослідження слухової функції дозволяє адекватно слухопротезувати дитину, що є однією з умов сучасної реабілітації. Фахівці Центру в одному медичному закладі зосередили сучасну діагностичну апаратуру, можливості сурдопедагогічного, психоневрологічного, логопедичного обстеження, що дозволяє провести повне, кваліфіковане виявлення порушень розвитку дитини, своєчасно встановити порушення слухової функції, визначити необхідність та обсяг подальшої реабілітації та лікування.

Для дослідження слухової функції у дітей молодшого віку (від 0 до 3-х років) застосовуються спеціальні об'єктивні методи дослідження (акустична імпедансометрія, дослідження отоакустичної емісії, комп'ютерна аудіометрія). Старшим дітям проводяться суб'єктивні методи дослідження: ігрова і тональна аудіометрія.

Мета Центру реабілітації дітей, які мають порушення слуху, — інтеграція їх у середовище, в якому нормально чують. Однак, навіть діти, які користуються правильно підібраними та налаштованими СА та пройшли реабілітацію, часто зазнають труднощів щодо розуміння мовлення вчителя у школі або тренера у спортивній секції, батьків та однолітків під час масових заходів, диктора або ведучого під час перегляду телепередач, сприймання музики на концертах.

Для усунення цих труднощів Центр реабілітації СУВАГ пропонує використовувати систему бездротового зв'язку «MicroLink», яка сумісна з більшістю типів сучасних СА провідних світових виробників та є найбільш доцільним та досконалим технічним рішенням для використання в освітніх закладах для дітей з порушеннями слуху.

Адреса: м. Київ, вул. Володимирська, 43-а.

Тел.: (044) 235-32-49, 221-13-20.

Факс: (044) 235-84-41.

<http://www.suvag.info>

2.5.3. РЕОТОН (м. Київ)

Слуховий центр «РеОтон» було створено в 1993 р. З самого початку свого існування слуховий центр «РеОтон» використовує три основних базових принципи в практиці дитячого слухопротезування: рання діагностика слуху, застосування сучасних СА та обов'язкові систематичні заняття з реабілітації дітей з порушеннями слуху. Лише поєднання цих принципів забезпечує отримання позитивних результатів в реабілітації дітей з порушеннями слуху. Завдяки такому підходу слуховий центр «РеОтон» завоював авторитет кваліфікованої установи не лише в Києві, а й по всій Україні.

В своєму арсеналі слуховий центр «РеОтон» має сучасну діагностичну базу, яка дозволяє за допомогою аналізу слухових викликаних потенціалів та продуктів отоакустичної емісії оцінити стан слуху навіть у немовлят.

Принциповою позицією слухового центру «РеОтон» є застосування для слухопротезування дітей сучасних СА, які здатні ефективно компенсувати порушення слуху у дитини та забезпе-

чити її подальший розвиток. Цим вимогам повністю відповідають СА відомої датської фірми Widex. Центр пропонує дві основні лінії СА: з цифровим налаштуванням LOGO, цифрові — SENSO та BRAVO. Особливо треба відмітити результати застосування унікальних цифрових СА для компенсації надзвичайних порушень слуху у дітей. Такі СА значно поліпшують розбірливість мовлення при значних порушеннях слуху та надають можливість навчатися дітям з порушеннями слуху в загальноосвітніх школах.

Адреса Центрального офісу:

м. Києві, вул. Володимирська, 43-а;

тел.: (044) no skype addon 235-84-41, 331-73-00,

факс: (044) no skype addon 234-31-39,

<http://www.reoton.com.ua>

Партнери знаходяться у Вінниці, Дніпропетровську, Донецьку, Запоріжжі, Львові, Одесі, Рівне, Сімферополі, Луганську, Луцьку, Тернополі, Ужгороді, Харкові, Хмельницькому.

2.5.4. ЦЕНТР «БАЧИТИ – ОЗНАЧАЄ ЧУТИ» (м. Донецьк)



Рис. 19. Збірник «Лексикон жестів»

У 2002 р. в м. Донецьку відкрито спеціальний центр для глухих і слабочуючих людей «Бачити – означає чути». Мета центру – надання кваліфікованих перекладацьких послуг, інформаційна допомога нечуючим.

Головним завданням Центру стало створення і видання в Україні сучасного ілюстрованого збірника «Лексикон жестів» (рис. 19), який налічує 4000 жестів. Збірник орієнтований на широкий загал користувачів, переважно із середовища глухих і слабочуючих, а також для працівників УТОГ, сурдопедагогів спеціальних шкіл-інтернатів, сурдологів, батьків нечуючих дітей.

Адреса: м. Донецьк, вул. 50 років СРСР, 108.

e-mail: dldf@soft-ua.com

2.5.5. ВАБОС (м. Київ)

Навчально-виробниче підприємство (НВП) «ВАБОС» є офіційним представником фірми «Bernafon», одного з світових лідерів у розробці та виробництві СА, та фірми «Cochlear», з світових лідерів в розробці та виробництва кохлеарної імплантації. НВП «ВАБОС» пропонує сучасні слухомовні тренажери, заушні та внутрішньовушні СА, беспровідні FM-системи, системи кохлеарної імплантації, елементи живлення для СА усіх типів, стандартні та індивідуальні вушні вкладки. НВП «ВАБОС» надає комплексну допомогу у вирішенні проблем з порушеннями слуху. У НВП «ВАБОС» можна пройти аудіометричне обстеження слуху, отримати консультації спеціалістів. За результатами обстеження відбувається підбір та індивідуальне налаштування СА, проведення корекційних занять. НВП «ВАБОС» забезпечує батьків методичними посібниками, а також сучасною інформацією про можливість та шляхи реабілітації глухих і слабочуючих дітей. Сурдотехнічне обладнання, створене НВП «ВАБОС», є матеріальною базою для слухової та соціально-трудової реабілітації осіб з порушеннями слуху в Україні, яке широко використовується при проведенні колективних та індивідуальних занять з розвитку слухового сприймання та корекції вимови у спеціальних дошкільних та загальноосвітніх закладах для дітей з порушеннями слуху. На базі Центру спільно з Інститутом спеціальної педагогіки НАПН України, Українською Асоціацією педіатрів, отоневрологів та отонейрохірургів проводяться семінари та практичні заняття з технічних, аудіологічних та педагогічних аспектів слухомовної реабілітації.

Головний офіс НВП «ВАБОС» знаходиться в приміщенні Інституту отоларингології АМН України за адресою: м. Київ, вул. Зоологічна, 3.

Тел.: (044) 288-22-66. **Факс:** (044) 501-21-98.

Центр слухомовної реабілітації НВП «ВАБОС» розташований у м. Києві, по вул. Саперне поле, 45.

Тел.: (044) 529-03-69. **Тел./факс:** (044) 528-33-07.

<http://www.csr-vabos.com.ua>

В Інституті спеціальної педагогіки НАПН України ресурсний консультативно-методичний центр корекційної роботи та інклюзивного навчання НВП «ВАБОС» за адресою: м. Київ, вул. М. Берлінського, 9.

Тел.: (044) 536-17-86.

2.5.6. МІЖРЕГІОНАЛЬНИЙ СПІЛЬНИЙ ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЦЕНТР З ПРОБЛЕМ ГЛУХОТИ (м. Чернігів)

МСЦПГ — це спільний інформаційний центр з проблем глухоти та питань, що стосуються цієї проблеми, утворений організаціями-учасниками голандсько-українського проекту «Привіт». Це неприбуткова організація, яка має на меті неупереджене інформування про комунікативні розлади, їх діагностику та реабілітацію, а також освіту та інтеграцію осіб з порушеннями слуху у суспільство.

Завдання центру:

1. Збір загальної та спеціальної інформації з питань, що стосуються глухоти, і переведення її в доступні електронні та неелектронні форми українською мовою. Забезпечення доступу до цієї інформації всім, хто звертається за нею та за консультаціями, — як у цифровому, так і нецифровому вигляді.

Зокрема, Центр володіє інформацією щодо програми загально-го скринінгу слуху новонароджених, метою якої є раннє виявлення, діагностика та медико-соціальна допомога новонародженим дітям зі зниженим слухом (див. www.hearing.org.ua).

Центр намагається стати лідером в Україні у забезпеченні інформацією та консультуванні з питань глухоти шляхом безпосереднього надання клієнтам загальної інформації та скеруванні їх до джерел спеціальної інформації, а також до служб, що забезпечують консультування і тренінги; допомагати клієнтам в бажанні досягти кращих успіхів у наданні допомоги і освіти людей з різними комунікативними можливостями.

Центр працює, ґрунтуючись на спільному переконанні партнерів проекту, що лише правдива, повна та неупереджена інформа-

ція дозволить глухим людям, батькам нечуючих дітей, здійснювати усвідомлений вибір на користь якіснішого надання допомоги, забезпечення кращих можливостей в освіті та соціальному житті. Загальна інформація для батьків і фахівців, які безпосередньо задіяні в процес надання допомоги, безкоштовна.

Адреса: м. Чернігів, вул. Гоголя, 16,

тел.: (04-046) 231-26,

e-mail: klanovetz@mail.ru

2.5.7. ЦЕНТР РАННЬОЇ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ (м. Полтава)

Полтавський центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів знаходиться на базі дошкільного навчально-виховного закладу (ясла-садок) комбінованого типу № 59 «Малютко». Основними напрямками Центру є:

- створення умов для забезпечення повноцінного своєчасного різнобічного психічного і фізичного розвитку дитини (пізнавальних, емоційно-вольових процесів, психічних якостей з різних видів діяльності);
- підвищення статусу сімейного виховання, встановлення партнерських відносин, співробітництва та співтворчості педагогічного колективу із сім'єю для цілісного і різнобічного розвитку дитини-дошкільника;
- наблизити життя дітей з обмеженими психофізичними можливостями до життя звичайних дітей у дитячому садку, враховуючи їхні особливі потреби, при цьому залучаючи кваліфікаційний досвід персоналу.

Провідними завданнями Центру є виховання і навчання дитини, що спрямоване на розвиток її особистості, талантів, розумових і фізичних здібностей дитини та формування зацікавленості батьків у самовдосконаленні, та пошуку гармонійних стосунків з дітьми. Про розвиток, виховання та навчання дітей Центру піклуються фахівці з вищою освітою, а також вчителі-методисти та вихователі-методисти.

У Центрі функціонує 10 груп, серед яких є:

- одна група — ясельна для дітей з порушеннями слуху від 1 до 3 років;
- три різновікові групи для дітей загального розвитку;
- дві логопедичні групи;
- три спеціальні групи для дітей з порушеннями слуху;
- одна спеціальна група для розумово відсталих дітей.

Для дітей в Центрі створені найліпші умови перебування, а саме кожна дитина має можливість відвідати кімнату казок, музичну залу, кімнату анімалотерапії, фізіотерапевтичний кабінет, сенсорну кімнату, кімнату Монтессорі. Центр пропонує медико-фізичну реабілітацію, лікувально-фізичний комплекс (ЛФК), гідромасаж.

Центр працює в режимі 12 год. (з 7.00 до 19.00) п'ять днів на тиждень (групи дітей загального розвитку); 24 год. (спеціальні групи) та в суботу, неділю, святкові дні.

Адреса: м. Полтава, вул. Героїв Сталінграда, 16.

Контактний тел./факс: (0532) 66-06-63.

2.5.8. НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ЦЕНТР ДЛЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ м. Дніпропетровська

Метою Центру є всебічний розвиток дітей дошкільного віку з порушеннями слуху, рання соціальна, фізична, педагогічна та психологічна реабілітація, підготовка до навчання в школі.

Реалізації поставленої мети підпорядковані наступні завдання:

- формування усного мовлення та розвиток слухового сприймання як основи розвитку дитини дошкільного віку з порушеннями слуху;
- максимальне використання сучасних інноваційних технологій, розвивального комфортного середовища, системи психологічної підтримки для досягнення поставленої мети;
- корекція функціонального стану вестибулярної та сенсорної системи дітей засобами фізичного виховання;
- впровадження перспективних навчальних та соціальних тех-

нологій розвитку дитини з порушеннями слуху;

- створення якісно нових форм навчання;
- систематизація набутого досвіду;
- пошук нових форм роботи з батьками.

Найважливіші напрямки роботи в Центрі спрямовані на:

- фізичну реабілітацію: діагностика фізичного стану, профілактичні заходи, загальна фізична культура, ЛФК, ритміка, корегуючі вправи, загартування, ароматерапія, фітотерапія, водні процедури;

- психологічну реабілітацію: діагностика, корекція, підтримка сім'ї та дитини, інтеграція в соціум чуючих, арт-терапія;

- соціальну реабілітацію: розвиток умінь та навичок спілкування, самообслуговування, залучення до культурних та художніх цінностей, участь у гуртках, конкурсах, виставках, фестивалях.

Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Косіора, 54.

Контактний тел./факс: 27-17-08, 34-41-65

Розділ 3

ПІДГОТОВКА ДИТИНИ ДО ШКОЛИ ЯК ЗАПОРУКА ЇЇ ПОДАЛЬШОГО ЕФЕКТИВНОГО НАВЧАННЯ



3.1. РОЛЬ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ У ВИРІШЕННІ ПИТАНЬ НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

3.1.1. Діяльність та завдання ПМПК

Психолого-медико-педагогічна консультація (ПМПК) — це державний постійно діючий діагностико-корекційний орган системи освіти. Він здійснює психолого-педагогічний супровід дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, у задоволенні їхніх освітньо-розвиткових потреб і соціально-трудовій адаптації. До таких дітей належать і діти з порушеннями слуху.

За останні роки мережа психолого-медико-педагогічних консультацій істотно розширилась. До 2005 р. існували лише обласні ПМПК, у тому числі республіканська (Автономна Республіка Крим) та Київська і Севастопольська міські ПМПК, що також мають статус обласних. Відповідно до нової редакції **Положення** про центральну та республіканську (АР Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) ПМПК (наказ від 07.07.2004 р. № 569/38) в Україні запроваджено створення районних (міських) консультацій. Нині консультацій районно-міського рівня в системі освіти України біля 550. Завдяки їм підтримка і допомога дітям з різноманітними труднощами у розвитку та їхнім сім'ям стала значно доступнішою і наблизилась до місця прожи-

вання. Головною установою серед названих консультацій є централна, яка функціонує при МОН України.

Провідними завданнями названих консультацій є:

- ✓ виявлення, облік, діагностичне вивчення дітей з порушеннями психофізичного розвитку віком до 18 років;
- ✓ надання їм індивідуальної корекційної допомоги;
- ✓ визначення адекватної можливостям дитини програми навчання та форми її здійснення (в навчальному закладі, вдома, за індивідуальною програмою);
- ✓ консультування батьків;
- ✓ широка просвітницька діяльність.

Найвідповідальнішим завданням психолого-медико-педагогічних консультацій є диференційна діагностика, тобто визначення індивідуальних особливостей і перспектив розвитку кожної дитини на основі оцінки збережених психічних функцій, встановлення труднощів розвитку та причин, які їх зумовлюють. При цьому необхідно не лише констатувати стан психічного розвитку дитини, з'ясувати, відповідає вона чи ні середньо-віковим нормам, але й дати якісні характеристики пізнавальних процесів, зокрема, розумових, завдяки яким відбувається пізнання і оволодіння знаннями. Це, насамперед, важливо для оцінки потенційних можливостей дитини навчатися за певною програмою, вибору адекватних засобів впливу та оптимальних умов для організації навчальної діяльності дитини.

Диференційність діагностики розвитку у дітей з порушеннями слуху визначається наступними чинниками:

- а) мірою втрати слухової функції;
- б) здатністю до мовленнєвого розвитку;
- в) збереженістю інтелектуальних процесів.

Сукупність вказаних чинників має визначальне значення для успішності здобуття дитиною освіти, а, відтак, і для її соціально-трудової реабілітації. Вони складають основу психолого-педагогічної класифікації дітей з порушеннями слуху, завдяки якій здійснюється диференційоване спеціальне навчання. Специфіка

такого навчання полягає в тому, що воно враховує і стан слуху, і рівень мовленнєвого, і інтелектуального розвитку дітей з порушеннями слухової функції. Тому пізнооглухлі діти, як правило, навчаються у школі для дітей зі зниженим слухом (слабочуючих). Це стосується також глухих дітей, які мають високий рівень інтелектуального і мовленнєвого розвитку та сформовані навички сприймання усного мовлення.

У зв'язку з цим, на відміну від медичних працівників, які головним своїм завданням мають встановлення характеру і причини порушення слуху, сурдопедагоги ПМПК визначають педагогічні перспективи формування та розвитку мовлення у дитини, можливості розвитку слухового сприймання, а також особливості цієї роботи з урахуванням аудіологічного обстеження та власної педагогічної діагностики. Саме така інтегральна психолого-педагогічна оцінка можливостей дитини з порушеним слухом забезпечує адекватний добір для неї методик навчання і виховання.

Вивчення дитини в ПМПК здійснюється на спеціальних діагностичних засіданнях. Такі засідання проходять колегіально, тобто за участі багатьох фахівців (не менше п'яти) різної спеціалізації: вчителів-дефектологів (сурдопедагога, логопеда, олігофренопедагога, тифлопедагога), психологів та лікарів (невролога, психіатра). Діагностичне обстеження в ПМПК відбувається за чітко визначеною процедурою, за умови обов'язкової присутності батьків або осіб, які їх замінюють, і проходить кілька послідовних етапів.

На першому етапі консультанти ПМПК ретельно ознайомлюються з даними попереднього вивчення дитини, які фіксуються у спеціальному документі, який називається «Картка стану здоров'я і розвитку дитини». Бланки такої «Картки» надаються батькам у консультаціях усіх рівнів під час першого візиту. Цей документ є дуже важливим, без нього жодна дитина не проходить діагностичне обстеження, оскільки в ньому представлена різнобічна інформація про неї: розгорнуті дані про особливості народження і розвитку в ранньому віці, хвороби та їх лікування, особливості мовлення і взаємодії з навколишнім середовищем, короткі харак-

теристики від педагога та психолога навчального закладу, в якому виховувалась. У разі, коли дитина не відвідувала навчальний заклад, попередні обстеження психолога і педагога будуть здійснені безпосередньо в консультації, до якої звернулися батьки. Знайомство з даними попереднього вивчення дитини відбувається без присутності самої дитини і її батьків. Під час нього розробляється стратегія обстеження, первинний добір діагностичного інструментарію у відповідності до віку дитини та її індивідуальних труднощів розвитку.

На другому етапі діагностичного обстеження дитина з батьками запрошується в спеціальну кімнату, організація простору якої (розміщення фахівця, який веде обстеження дитини, самої дитини, членів засідання, батьків) теж є чітко визначеною з тією метою, щоб забезпечити максимально комфортні умови для налагодження продуктивної взаємодії між дитиною і педагогом, який її досліджує, і у міру можливості нейтралізувати відволікаючі чинники.

Власне, психологічне обстеження дитини на діагностичному засіданні в ПМПК здійснюється за спеціальною методикою, якою передбачені невербальні форми пред'явлення завдань і міри допомоги, що не потребують вербальних пояснень. Провідна мета його — вивчення не лише актуального рівня психічного розвитку дитини, але й потенційних її можливостей (зони найближчого розвитку — за Л.С. Виготським). Тому предметом оцінки під час такого обстеження є, насамперед, навчуваність, тобто інтегральна здатність дитини до засвоєння знань і способів дії. Методика обстеження включає низку нескладних завдань ігрового характеру, виконання яких ґрунтується на діях наочно-образного мислення і дає уявлення про сформованість перцептивних узагальнень і відповідних логічних дій. При цьому оцінці піддаються способи дії дитини (маніпулятивні, інтуїтивно-пошукові проби, усвідомлені раціональні), особливості поведінки, реакцій на схвалення і зауваження, чутливість до допомоги.

Надання допомоги є визначальною технологічною особливістю вивчення навчуваності дитини. У разі потреби допомога пропонується дитині у різних формах і на всіх етапах виконан-

ня нею діагностичних завдань. Це необхідно для того, щоб запобігти одержанню випадкових даних про дитину. Адже вона може не виконувати завдання з багатьох причин — через розгубленість, погане орієнтування у вимогах до завдання, несформованість відповідних розумових дій тощо. Уміння швидко під час дослідження навчатися цьому або його відсутність є тими показниками, які необхідні для визначення справжніх можливостей дитини.

Проте слід знати, що міри допомоги за цією методикою мають характер критеріїв оцінки розвитку. У зв'язку з цим, вони ретельно розробляються і застосування їх є строго дозованим. Особливий аспект у діагностичному обстеженні дитини з порушеннями слуху складає оцінка її комунікативних здатностей, зокрема, розуміння зверненого до неї мовлення та власні вербальні навички, наскільки її практичні дії опосередковані усним мовленням, чи вміє вона пояснити й у якій формі, що нею зроблено.

Отже, під час діагностичного обстеження в ПМПК з'ясовується загальний розвиток дитини, обсяг її знань і уявлень про довкілля. Фахівці ПМПК аналізують не лише кінцеві результати — виконано чи не виконано, а сам процес виконання: як дитина сприймає завдання, в якій саме формі (у вербальній, наочній); чи зберігає це завдання у свідомості до кінця виконання, як використовує допомогу.

Процедурою обстеження передбачається повторне виконання цього ж завдання або аналогічного за змістом при незадовільному його перебігу на попередньому етапі виконання. Завдяки цьому можливо відслідкувати зміни, які відбуваються в якості виконання цього завдання під впливом спільної з дорослими діяльності, і причини труднощів та помилок. Без з'ясування причин помилок, які робить дитина, висновок про стан її розвитку може бути помилковим.

На третьому етапі діагностичного обстеження відбувається обговорення результатів обстеження дитини і визначення рекомендацій. При цьому батькам надаються детальні пояснення стану розвитку дитини, можливі форми реабілітації, особливості сімейного виховання, застереження тощо. У разі потреби бать-

кам можуть бути запропоновані спеціальні заняття з сурдопедагогом ПМПК з метою продемонструвати корисні для розвитку їхніх дітей способи корекційної взаємодії. Заключний висновок з рекомендаціями про стан розвитку дитини працівники ПМПК роблять після обговорення всіх показників та аналізу отриманих результатів.

Якщо під час діагностичного обстеження в ПМПК з якихось причин не вдається повністю з'ясувати проблеми дитини, у такому разі їй може бути рекомендоване пробне навчання протягом одного року у навчальному закладі з метою уточнення її можливостей засвоювати знання безпосередньо в навчальній діяльності. Після закінчення вказаного терміну дитина знову запрошується до ПМПК. При цьому докладається розгорнута психолого-педагогічна характеристика з оцінкою успішності навчально-корекційної роботи і пропозиціями шкільної комісії (функціонує у кожній спеціальній школі) щодо подальшого навчання. На основі цих документів і повторного психологічного обстеження відбувається розгляд справи дитини, робиться остаточний висновок про вид програми та форму подальшого навчання і виховання для неї.

Висновок або точніше «**Витяг з протоколу засідання психолого-медико-педагогічної консультації**» — основний документ, на підставі якого органи управління освітою направляють дитину до відповідного закладу системи освіти, охорони здоров'я чи соціального захисту населення. Зазначаємо, що цей документ не має сили припису і носить **рекомендаційний характер**. Коли батьки, всупереч висновку ПМПК, відмовляються направляти дитину до відповідного спеціального загальноосвітнього закладу, навчання дитини проводиться за індивідуальною формою. Таке право батьків унормовано **статтею 29 п. 3 Закону України «Про загальну середню освіту»**. Проте батькам або особам, які їх замінюють, слід пам'ятати, що у цьому випадку не завжди вдається забезпечити належні корекційні умови навчання дитини і відповідальність за подальший її розвиток та якість освіти значною мірою покладається на батьків.

3.1.2. Центральна ПМПК

Якщо висновки ПМПК для батьків дітей, які пройшли обстеження в республіканській (АР Крим), обласній, Київській та Севастопольській міських ПМПК, є непереконливими і вони мають бажання їх оскаржити (перевірити), необхідно звернутися до Центральної ПМПК. Як головний координуючий і контролюючий орган серед ПМПК системи освіти, Центральна ПМПК також розглядає діагностично складні і конфліктні випадки. Запис на діагностичне обстеження в Центральній ПМПК попередній. Для його проходження необхідні такі документи:

- 1) свідоцтво про народження дитини;
- 2) картка стану здоров'я і розвитку дитини;
- 3) витяг з протоколу діагностичного засідання тієї ПМПК, яка його здійснювала.

3.1.3. Консультування батьків

До компетенції ПМПК входить консультування батьків (осіб, які їх замінюють), педагогів, медичних працівників з питань навчання, виховання, професійної орієнтації дітей з порушеннями слуху.

Метою консультування членів сім'ї є гармонізація внутрішньосімейних стосунків через прийняття батьками адекватних рольових позицій стосовно дитини і один до одного. Слід навчити батьків навичкам налагодження контакту з дитиною, визначити напрямки виховання її у відповідності до суспільних норм поведінки, допомогти проаналізувати труднощі, подолати негативні установки і помилки батьків у вихованні їхньої дитини.

Однією з найпоширеніших постійних помилок виховання є зниження вимог до дитини, закріплення за нею статусу хворої. Тим часом, з самого раннього дитинства у дітей з вадами слуху необхідно виховувати почуття гідності, формувати навички охайності, самообслуговування, піклування про близьких людей, заохочувати до участі у посильній праці в сім'ї.

Консультування сімей базується на таких принципах:

— дотримання інтересів дитини. Цей принцип здійснюється в усіх випадках. Дотримання інтересів дитини слід розуміти як захист її прав щодо забезпечення адекватних умов для навчання, виховання і лікування як в школі, так і вдома. Правильне визначення освітніх завдань в цьому випадку відіграє важливу роль. Батькам необхідно роз'яснити важливість навчання їхніх дітей саме у спеціальних школах, де створюються найсприятливіші умови для реалізації не лише освітніх потреб, але й трудової підготовки. Нерозуміння цього батьками найчастіше позбавляє їхніх дітей майбутнього (в плані отримання освіти і професійної підготовки);

— здійснення щадної, основаної на толерантності і деонтологічних правилах спілкування форми повідомлення висновків та рекомендацій ПМПК. Батькам роз'яснюють не лише психологічну структуру вади дитини, але формують оптимістичне бачення її майбутнього, виходячи з позитивних особливостей розвитку дитини, продуктивності спеціального навчання, яке базується на ідеї розвитку збережених функцій, включаючи заходи медичного, фізичного, психологічного та соціального впливу на особистість;

— дотримання конфіденційності індивідуальних бесід з батьками.

Далі подаємо інформацію, яка може виявитись корисною батькам у період проходження діагностичного обстеження в ПМПК та вступу до загальноосвітнього (спеціального) навчального закладу.

3.1.4. Анамнестичні відомості про дитину

1. Стан здоров'я батьків:

- наявність соматичних, хронічних захворювань, алкоголізму, наркоманії, туберкульозу, сифілісу;
- наявність нервово-психічних хвороб;
- спадкові хвороби.

2. Кількість дітей у сім'ї:

- вік кожної дитини, де вона виховується або навчається.

3. Від якої вагітності народилася обстежувана дитина. Якщо у матері були попередні викидні, вказати їхні причини.

4. Перебіг вагітності:

- токсикоз першої половини;
- токсикоз усього терміну вагітності;
- тривала госпіталізація з приводу загрози викидня;
- несприятливі умови (високий тиск, анемія, праця у шкідливих умовах тощо);
- фізичні травми;
- психічні травми;
- інфекційні хвороби під час вагітності (краснуха, грип, гепатит);
- резус-фактор.

5. Пологи:

- передчасні;
- швидкі;
- затяжні;
- неправильне положення плоду;
- обвиття пуповиною;
- стимуляція;
- кесарів розтин;
- вакуум, застосування щипців;
- вага при народженні (менша 2,5 кг, більша 4 кг);
- змінений колір шкірних покривів (білий, синій);
- дитина не дихала деякий час;
- прикладено до грудей (в пологовій залі або пізніше);
- уроджені пороки.

6. Особливості раннього розвитку дитини:

- затримка моторного розвитку (почала сидіти у 8 міс. або пізніше, стояти — після 1 року, ходити — після 1,5 років);
- затримка мовленнєвого розвитку (окремі слова — після 1,5 років, фрази — після 2,5 років);
- порушення звуковимови.

3.1.5. Медичні показання щодо відстрочки вступу до школи дітей 6-річного віку

1. Захворювання, які були перенесені впродовж останнього року:
 - інфекційний гепатит;
 - пієлонефрит, дифузний гломерулонефрит;
 - міокардит неревматичний;
 - ревматизм в активній фазі;
 - менінгіт епідемічний, менінгоенцефаліт;
 - гострі повторні довготривалі захворювання;
 - туберкульоз (всі форми, включаючи ранній період первинної інфікованості туберкульозом);
 - травматичні ураження центральної нервової системи;
 - хвороби крові;
 - важкі форми дитячих інфекційних захворювань.
2. Хронічні стани та захворювання:
 - затримка психічного розвитку;
 - затримка фізичного розвитку на рік і більше, відсутність постійних зубів;
 - залишкові прояви органічного ураження центральної нервової системи з наявно вираженими порушеннями рухової, трофічної та чуттєвої функцій (ДЦП та ін.);
 - епілепсія, епілептичний синдром;
 - неврози та неврозоподібні стани (логоневроз, енурез і т.д.);
 - ендокринні захворювання (зоб, цукровий діабет і т.д.);
 - міопія з нахилом до прогресування (більше 2 Д);
 - гіпертрофія мигдалин 3 ступеня;
 - аденоїдні вегетації 3 ступеня, хронічний аденоїди;
 - хронічний тонзиліт (декомпенсуюча форма);
 - ВСД за гіпотонічним типом (АТ менше 80 мм ртутного стовпчика) або гіпертонічним типом (АТ більше 115 мм ртутного стовпчика);
 - порок серця (вроджений та ревматичний);

- хронічний бронхіт, бронхіальна астма, хронічна пневмонія (при загостренні або відсутності стійкої ремісії на протязі року);
- виразка шлунку та дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит, хронічний гастродуоденіт, хронічний холецистит (в стадії неповної ремісії), з частими рецидивами;
- екзема, нейродерміт (при розповсюджених тяжких змінах);
- анемії;
- інші хронічні захворювання в стадії неповної ремісії та з частими рецидивами.

3.1.6. Перелік захворювань, з приводу яких діти потребують індивідуальних занять вдома та звільняються від відвідування школи

Соматичні захворювання

1. Ревматизм в активній фазі з неперервно рецидивною течією;
2. Панкардит (після виписки зі стаціонару або санаторію діти потребують індивідуальних занять протягом року і більше);
3. Вроджені пороки серця в стадії субкомпенсації і декомпенсації;
4. Тетрада Фалло тяжкого ступеня з частими задишково-ціанотичними нападами;
5. Хронічна пневмонія III стадії при поширеному процесі і вираженій інтоксикації;
6. Бронхіальна астма з частими тяжкими нападами або довготривалим астматичним станом;
7. Хронічний нефрит з нефротичним синдромом;
8. Хронічний дифузний гломерулонефрит з симптомами ниркової недостатності;
9. Хронічний піелонефрит з рецидивним перебігом і симптомами ниркової недостатності;

10. Важкі форми муковисцидозу;
11. Хронічний гепатит і цироз печінки з проявами асцити;
12. Злоякісні новоутворення різних органів;
13. Порушення зсідання крові у випадках ускладненого пересування (важка форма гемофілії).

Неврологічні захворювання

1. Міопатія, порушення функцій опорно-рухового апарату при торсіоній спадковості природи;
2. Важкі порушення опорно-рухового апарату після перенесеного поліомієліту;
3. Важкі залишкові явища після перенесеного енцефаломієліту і полірадикулоневриту;

Хірургічні захворювання

1. Спинномозкова грижа з паралічем нижніх кінцівок і розладами функцій тазових органів;
2. Денне нетримання сечі різної етіології (ектопія сечового міхура, тотальна епіспадія, атонія сечових шляхів — декомпенсуюча форма);
3. Атрезія заднього проходу з нетриманням калу;
4. Паралічі нижніх кінцівок при різних захворюваннях;
5. Хронічні захворювання опорно-рухового апарату в момент знаходження в кокситній гіпсовій пов'язці (хронічний остеопієліт, кістково-суглобових туберкульоз);
6. Стан після операції на опорно-руховому апараті з приводу вроджених захворювань або травм у випадку ускладнення пересування до закінчення лікування;
7. Порушення опорно-рухового апарату з неможливістю пересування;
8. Шкірні захворювання;
9. Екземи, поширені в стані загострення;
10. Дифузні нейродерміти в стані загострення;
11. Псоріатичні еритродермії;

12. Артропатичний псоріаз;
13. Пруриго Гебра;
14. Дерматит Дюринга (в період загострення);
15. Іхтиозоформна еритродермія;
16. Епідермолізіс буллеза (тяжкої форми);
17. Акродерматит ентерпатика (тяжкі форми);
18. Гострий червоний вовчий лишай;
19. Прогресуюча розповсюджена склеродермія;

Психоневрологічні захворювання

1. Душевні захворювання (шизофренія, психози різної етіології в стадії загострення);
2. Епілепсія в стадії загострення;
3. Неврози, реактивні стани, неврозоподібні стани, в тому числі енкопрез, стійкий денний енурез, тяжке заїкання в стадії декомпенсації;
4. Виражені енцефалоастенічні прояви різної етіології (травматичної, інфекційної, соматичної);
5. Психопатії, психоподібні стани в стадії декомпенсації.

Примітка: *Не дається право на індивідуальне навчання дітям зі слабоумством у ступені помірний, тяжкий (імбецильність), глибока розумова відсталість (ідіотія).*

3.1.7. Показання для індивідуального навчання дітей вдома за програмою допоміжної школи

1. Олігофренія зі ступенем дебільності, ускладнена наступними синдромами:
 - розгорнутими денними епілептичними нападами;
 - порушеннями опорно-рухового апарату ;
 - вираженим енцефалоастенічним станом;
 - синдромом рухової розгальмованості;
 - енкопрезом і денним енурезом;
 - реактивним станом;

2. Епілепсія зі слабоумством (розгорнуті денні напади).
3. Шизофренія, дефектний стан в стадії декомпенсації.
4. Травматичне і ендокринологічне слабоумство в стадії декомпенсації.
5. Плинні органічні процеси в стадії загострення.

3.1.8. Показання для звільнення від навчання на довготривалий термін (повний навчальний рік) учнів, які страждають психоневрологічними захворюваннями

По загальноосвітніх школах

1. Душевні захворювання (шизофренія, психози різної етімології в гострій фазі).
2. Епілепсія з частими розгорнутими судомними нападами.
3. Операція на мозку.
4. Різко виражені енцефалоастенічні стани після тяжких травм черепа та інфекцій з важким перебігом.
5. Важкі неврози (неврастенії, психастенії).

По допоміжних школах

1. Душевні захворювання (шизофренія, психози різної етімології в гострій фазі).
2. Епілепсія з частими розгорнутими судомними нападами.
3. Операція на мозку.
4. Різко виражені енцефалоастенічні стани після тяжких травм черепа та інфекції, які важко переносилися.

3.1.9. Показання для створення полегшеного режиму навчання учням, які страждають соматичними, психоневрологічними захворюваннями

(додатковий вихідний день, звільнення від деяких уроків, неповне переведення на індивідуальне навчання)

Соматичні захворювання

1. Вроджена сфероцитарна анемія (форма середньої тяжкості і тяжка).
2. Гемофілія.
3. Гіпопластична анемія.

Психоневрологічні захворювання

1. Душевні захворювання (шизофренія, психози різної етимології).
2. Епілепсія в стадії загострення (збільшення нападів різної етимології).
3. Церебральна недостатність на окремих етапах після операцій на мозку.
4. Виражені енцефалоастенічні стани після травм черепа та інфекцій, які важко проходили.

Організація індивідуального навчання учнів на дому має проводитися на основі висновку лікувального закладу (лікарні, поліклініки, диспансеру) і з дозволу, в кожному окремому випадку, районного (міського) відділу освіти.

3.1.10. Перелік документів для зарахування дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, до навчальних закладів інтернатного типу

1. Розпорядження райдержадміністрації, міськвиконкому про направлення до школи-інтернату.
2. Свідоцтво про народження в оригіналі або висновок медичної експертизи, який засвідчує вік дитини (за відсутності свідоцтва).
3. Документи про освіту для дітей шкільного віку: особова справа учня, таблиць успішності.
4. Акт первинного обстеження умов життя дитини.
5. Відомості про батьків або осіб, які їх замінюють (копія свідоцтва про смерть батьків, хворобу, розшук батьків, вирок

- або рішення суду та інші документи, що підтверджують відсутність батьків або неможливість виховання ними власних дітей).
6. Довідка про склад сім'ї, наявність і місце проживання братів, сестер та інших близьких родичів.
 7. Опис належного дитині майна, відомості про осіб, які відповідають за його збереження.
 8. Документи про наявність та закріплення житлової площі за дитиною.
 9. Документи про успадкування житлової площі та майна.
 10. Довідка з пенсійного фонду про призначення пенсії дитині, пенсійна книжка, копія суду про стягнення аліментів.
 11. Ідентифікаційний код дитини.
 12. Повідомлення про взяття дитини на первинний облік органом опіки і піклування.
 13. Страхове свідоцтво про обов'язкове особисте державне страхування відповідно до чинного законодавства.
 14. Ощадна книжка дитини.
 15. Медичні документи про стан здоров'я дитини:
 - довідка-витяг із форми № 112/0 з даними про результати аналізів;
 - аналіз крові загальний та на RW;
 - загальний аналіз сечі;
 - мазок із зіву на дифтерію;
 - аналіз калу на дизгрупу, яйця глистів;
 - зшкребок на ентеробіоз;
 - копія форми № 063/0 про профілактичні щеплення;
 - довідка дільничного лікаря про відсутність інфекційних захворювань та туберкульозу у помешканні, де проживає дитина (дійсна протягом 3-х днів).
 16. Висновки і рекомендації ПМПК.
 17. Направлення управління (відділу) освіти і науки відповідної держадміністрації до школи-інтернату.
 18. Клопотання відділу, управління освіти про направлення дітей до шкіл-інтернатів.

3.1.11. Перелік документів для направлення дитини до спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату

1. Клопотання відділу, управління освіти про направлення дитини до інтернатного закладу.
2. Заява батьків.
3. Свідоцтво про народження.
4. Документи про освіту для дітей шкільного віку: особова справа учня, таблиць успішності, характеристика.
5. Витяг з протоколу засідання ПМПК.
6. Направлення управління (відділу) освіти і науки відповідної держадміністрації до школи-інтернату.
7. Медичні документи про стан здоров'я дитини:
 - довідка-витяг із форми № 112/0 з даними про результати аналізів:
 - ✓ аналіз крові загальний та на RW;
 - ✓ загальний аналіз сечі;
 - ✓ мазок із зіву на дифтерію;
 - ✓ аналіз калу на дизгрупу, яйця глистів;
 - ✓ зшкребок на ентеробіоз;
 - копія форми № 063/0 про профілактичні щеплення;
 - довідка дільничного лікаря про відсутність інфекційних захворювань та туберкульозу у помешканні, де проживає дитина (дійсна протягом 3-х днів).

3.1.12. Перелік документів для направлення дітей до загальноосвітніх шкіл-інтернатів області

1. Розпорядження райдержадміністрації, міськвиконкому про направлення до школи-інтернату.
2. Заява батьків.
3. Документи про освіту (для дітей шкільного віку): особова справа учня, таблиць успішності, характеристика.
4. Свідоцтво про народження.
5. Довідки про стан матеріального забезпечення сім'ї:

- ✓ про склад сім'ї,
 - ✓ про заробітну плату,
 - ✓ про отримання грошової допомоги від державних установ та інших джерел,
 - ✓ про земельну власність,
 - ✓ про наявність господарства,
 - ✓ акт обстеження житлово-побутових умов сім'ї.
6. Медичні документи про стан здоров'я дитини:
- довідка-витяг із форми № 112/0 з даними про результати аналізів:
 - ✓ аналіз крові загальний та на RW,
 - ✓ загальний аналіз сечі,
 - ✓ мазок із зіву на дифтерію,
 - ✓ аналіз калу на дизгрупу, яйця глистів,
 - ✓ зшкребок на ентеробіоз;
 - копія форми № 063/0 про профілактичні щеплення;
 - довідка дільничного лікаря про відсутність інфекційних захворювань та туберкульозу у помешканні, де проживає дитина (дійсна протягом 3-х днів).
7. Витяг з протоколу засідання ПМПК.
8. Направлення управління (відділу) освіти і науки відповідної держадміністрації до інтернатного закладу.

3.2. ВИВЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ ДИТИНИ ДО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ

Початок шкільного навчання — це час великих надій і розчарувань, перших життєвих перемог і негараздів. Саме у першому класі дитина і батьки складають свій важливий іспит, який може визначити всю подальшу долю маленької людини, — адже невдалий шкільний старт часто стає першопричиною всіх майбутніх невдач.

Пропонуємо тест, який допоможе визначити вашу батьківську готовність віддати дитину до школи.

3.2.1. Тест «Чи готова Ваша дитина до школи?»

1. Думаю, моя дитина навчатиметься гірше від інших дітей.
2. Я побоююся, що моя дитина ображатиме інших дітей.
3. На мій погляд, чотири уроки — це непомірне навантаження на малюка.
4. Не впевнений, що вчителі молодших класів добре розуміють психофізичні особливості дітей і знають їх рідне мовлення.
5. Дитина може спокійно вчитися лише тоді, коли вчителька ставиться до неї як рідна мати.
6. Важко уявити, що першокласник може швидко навчитися читати, писати, рахувати.
7. Гадаю, що діти в цьому віці не здатні дружити.
8. Боюся навіть думати про те, що моя дитина не спатиме вдень.
9. Моя дитина часто плаче, коли до неї звертається незнайома доросла людина.
10. Початкова школа, на мою думку, рідко здатна навчити чогось дитину.
11. Я турбуюся, чи можу точно виконати ваші інструкції.
12. Я побоююся, що однокласники глузуватимуть з моєї дитини.
13. Мій малюк значно слабший за своїх однолітків.
14. Маю сумніви, що вчителька зможе правильно оцінити успіхи кожної дитини.
15. Моя дитина часто каже: «Мамо, ми підемо до школи разом?».

Впишіть свої відповіді в таблицю: якщо Ви погоджуєтеся з твердженням, поставте позначку у клітинці, якщо ні — залиште її порожньою.

I	II	III	IV	V
1)	2)	3)	4)	5)
6)	7)	8)	9)	10)
11)	12)	13)	14)	15)
I	II	III	IV	V
1)	2)	3)	4)	5)
6)	7)	8)	9)	10)
11)	12)	13)	14)	15)

Таблиця 5. Результати тестування

Підрахуйте суму позначок у всіх стовпчиках:

- ✓ *до 4 балів:* у Вас є всі підстави оптимістично чекати 1 вересня (ви самі достатньо готові до шкільного життя Вашої дитини);
- ✓ *5 – 10 балів:* – краще підготуватися до можливих труднощів заздалегідь;
- ✓ *10 балів і більше:* – варто порадитися з дитячим психологом.

Звернімо увагу на те, у яких стовпчиках 2 чи 3 позначки.

- I** – треба більше займатися іграми та завданнями, які розвивають пам'ять, увагу, дрібну моторику,
- II** – треба звернути увагу на те, чи вміє Ваша дитина спілкуватися з іншими дітьми,
- III** – передбачаються труднощі, пов'язані зі здоров'ям дитини, але ще є час для загартовування та спеціальних процедур,
- IV** – є побоювання, що дитина не знайде контакту з учителем, треба погратися з дитиною в сюжетно-рольові ігри за шкільною тематикою,
- V** – дитина надто прив'язана до матері, можливо, краще віддати її до підготовчого класу. У будь-якому випадку корисно погратися з дитиною у школу.

3.2.2. Визначення шкільної зрілості у дитини

Шкільну зрілість можна також визначити за допомогою постановки запитань, доступних шестиліткам:

1. *Як тебе звати?*
2. *Як звати твою маму, тата?*
3. *Ти — дівчинка чи хлопчик?*
4. *Зараз ранок чи вечір? (День чи вечір?)*
5. *Ти любиш малювати? Назви колір цього олівця.*
6. *Скільки у тебе пальців на руці? Покажи два пальчики.*
7. *Скільки у тебе очей? Для чого потрібні очі?*
8. *Що роблять ложкою? Що роблять олівцем?*
9. *Діти катаються на санчатах, коли (взимку чи влітку?)*
10. *Назви тварин.*
11. *Хто більший, корова чи коза?*
12. *У кого менше ніг: у собаки чи півня?*

Шановні батьки, постарайтеся приділяти більше часу заняттям з дитиною і зверніть увагу на те, чого вона не вміє. Результати можуть Вас розчарувати. Але пам'ятайте, що всі ми — учні у школі життя. Дитина не народжується першокласником, готовність до школи — це комплекс здібностей, що піддаються розвитку. Вправи, завдання, ігри легко і весело можна виконувати з мамою, татом, бабусею, дідусем, старшим братом чи сестрою — з усіма, хто має вільний час і бажання навчатися разом із малюком.

Ви можете дати волю своїй фантазії і видозмінювати завдання, а можете точно дотримуватися інструкції, — у будь-якому випадку Ваша дитина росте і наближається до школи. Але запам'ятайте, будь-ласка, кілька простих правил:

- заняття з дитиною мають бути взаємно добровільними;
- їхня тривалість не має перевищувати 35 хв.;
- не намагайтеся пропонувати дитині завдання, якщо вона стомлена;
- постарайтеся, щоб заняття мали систематичний характер — «мозковий штурм» під час підготовки до школи неефективний.

Корисно використовувати вправи для розвитку різних видів сприймання, уваги, пам'яті, мислення. Учть дитину звертати увагу на те, як показуєте жести, — пропонуйте їй точно повторювати їх з дотриманням чіткого розташування, конфігурації пальчиків, відповідного руху. Розучуйте разом з нею слова (друковані, письмові, дактильні) і перевіряйте рівень свідомого засвоєння. Просіть написати або знаходити необхідний відповідник.

Дуже корисно запам'ятовувати різні предмети, їх кількість і розташування; звертайте увагу малюка на деталі пейзажу й доквілля. Не забувайте частіше просити його порівнювати різні предмети і явища — що в них загального і відмінного.

Запропонуйте дитині запам'ятати послідовність цифр (наприклад, номери телефонів). Добре стимулюють розвиток концентрації уваги ігри-лабіринти, у яких потрібно «простежити» доріжку персонажу, а також завдання на порівняння двох майже однакових малюнків.

Слід пам'ятати — навчання на жестовій основі створює особливе комунікативне тло, позитивний настрій, сприяє природному бажанню дитини висловлюватися, бути зрозумілою, — це надзвичайно важлива умова набуття соціальної компетенції відповідного віку.

Не варто нехтувати заняттями, які розвивають і зміцнюють дрібні рухи рук, що в подальшому стане доброю основою для вправного дактилювання і письмового відтворення літер, слів, речень. До них можна віднести:

- роботу з пластиліном (розминання пальцями, ліплення фігур), допомога мамі у вимішуванні тіста, ліплення вареників, пиріжків;
- імітацію пальцями гри на піаніно, барабані;
- катання по столу кожним пальчиком дрібних намистинок, кульок, горошинок;
- зав'язування і розв'язування вузликів. Спочатку слід брати товсту мотузку, а потім — все тоншу і тоншу. Закінчується робота вільним зав'язуванням і розв'язуванням шнурків;
- нанизування на нитку кульок, гудзиків, намистинок тощо;

- малювання узорів, що складаються із суцільних і перерваних ліній;
- вирізування витинанок, складання оригамі;
- розкладання сірників;
- робота зі спеціальними тренувальними вправами в зошитах для дошкolarиків.

3.2.3. Визначення біологічної зрілості організму дитини

Батькам важливо знати і біологічну зрілість дитини, що визначається як рівень дозрівання організму.

Адже біологічно зріла дитина легше впорається з фізичними та розумовими навантаженнями, легше адаптується до нових шкільних умов, оскільки вона менш чутлива до різних подразнень, стресу, збудників дитячих інфекційних хвороб.

Так, батькам слід знати, що у дошкільному віці (5 – 6 років) дитина переживає **напівзростовий стрибок**, який є суттєвим показником зрілості організму. Щоб дізнатися, чи відбувся у малюка напівзростовий стрибок, використовують наступний тест. Попрошіть свою дитину підняти праву руку вгору і через голову дістати ліве вухо. Якщо Ваш малюк успішно виконує таке завдання, то це свідчить про ступінь розвитку кістяка, рівень дозрівання нервової системи, здатність головного мозку сприймати, утримувати і переробляти інформацію. Фізіологи і гігієністи стверджують, що коли дитина починає відвідувати школу до того, коли у неї не відбувся напівзростовий стрибок, то це вкрай негативно позначиться на її здоров'ї, особливо психічному, і рідко приносить успіхи у навчанні.

Не менш важливим, на наш погляд, є її елементарна сформованість вольових навичок у дитини, яку Ви можете перевірити, скориставшись наступним тестом.

Він дає можливість визначити, наскільки в малюка розвинені стійкі способи саморегуляції діяльності (трудової, навчальної) і спілкування, що є основою довільного запам'ятовування, уваги, розумових нахилів.

3.2.4. Тест «Сформованість вольових навичок»

1. Чи достатньо сформовані в дитини гігієнічні навички (чистить зуби вранці, миє руки перед їжею)?
 - а) робить завжди сама, без нагадування;
 - б) робить завжди, але інколи треба нагадувати;
 - в) без спеціального нагадування не робить.
2. Чи допомагає дитина вдома по господарству (миє посуд, прибирає постіль, накриває на стіл)?
 - а) робить постійно;
 - б) робить часто;
 - в) робить дуже рідко.
3. Чи є стійкі навички самообслуговування (приготувати бутерброд, одягнутися по погоді, зав'язати шарф)?
 - а) є достатньою мірою;
 - б) є деякі;
 - в) немає.
4. Чи вміє дитина утримувати увагу досить довго (15 — 20 хв.) на самоті (під час ліплення, малювання, гри)?
 - а) дуже часто вміє;
 - б) вміє зрідка;
 - в) не вміє.
5. Чи здатна контролювати свої бажання (не вживає перед їжею цукерок, хоч вони їй доступні; не вередує, коли старші щось заборонили)?
 - а) уміє достатньою мірою;
 - б) лише зрідка;
 - в) не вміє.
6. Чи вміє дитина поводитися за столом (правильно сидить, охайно їсть)?
 - а) як правило, вміє;
 - б) уміє, але робить далеко не завжди;
 - в) не вміє.

7. Чи є у дитини більш-менш стійкі інтереси: слухання музики, малювання, заняття мовами, конструювання, ліплення з пластиліну;

- а) усі досить стійкі;
- б) інтереси є, але весь час змінюються;
- в) інтереси відсутні.

8. Чи вміє поводитись у товаристві (не перебиває старших, без нагадування вітається, прощається, дякує)?

- а) вміє;
- б) вміє, але інколи доводиться нагадувати;
- в) не вміє.

9. Чи дотримується певного режиму дня (часу прогулянки, їжі)?

- а) як правило, так;
- б) взагалі дотримується, але інколи порушує;
- в) ні, не дотримується.

10. Якщо дитина ставить запитання, чи завжди вислуховує відповіді?

- а) як правило, з цікавістю вислуховує пояснення;
- б) інколи, відповідаючи на запитання, не слухає, відволікається;
- в) інколи запитує просто так, не потребуючи відповіді.

11. Чи прибирає за собою іграшки після гри, альбом після малювання, книжки, зошити після читання, письма?

- а) завжди прибирає;
- б) завжди прибирає після нагадування;
- в) не прибирає.

Аналіз результатів.

Перший варіант відповіді (а) у кожному запитанні оцінюється 3 балами, другий (б) — 2, третій (в) — 1 балом. Просумуйте бали з усіх одинадцяти запитань.

Рівень сформованості вольових навичок визначається за такими критеріями:

- високий — 33 — 27 балів;
- достатній — 26 — 22 бали;
- середній — 21 — 18 балів;
- низький — 18 балів і нижче.

Сподіваємося, що запропоновані завдання стануть важливими орієнтирами підготовки батьків нечуючої дитини у зміні її діяльності від ігрової до навчальної.

Розділ 4

НАВЧАЛЬНІ ЗАКЛАДИ ДЛЯ НЕЧУЮЧИХ В УКРАЇНІ



4.1. ДОШКІЛЬНІ ЗАКЛАДИ ДЛЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ (станом на 01.01.2011 р.)

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Автономна Республіка Крим	Дошкільне відділення РУЗ «Сімферопольська республіканська загальноосвітня школа-інтернат № 2 I–III ступенів Міністерства освіти і науки АРК»	95017, м. Сімферополь, вул. Федька, 4/29, тел.: 25-82-77
	Дошкільне відділення РУЗ «Феодосійська загальноосвітня школа-інтернат №2 I–III ступенів Міністерства освіти і науки АРК»	98100, м. Феодосія, вул. Революційна, 6, тел.: 3-04-10
Дніпропетровська область	Дошкільний заклад для глухих № 238	50096, м. Кривий Ріг, вул. Ватутіна, 61-а, тел.: 53-41-27
	Комунальний комбінований дошкільний навчальний заклад № 264	50008, м. Кривий Ріг, вул. Тимка, 30, тел.: 64-40-30
Донецька область	Макіївський дошкільний заклад для дітей з порушеннями слуху	86133, м. Макіївка, вул. Ціolkовського, квартал Хімік, тел.: 5-87-11
	Донецький дитячий дошкільний заклад № 237 «Іскорка» (сурдологічна група)	83052, м. Донецьк, вул. Бурденко, 31-а, тел.: 94-13-62
Житомирська область	Дошкільний навчальний заклад № 33	10010, м. Житомир, вул. Толстого, 4-а, тел.: 34-05-28

Розділ 4. Навчальні заклади для нечуючих в Україні

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Запорізька область	Дошкільне відділення Кам'янської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату для слабочуючих та пізнооглухлих дітей	м. Запоріжжя, вул. Будьонного, 6-а, тел.: 224-92-23
	Запорізький навчально-реабілітаційний центр «Джерело»	69034, м. Запоріжжя, вул. Червонополянська, 2, тел.: 65-23-09
Київська область	Білоцерківська спеціальна загальноосвітня школа I—II ступенів (дошкільна група)	09100, Київська обл., м. Біла Церква, вул. 50-річчя Перемоги, 90, тел.: (263) 6-13-32
	Дошкільний спеціальний заклад № 485 для глухих дітей	02154, м. Київ, вул. Ентузіастів, 13-б, тел.: 555-17-31
	Дошкільний спеціальний дитячий заклад № 582 для дітей з вадами слуху	02167, м. Київ, вул. Флоренції, 3, тел.: 517-16-34
Кіровоградська область	Навчально-виховне об'єднання «Спеціальна загальноосвітня школа-дитячий садок для дітей з вадами слуху»	25001, м. Кіровоград, вул. Куроп'ятникова, 19, тел.: 23-03-27
Львівська область	Дошкільний навчальний заклад компенсуючого типу № 35 Львівської міської ради Сихівського району	79026, м. Львів, вул. Карманського, 7, тел.: 27-04-467
Одеська область	Одеський спеціалізований садок-ясла № 113	65080, м. Одеса, вул. Космонавтів, 5-а, тел.: 66-50-87
	Дошкільне відділення при Болградській спеціальній школі-інтернаті для глухих дітей	68700, м. Болград, вул. Радянської армії, 187, тел.: 4-32-23
Полтавська область	Дошкільний навчальний заклад «Ясла-садок» № 59 «Малютко» комбінованого типу «Центр ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів»	36040, м. Полтава, вул. Героїв Сталінграда, 16, тел.: 66-06-36
	Дитячий дошкільний навчальний заклад «Ясла-садок» комбінованого типу № 32	39600, м. Кременчук, вул. Шевченка, 66/2, тел.: 2-11-36

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Рівненська область	Спеціальний дошкільний будинок дитини	33010, м. Рівне, вул. Олександра Олесья, 16, тел.: 63-58-31
Тернопільська область	Тернопільський дитячий дошкільний навчальний заклад для дітей з вадами слуху	46011, м. Тернопіль, вул. Лесі Українки, 10, тел.: 24-23-43
Харківська область	Харківський обласний спеціальний загальноосвітній навчально-виховний комплекс (дошкільний навчальний заклад – школа-інтернат) для дітей з вадами слуху	61174, м. Харків, вул. Архітекторів, 36-а, тел.: 338-70-60
	Харківський дошкільний навчальний заклад № 240 компенсуючого типу для дітей з вадами слуху	61089, м. Харків, просп. Косіора, 174-а, тел.: 93-61-42
	Харківський комунальний заклад освіти. Дошкільний навчальний ясла-садок № 290 комбінованого типу Дзержинського району	61018, м. Харків, вул. 23 серпня, 63-а, тел.: 343-06-33
Хмельницька область	Хмельницький загальноосвітній спеціальний навчально-виховний заклад «Школа – дитячий садок» для дітей з порушеннями слуху	29000, м. Хмельницький, вул. Завадського, 8/1, тел.: 65-05-47
	Кам'янець-Подільський багатопрофільний навчально-реабілітаційний заклад	32300, м. Кам'янець-Подільський, вул. Суворова, 22, тел.: 2-15-89
	Шепетівський загальноосвітній пансіон I–III ступенів (сурдокласи)	30400, м. Шепетівка, пр. Миру, 27, тел.: 5-27-43
Черкаська область	Черкаське навчально-виховне об'єднання «Школа-дитячий садок» для дітей з порушенням слуху	18030, м. Черкаси, вул. Подолинського, 11/1, тел.: 46-42-63
	Уманський дитячий будинок для дітей дошкільного віку	20300, м. Умань, вул. Малофонтанна, 8-а, тел.: 5-20-39

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Черкаська область	Дитячий садок-ясла № 62 «Казка» комбінованого типу	18030, м. Черкаси, вул. Петровського, 204, тел.: 73-16-97
Чернігівська область	Сосницька школа для глухих дітей (дошкільна група)	16100, Чернігівська обл., смт. Сосниця, вул. Покровська, 1, тел.: 2-16-72
	Чернігівська спеціальна загальноосвітня школа для дітей з вадами слуху (дошкільні групи)	14005, м. Чернігів, вул. П'ятницька, буд. 69-а, тел.: 2-30-41
Чернівецька область	Чернівецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 1 для глухих дітей (групи)	58022, м. Чернівці, вул. Фрунзе, 6, тел.: 3-62-65
	Чернівецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 2 для слабочуючих дітей (групи)	58000, м. Чернівці, вул. Гете, 1, тел./факс: 59-23-47

4.2. ЗАГАЛЬНООСВІТНІ СПЕЦІАЛЬНІ ШКОЛИ-ІНТЕРНАТИ ДЛЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ (станом на 01.01.2011 р.)

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Кримська АР	Сімферопольська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I—III ступенів № 2	95017, м. Сімферополь, вул. Федько, 4/29, тел.: 25-82-77
	Феодосійська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I—III ступенів № 2	98100, м. Феодосія, вул. Революційна, 6/8, тел.: 3-04-70
Вінницька область	Вінницька загальноосвітня школа-інтернат I—III ступенів для дітей з порушеннями слуху з дошкільним відділенням	21030, м. Вінниця, просп. Юності, 53-а, тел.: 46-16-38

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Вінницька область	Кисляцька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для слабочуючих дітей	23726, Вінницька обл., Гайсинський р-н, с. Кисляк, вул. Жовтнева, 55, тел.: 2-18-12
	Піщанська спеціальна школа-інтернат для глухих дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування	24700, Вінницька обл., смт. Піщанка, вул. Щорса, 79, тел.: 2-10-29
Волинська область	Володимир-Волинська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–III ступенів для глухих дітей	44700, м. Володимир-Волинський, вул. Віленська, 2, тел.: 2-05-98
Дніпропетровська область	Дніпропетровська загальноосвітня спеціальна школа-інтернат для слабочуючих дітей	49005, м. Дніпропетровськ, вул. Ляшка-Попеля, 1, тел.: 47-09-13
	Криворізька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для глухих дітей	50031 м. Кривий Ріг, вул. Тухачевського, 9, тел.: 66-10-29
	Дніпропетровська загальноосвітня спеціальна школа-інтернат для глухих дітей	49006, м. Дніпропетровськ, вул. Філософська, 29, тел.: 42-36-51
Донецька область	Донецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 4 для дітей зі зниженим слухом	83092, м. Донецьк, вул. Полоцька, 7-а, тел.: 23-88-22
	Донецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–II ступенів № 9 для глухих дітей	83108, м. Донецьк, Партизанський проспект, 14, тел.: 58-27-80

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Донецька область	Маріупольська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–III ступенів для слабочуючих дітей	87554, м. Маріуполь, вул. Осовіахіма, 11, тел.: 33-25-27
	Донецька вечірня (змінна) школа № 1 Донецької міської ради Донецької області (спеціальний клас)	83086, м. Донецьк, вул. Челюскінців, 49
Житомирська область	Березівська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–III ступенів для дітей зі зниженим слухом	12411, Житомирська обл., с. Березівка, вул. Бушуєва, 6, тел.: 49-06-48
	Житомирська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–III ступенів для глухих дітей	10007, м. Житомир, проїзд професора Арциховського, 8, тел.: 36-62-16
Закарпатська область	Ужгородська спеціальна школа-інтернат для глухих дітей I–III ступенів	88000, м. Ужгород, вул. Щедрина, 34, тел.: 3-15-24
	Хустська спеціальна загальноосвітня I–II ступенів школа-інтернат для дітей зі зниженим слухом	90400, Закарпатська обл., м. Хуст, вул. Карпатської Січі, 48, тел.: 4-43-66
Запорізька область	Запорізький навчально-реабілітаційний центр «Джерело»	69034, м. Запоріжжя, вул. Червонополяńska, 2, тел.: 65-57-05
	Кам'янська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для слабочуючих та пізнооглухлих дітей	71612, Запорізька обл., Василевський р-н, с. Кам'янське, вул. Семеренка, 1, тел.: 9-84-68
Івано-Франківська область	Калуська спеціальна загальноосвітня школа для дітей зі зниженим слухом	77300, Івано-Франківська обл., м. Калуш, вул. С. Бандери, 22, тел.: 2-24-84
	Калуська спеціальна загальноосвітня школа для глухих дітей	77300, Івано-Франківська обл., м. Калуш, вул. Львівська, 12, тел.: 6-32-08

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Київська область	Київська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 6 для глухих дітей	04123, м. Київ, вул. Світлицького, 31/7, тел.: 434-57-66
	Київська спеціальна середня загальноосвітня школа-інтернат № 9 для дітей зі зниженим слухом	03127, м. Київ, вул. Сеченова, 9, тел.: 239-86-39
	Київська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 18 для слабочуючих дітей	02218, м. Київ, бульвар Перова, 23, тел.: 542-46-06
	Білоцерківська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I—II ступенів для глухих дітей	09100, Київська обл., м. Біла Церква, вул. 55-річчя Перемоги, 90, тел.: 6-14-21
	Вечірня (змінна) спеціальна школа — загальноосвітній навчальний заклад № 27 II—III ступенів для молоді з особливими потребами м. Києва	04080, м. Київ, Цимлянський провулок, 2, тел.: 425-24-48
Кіровоградська область	Новомиргородська загальноосвітня спеціальна школа-інтернат I—II ступенів для дітей з вадами слуху	26000, Кіровоградська обл., м. Новомиргород, вул. Маяковського, 18, тел.: 2-25-53
	Спеціальна загальноосвітня школа-дитячий садок для дітей з вадами слуху	25001, м. Кіровоград, вул. Куроп'ятникова, 19, тел.: 23-03-27
Луганська область	Червонопартизанська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для слабочуючих дітей	94830, Луганська обл., м. Червонопартизанськ, вул. Гагаріна, 25, тел.: 7-19-44
	Сватівська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для глухих дітей	92600, Луганська обл., м. Сватово, вул. Водоп'янова, 2, тел.: 3-28-04
	Луганська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для глухих дітей	91034, м. Луганськ, вул. Ватутіна, 67-а, тел.: 46-60-20

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Львівська область	Підкамінська загальноосвітня спеціальна школа-інтернат I–III ступенів для дітей зі зниженим слухом	80670, Львівська обл., Бродівський р-н, смт. Підкамінь, вул. Незалежності, 53, тел.: 3-12-34
	Львівська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат Марії Покрови для глухих дітей	79010, м. Львів, вул. Личаківська, 35, тел.: 75-50-71
	Жовківська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для дітей з вадами слуху	80300, Львівська обл., м. Жовква, вул. Є. Коновальця, 3-а, тел.: 2-16-89
Миколаївська область	Миколаївська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 6	54049, м. Миколаїв, вул. Рибна, 95, тел.: 25-40-08
Одеська область	Болградська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для глухих дітей	68702, Одеська обл. м. Болград, вул. Радянської Армії, 187, тел.: 4-32-23
	Одеська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–II ступенів № 97 для дітей зі зниженим слухом	65037, м. Одеса, вул. 411 батареї, 2, тел.: 44-54-12
	Одеська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–III ступенів № 91 для глухих дітей	65016, м. Одеса, вул. Репіна, 1, тел.: 63-02-42
Полтавська область	Миргородська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–III ступенів для дітей зі зниженим слухом	Полтавська обл., м. Миргород, вул. Старосвітська, 52/15, тел.: 5-23-51
	Полтавська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для глухих дітей I–III ступенів	36023, м. Полтава, вул. Станіславського, 6, тел.: 58-35-00
Рівненська область	Острозька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–III ступенів для дітей з вадами слуху	35800, Рівненська обл., м. Острог, вул. І. Вишенського, 42, тел.: 2-39-40

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Сумська область	Лебединська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для дітей з вадами слуху	42200, Сумська обл., м. Лебедин, вул. Маршала Рибалка, 33 тел.: 2-25-05
	Косівщинська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для слабочуючих дітей	42342, Сумська обл., с. Косівщина, вул. Шкільна, 6, тел.: 29-43-75
Тернопільська область	Тернопільська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для дітей зі зниженим слухом	46011, м. Тернопіль, вул. Лесі Українки, 9-а, тел.: 24-30-62
	Теребовлянська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для глухих дітей I–III ступенів	48100, Тернопільська обл., м. Теребовля, вул. Залізнична, 8, тел.: 2-10-43
Харківська область	Харківська спеціальна вечірня загальноосвітня школа II–III ступенів № 23 Харківської міської ради	61052, м. Харків, вул. Чоботарська, 51, тел.: 712-44-84
	Харківська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для дітей зі зниженим слухом	61089, м. Харків, вул. Франтішека Краля, 49, тел.: 778-80-04
	Харківський обласний спеціальний загальноосвітній навчально-виховний комплекс (дошкільний навчальний заклад – школа-інтернат) для дітей з вадами слуху	61174, м. Харків, вул. Архітекторів, 36-а, тел.: 338-70-60
Херсонська область	Херсонська спеціальна загальноосвітня школа-садок-інтернат I ступеня № 29 для слабочуючих дітей	73005, м. Херсон, вул. 28 Армії, 14, тел.: 55-10-06
	Херсонська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I–III ступенів	73000, м. Херсон, вул. Петренко, 77, тел.: 49-50-60
Хмельницька область	Новоушицька школа-інтернат для глухих дітей	32600, Хмельницька обл., смт. Нова Ушиця, вул. Франка, 2, тел.: 2-11-64

Область	Назва закладу	Юридична адреса
Хмельницька область	Хмельницький спеціальний загальноосвітній навчально-виховний заклад «Школа — дитячий садок» для дітей з порушеннями слуху	29013, м. Хмельницький, вул. Завадського, 8/1, тел.: 65-05-47
	Шепетівський загальноосвітній пансіон I—III ступенів	30400, Хмельницька обл., м. Шепетівка, просп. Миру, 27, тел.: 5-27-43
	Кам'янець-Подільський багатопрофільний навчально-реабілітаційний центр	32300, Хмельницька обл., м. Кам'янець-Подільський, вул. Суворова, 22, тел.: 2-15-89
Черкаська область	Черкаська спеціальна загальноосвітня школа I—III ступенів № 37 для дітей з вадами слуху	18030, м. Черкаси, вул. Подолинського, буд. 11/1, тел.: 43-42-63
	Корсунь-Шевченківська спеціальна загальноосвітня школа-інтернат I—III ступенів для слабочуючих дітей	19400, Черкаська обл., м. Корсунь-Шевченківський, вул. Кірова, 75, тел.: 2-31-49
Чернігівська область	Чернігівська спеціальна загальноосвітня школа I—III ступенів для дітей з вадами слуху	14005, м. Чернігів, вул. П'ятницька, 69-а, тел.: 2-30-41
	Сосницька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат для слабочуючих дітей	16100, Чернігівська обл., смт. Сосниця, вул. Покровська, 1, тел.: 2-16-72
Чернівецька область	Чернівецький реабілітаційний центр № 1	58022, м. Чернівці, вул. Фрунзе, 6, тел.: 3-53-84
	Чернівецька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 2 для слабочуючих дітей	58000, м. Чернівці, вул. Гете, буд. 1, тел.: 2-67-36

4.3. НАВЧАЛЬНІ ЗАКЛАДИ III – IV РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

1. Київський державний університет технологій та дизайну.

Спеціальність: Економіка підприємства, швейні вироби.
Бакалавр – 4 роки навчання, спеціаліст – 5 років навчання.

Форма навчання: Денна форма навчання. Здійснюється на основі державного замовлення.

Надається гуртожиток.

Адреса: 01011, м. Київ, вул. Немировича-Данченка, 2

2. Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут».

Спеціальність: 1. Інформатика та обчислювальна техніка, комп'ютерна інженерія.

2. Механіко-машинобудівний інститут. Технологія машинобудування.

Бакалавр – 4 роки навчання, спеціаліст – 5,5 років навчання.

Форма навчання: Денна форма навчання. Здійснюється на основі державного замовлення.

Надається гуртожиток.

Адреса: 03056, м. Київ, проспект Перемоги, 37

3. НПУ імені М.П. Драгоманова, Інститут корекційної педагогіки та психології.

Спеціальність: Корекційна освіта.

Бакалавр – 4 роки навчання, спеціаліст, магістр – 5 років навчання.

Форма навчання: Денна та заочна форма навчання. Здійснюється на основі державного замовлення.

Надається гуртожиток.

Адреса: 01130, м. Київ, вул. Пирогова, 9

4. Відкритий Міжнародний Університет розвитку людини «Україна».

Спеціальність: 33 найменування різного профілю.

Форма навчання: Денна та заочна форма навчання.
Навчання платне (для осіб з порушеннями психо-фізичного розвитку питання оплати вирішується після зарахування через обласні виділення Фонду України соціального захисту інвалідів або спонсорів).

Примітка: університет має представництва у 23 регіонах України, які здійснюють навчання інвалідів. Консультації про вступ можна одержати в обласних організаціях УТОГ за місцем проживання абітурієнта.

Адреса: 03115, м. Київ, вул. Львівська, 23.

5. Національна металургійна академія України.

Спеціальність: Комп'ютерні науки.
Термін навчання — 5 років.

Форма навчання: Денна форма навчання. Здійснюється на основі державного замовлення.
Надається гуртожиток.

Адреса: 49600, м. Дніпропетровськ, пр. Гагаріна, 4.

4.4. НАВЧАЛЬНІ ЗАКЛАДИ I—II РІВНІВ АКРЕДИТАЦІЇ

6. Донецький технікум промислової автоматики.

Спеціальність: Обслуговування комп'ютерних та інтелектуальних мереж.
Термін навчання — 5 років на базі неповної середньої освіти.

Форма навчання: Денна форма навчання.
Надається гуртожиток.

Адреса: 83055, м. Донецьк, вул. Горького, 163.

7. Житомирський технологічний коледж.

Спеціальність: Слюсар-електрик з ремонту електрообладнання побутових машин та приладів.
Термін навчання — 3 роки на основі неповної середньої освіти.

Форма навчання: Денна форма навчання.
Надається гуртожиток.
Адреса: 10029, м. Житомир, вул. Московська, 43.

8. Київська муніципальна академія культури і мистецтва.

Спеціальність: Артист циркового відділення.
Термін навчання — 3 роки 10 місяців на базі неповної і повної середньої освіти.

Форма навчання: Денна форма навчання.
Конкурсний відбір абітурієнтів проводить Культурний центр УТОГ.
Адреса: 01025, м. Київ, вул. Велика Житомирська, 2.

9. Львівський державний медичний коледж.

Спеціальність: Лабораторна діагностика.
Навчання на базі повної середньої освіти.
Форма навчання: Денна форма навчання.
Адреса: 79000, м. Львів, вул. Дорошенка, 70.

10. Харківське медичне училище № 2.

Спеціальність: Зубний технік.
Навчання на базі неповної середньої освіти.
Форма навчання: Денна форма навчання.
Адреса: 61091, м. Харків, Стадіонний проїзд, 10.

11. Херсонський медичний коледж.

Спеціальність: Стоматологія ортопедична.
Термін навчання — 4 роки на базі неповної середньої освіти.
Форма навчання: Денна форма навчання.
Надається гуртожиток.
Адреса: 73036, м. Херсон, вул. Перекопська, 164-а.

12. Дніпропетровський центр трудової реабілітації інвалідів при ПТУ № 8.

Спеціальність: Токар, слюсар-ремонтник, в'язальниця трикотажного полотна (для дівчат), майстер голо-

вних уборів — швачка, майстер по ремонту побутових приладів.

Термін навчання — 2 роки на базі неповної середньої освіти.

Форма навчання: Денна форма навчання.

Адреса: 50004, м. Кривий Ріг, вул.Комуністична, 13.

13. Донецьке ПТУ № 115.

Спеціальність: Майстер з ремонту взуття та шкіргалантерейних виробів.

Термін навчання — 2 роки на базі неповної середньої освіти.

Форма навчання: Денна форма навчання.

Адреса: 83044, м. Донецьк, вул. Роздольна, 20.

14. Донецьке ПТУ № 51.

Спеціальність: Автослюсар.

Термін навчання — 2 роки на базі неповної середньої освіти.

Форма навчання: Денна форма навчання.

Надається гуртожиток.

Адреса: 83014, м. Донецьк, вул. Мушкетівська, 19.

15. Запорізьке вище професійне училище № 27.

Спеціальність: Слюсар механоскладальних робіт, токар.

Термін навчання — 2 роки на базі неповної середньої освіти.

Форма навчання: Денна форма навчання.

Адреса: 69014, м. Запоріжжя, вул. Виробнича, 27.

16. Київське регіональне вище професійне училище будівництва (колишнє ВПУ № 26).

Спеціальність: Плиточник-лицювальник.

Термін навчання — 2 роки на базі неповної середньої освіти.

Форма навчання: Денна форма навчання.

Примітка: бажуючі вступити до ПТУ № 26, 46 оформляються через Київську організацію УТОГ.

Адреса: 01014, м. Київ, вул. Бастіонна, 9.

17. Київське професійно-технічне училище № 46.

- Спеціальність:* Швачка, кравець, закрійник.
Термін навчання — 3 роки на базі повної і неповної середньої освіти.
- Форма навчання:* Денна форма навчання.
- Адреса:* 03087, м. Київ, вул. Єреванська, 12-а.

18. Кримська республіканська установа «Міжрегіональний центр професійної реабілітації інвалідів».

- Спеціальність:* **Для чоловіків:** плиточник-лицювальник, плиточник-мозаїчник.
Для жінок: вишивальниці.

Прийом на навчання — при наявності направлення від обласного управління праці та соціального захисту населення.

Навчання і харчування — безкоштовні.

- Форма навчання:* Денна форма навчання.
- Адреса:* 97408, АР Крим, м. Євпаторія, вул. Тухачевського, 22.

19. Луганське СПТУ-інтернат.

- Спеціальність:*
- 1) Кравець з пошиття верхнього чоловічого одягу з основами розкрою, кравець з пошиття легкого жіночого плаття з основами розкрою;
 - 2) Закрійник легкого жіночого плаття для індивідуальної трудової діяльності із числа кравців;
 - 3) Пошивник чоловічого, жіночого взуття з умінням ремонту.
- 1) Термін навчання — 3 роки на базі повної і неповної середньої освіти;
- 2) Термін навчання — 10 місяців;
- 3) Термін навчання — 3 роки на базі повної і неповної середньої освіти.
- Форма навчання:* Денна форма навчання.
- Адреса:* 91042, м. Луганськ, квартал Східний, 10-а.

20. Львівський професійно-художній ліцей.

Спеціальність: Маляр-будівельник.
Термін навчання — 10 місяців на базі середньої освіти.
Форма навчання: Денна форма навчання.
Адреса: 79052, м. Львів, вул. Широка, 79.

21. Одеське ПТУ № 3.

Спеціальність: Маляр, столяр, штукатур.
Навчання на базі повної і неповної середньої освіти.
Форма навчання: Денна форма навчання.
Адреса: 65045, м. Одеса, вул. Базарна, 63

22. Одеське ПТУ № 5.

Спеціальність: Швачка.
Навчання на базі неповної середньої освіти.
Форма навчання: Денна форма навчання.
Адреса: 65104, м. Одеса, вул. О. Невського, 39.

23. Одеське ПТУ № 27.

Спеціальність: Слюсар з ремонту автомобілів.
Навчання на базі неповної середньої освіти.
Форма навчання: Денна форма навчання.
Адреса: 65008, м. Одеса, вул. Ленінградська, 8.

24. Одеське ПТУ № 35.

Спеціальність: Швачка, закрійник.
Навчання на базі повної і неповної середньої освіти.
Форма навчання: Денна форма навчання.
Адреса: 65026, м. Одеса, вул. Хмельницька, 24-а.

25. Харківське ПТУ № 44.

Спеціальність: Швачка-мотористка.
Форма навчання: Денна форма навчання.

Примітка: одержати спеціальність в ПТУ № 44, 47 можна за умови одночасного одержання середньої освіти в спеціальній вечірній школі м. Харкова № 23 для нечуючих. Тому спочатку треба звернутися до вечірньої школи, яка дає направлення до ПТУ. Адреса школи № 23 – м. Харків, вул. Чоботарська, 51.

Адреса: 61012, м. Харків, вул. Карла Маркса, 11.

26. Харківське ПТУ № 47.

Спеціальність: Автослюсар, кухар, плиточник-лицювальник (Див. ПТУ № 44).

Форма навчання: Денна форма навчання.

Адреса: 61174, м. Харків, проспект Перемоги, 55-в.

27. Миколаївський професійний ліцей торгівлі та ресторанного сервісу.

Спеціальність: кондитер.
Термін навчання – 2 роки.

Форма навчання: Денна форма навчання.
Гуртожитку немає.

Адреса: 54003, м. Миколаїв, вул. Маршала Василевського, 40, корп. 6.

28. Миколаївське ПТУ.

Спеціальність: Маляр-штукатур.
Термін навчання – 2 роки на базі повної і неповної середньої освіти. Для іногородніх гуртожиток і харчування – безкоштовні. Місцевим учням виплачується стипендія.

Форма навчання: Денна форма навчання.

Адреса: 54008, м. Миколаїв, вул. Карпенка, 18.

29. Ужгородський коледж мистецтв ім. А.М. Ерделі.

Спеціальність: Образотворче мистецтво, дизайн, художнє оформлення, різьблення по дереву, ковка по металу, кераміка.
Термін навчання – 4–5 років на базі неповної середньої освіти.

Форма навчання: Денна форма навчання.

Адреса: 88015, м. Ужгород, вул. Грушевського, 38/80.

Розділ 5

ВИДИ МОВИ У ЖИТТІ НЕЧУЮЧОЇ ДИТИНИ



5.1. СЛОВЕСНА МОВА

Словесна мова має усну, писемну, дактильну форми мовлення (схема 4).

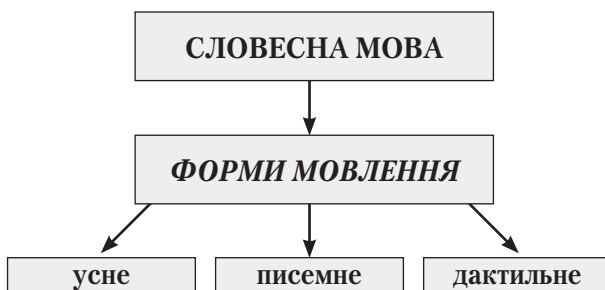


Схема 4

Усне мовлення. Нечуючу дитину можна навчити усному мовленню в умовах спеціально організованого педагогічного процесу та активного залучення до цього процесу обов'язково і батьків. Якщо ми говоримо «можна», то це, на жаль, не означає «завжди». Є діти, які не піддаються навчанню усному мовленню. Варто пам'ятати, що процес навчання говорінню має бути усвідомлений самою дитиною, тобто вона сама має розуміти зміст того, яку інформацію їй подають і відповідно на неї реагувати.

Слід знати про те, що більшість глухих мають характерний «глухий» голос, у них спотворена вимова, нечіткі звуки. Якщо чууча людина зробить деяке зусилля, то зможе зрозуміти глухого співбесідника. Отже, чим більші залишки слуху у дитини, тим більше її голос буде наблизений до природного на слухове сприй-

мання власне чуючими людьми. Чим менші залишки слуху, тим голос буде різнитися від природного, що привертатиме увагу чуючих людей. Такий голос часто характеризують ще як «металевий», «штучний» тощо.

Усне мовлення здебільшого передбачає два наявних компоненти: людину, яка говорить, і людину, яка сприймає інформацію. Чуючі люди усне мовлення сприймають на слух, люди з порушеннями слуху — частково на слух та зчитуючи з губ людини, яка говорить. Останній процес називають читанням з губ.

Читання з губ — це швидше мистецтво, ніж навичка. Деякі глухі можуть практично безпомилково читати з губ, навіть якщо дивляться не на обличчя людини, яка говорить, а на її профіль. Але глухим важко зчитувати мовлення людини, яка говорить, бо артикуляція у кожної людини своя і далеко не у всіх вона чітка. Окрім того, губи не повинні нічим прикриватися і гарно освітлюватися. По-друге, для розуміння зверненого мовлення важливе знання предмету розмови і здогадка. Швидкість сприймання мовлення з губ знаходиться в межах 300 — 400 одиниць на хвилину, що приблизно удвічі менше швидкості читання текстів дикторами радіо.

І все ж читання з губ розв'язує проблеми при усному спілкуванні, бо підтримує процес розмови. Тому важливо знати, що привчати дитину до читання з губ треба якомога раніше, з пелюшок. Як це відбувається?

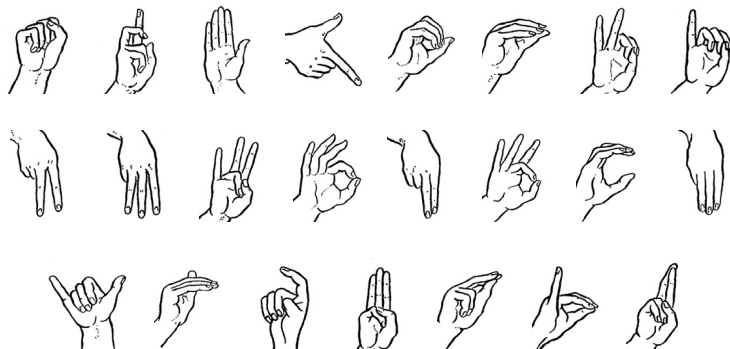
Кожна нечуюча дитина пізнає світ здебільшого візуально, тобто очима. Вона спостерігає за переміщенням предметів, осіб, розрізняє кольори, спостерігає настрій своїх рідних. Таким чином вона бачить і артикуляцію батьків, які звертаються до неї. Звернення дитина має сприймати усвідомлено, отже, при глухоті це може бути ЖМ, при непоганих залишках слуху — посилений голос. І перше, і друге супроводжуються чіткою артикуляцією. Наприклад, говорячи слова «гуляти», «спати», «їсти», «купатися», «молоко», «лялька» або показуючи їх жестові еквіваленти ГУЛЯТИ, СПАТИ, ЇСТИ, КУПАТИСЯ, МОЛОКО, ЛЯЛЬКА треба виразно їх артикулювати. При цьому завжди прагнути, щоб очі

дитини були спрямовані на губи того, хто говорить. В процесі такого систематичного «говоріння» можна привчити дитину до постійної фіксації уваги на артикуляції співбесідника і, пізніше, вже розрізняти проартикульовані слова.

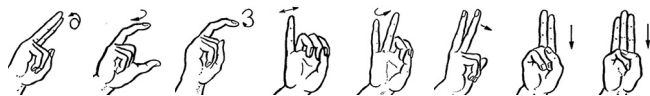
Українське дактильне мовлення нараховує 33 дактильних знаки, тобто стільки, скільки літер в українській абетці. Кожна дактилема відповідно позначає графему і відтворюється згідно з мовленнєвою нормою.

Позначення дактилем передається трьома способами: конфігурацією пальців, рухом пальців, рухом кисті руки.

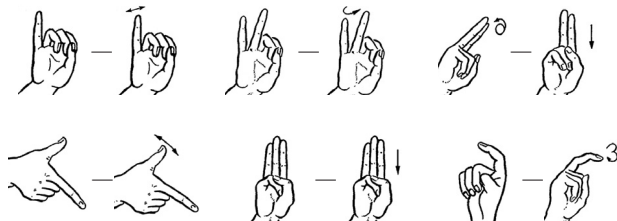
23 дактилями зображаються лише конфігурацією пальців:



9 дактилем — поєднанням конфігурації та руху кисті руки:



Необхідність руху при позначенні дактилем зумовлена, найперше, подібністю конфігурації наступних дактилем:



Слід звернути увагу на різнотипні рухи кисті руки:









Таблиця 6. Побудова та позначення українських дактилем

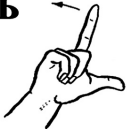
Літера, конфігурація	Опис конфігурації
А 	Долоня звернена до співбесідника, пальці зібрані в кулак, великий палець притиснутий зліва до вказівного пальця
Б 	Долоня звернена до співбесідника, вказівний палець рівно піднятий вгору, до нього притискається напівзігнутий середній палець. Безіменний і мізинець зігнуті в кулак, їх притискає великий палець
В 	Долоня звернена до співбесідника, всі пальці підняті вгору, рівні та з'єднані між собою
Г 	Долоня тильною стороною звернена до співбесідника і рука зігнута в зап'ясті, вказівний і великий пальці випрямлені й утворюють прямий кут. Інші пальці затиснуті в кулак

Літера, конфігурація	Опис конфігурації
Г 	Позиція однакова як при зображенні попередньої дактилеми «Г», лише великий палець кілька разів згинається у фаланзі
Д 	Долоня звернена до співбесідника, вказівний і середній пальці рівні, з'єднані між собою, підняті вгору описують контур писаної літери, інші пальці зігнуті в долоні і притиснуті великим пальцем
Е 	Долоня звернена до співбесідника, всі пальці зігнуті і поставлені на фаланзі великого пальця
Є 	Долоня звернена до співбесідника, великий і вказівний пальці напівзігнуті в одній площині, інші пальці зібрані в кулачок, кисть робить плавний рух до себе
Ж 	Долоня звернена до співбесідника, чотири пальці трішки зігнуті і кінчиками пальців утворюють з прямим, рівним великим пальцем «жменьку»
З 	Долоня звернена до співбесідника, вказівний палець трішки зігнутий і описує контур писаної літери, інші пальці зігнуті в кулак
И 	Долоня звернена до співбесідника, вказівний і середній пальці напівзігнуті, їх нігтьові фаланги закриває великий палець, мізинець і безіменний пальці рівно підняті вгору і між собою не з'єднуються

Літера, конфігурація	Опис конфігурації
і 	<p>Долоня звернена до співбесідника, безіменний, середній і вказівний пальці напівзігнуті, їх нігтьові фаланги закриває великий палець; мізинець рівно піднятий вгору</p>
ї 	<p>Позиція така ж, як при зображенні попередньої дактилеми, лише додаємо рух кисті вправо</p>
й 	<p>Позиція така ж, як при зображенні дактилеми «и», лише додаємо рух кисті у зап'ясті</p>
к 	<p>Долоня звернена до співбесідника ребром, вказівний і середній пальці рівно підняті вгору, між собою не з'єднуються і роблять рух вперед, мізинець і безіменний пальці напівзігнуті, їх нігтьові фаланги закриває великий палець</p>
л 	<p>Кисть руки зігнута в зап'ясті, долоня повернена до співбесідника тильною стороною, вказівний і середній пальці рівні, опущені вниз, роз'єднані між собою, інші пальці затиснуті в кулак</p>
м 	<p>Кисть руки зігнута в зап'ясті, долоня повернена до співбесідника тильною стороною; вказівний, середній і безіменний пальці рівно опущені у трьох різних площинах, інші пальці затиснуті в кулак</p>
н 	<p>Долоня звернена до співбесідника, мізинець, середній і вказівний пальці підняті вгору, а безіменний напівзігнутий, його нігтьову фалангу закриває великий палець</p>

Літера, конфігурація	Опис конфігурації
О 	<p>Долоня звернена до співбесідника, вказівний палець напівзігнутий, його нігтьову фалангу закриває великий палець, утворюючи круглий отвір, інші пальці трохи зігнуті, підняті вгору і не з'єднуються</p>
П 	<p>Кисть руки зігнута в зап'ясті, долоня повернена до співбесідника тильною стороною; вказівний і середній пальці рівні, з'єднані між собою й опущені вниз, інші пальці затиснуті в кулак</p>
Р 	<p>Долоня звернена до співбесідника, нігтьову фалангу напівзігнутого середнього пальця закриває великий палець, інші пальці випрямлені вгору і не з'єднуються</p>
С 	<p>Долоня звернена ребром до співбесідника, всі пальці напівзігнуті таким чином, що утворюють контур літери С</p>
Т 	<p>Долоня звернена до співбесідника тильною стороною, вказівний, середній і безіменний пальці рівні і з'єднані між собою, спрямовані вниз в одній площині, інші пальці затиснуті в кулак</p>
У 	<p>Долоня звернена до співбесідника, великий палець і мізинець випрямлені, всі інші — притиснуті до долоні</p>
Ф 	<p>Долоня звернена до співбесідника, вказівний, середній, безіменний і мізинець випрямлені та з'єднані між собою, великий палець випрямлений вгору і притиснутий фалангою до ребра вказівного пальця</p>

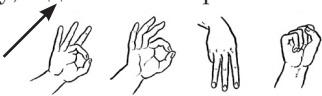


Літера, конфігурація	Опис конфігурації
Х 	<p>Долоня звернена до співбесідника, вказівний палець спрямований вгору, напівзігнутий, великий палець затиснутий в кулачку</p>
Ц 	<p>Долоня звернена до співбесідника, вказівний і середній пальці рівно з'єднані і направлені вгору, інші — зібрані в кулачок; рух кисті вниз</p>
Ч 	<p>Долоня звернена до співбесідника, вказівний і середній пальці випрямлені вперед і підтримуються випрямленим великим пальцем, інші — притиснуті до долоні</p>
Ш 	<p>Долоня звернена до співбесідника; вказівний, середній та безіменний пальці випрямлені вгору, з'єднані між собою; великий палець закриває нігтьову фалангу мізинця</p>
Щ 	<p>Позиція така, як при зображенні дактилеми «Ш», рух кисті вниз</p>
Ю 	<p>Долоня звернена до співбесідника, мізинець піднятий рівно вгору; вказівний, середній і безіменний пальці випрямлені вперед і накладаються на великий палець</p>
Я 	<p>Долоня звернена до співбесідника, вказівний і середній пальці спрямовані вгору і перехрещуються, інші пальці зібрані в кулак</p>


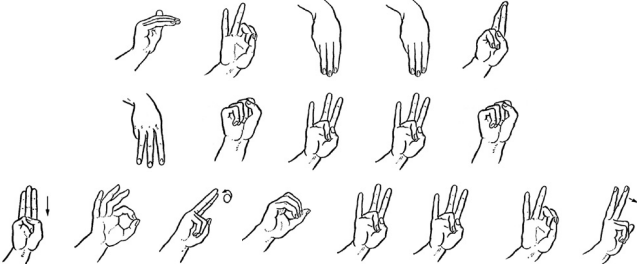
Літера, конфігурація	Опис конфігурації
Ь 	Долоня звернена до співбесідника, вказівний і великий палець випрямлені й утворюють прямий кут, інші — притиснуті до долоні, рух кисті вправо

ПРАВИЛА ДАКТИЛЮВАННЯ

Дактилювання відбувається відповідно норм написання за орфографічними правилами. Українська дактилологія, як знакова система, утворена на основі літер національної абетки, кожна з 33 дактилем є твірною від графеми і її опис передається комбінацією пальців руки (більшою чи меншою мірою). Дактилювання відбувається точно так, як написання, і передбачає знання і дотримання орфографічних та пунктуаційних правил (всі розділові знаки, такі як крапка, три крапки, кома, крапка з комою, дві крапки, знак запитання, знак оклику, тире, дужки, лапки показуються конфігурацією — «випрямлений вказівний палець, всі інші пальці затиснуті в кулак, долоня звернена до співбесідника», що імітує відповідний графічний знак пунктуації).

Таблиця 7. Орфографічні правила

1. Велика літера	<p>Кисть руки під час показу дактилемі, що позначає велику літеру, піднімається трішки вгору, наприклад:</p>  <p>А також може використовуватися на долоні лівої руки знак широкої амплітуди  (правою рукою) для великої літери, а для маленької літери —  знак вузької амплітуди (правою рукою)</p>
------------------	--

<p>2. Абревіатура</p>	<p>Кожна дактилема чітко виділяється рукою, яка підноситься вгору або вперед, наприклад:</p> 
<p>3. Перенос у словах, дефіс</p>	<p>Випрямлений вказівний палець імітує горизонтальну риску з рухом вправо.</p>
<p>4. Апостроф</p>	<p>Вказівний палець імітує графічну позначку у дактильному слові і кисть здійснює напівобертовий рух справа вліво.</p>
<p>5. Подовження, подвоєння приголосних літер</p>	<p>1. Подовжена (подвоєна) дактилема показується чітко, навіть скандовано, два рази. Наприклад,</p>  <p><i>(використовується під час навчальних занять).</i></p> <p>2. Подовжена (подвоєна) дактилема показується один раз із відведенням руки трішки вправо. Наприклад,</p>  <p><i>(використовується під час перекладу).</i></p>

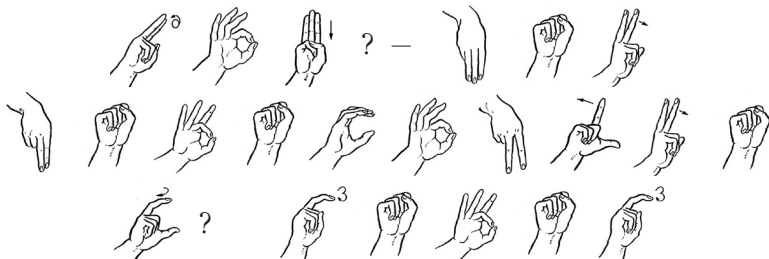
6. Лапки	Вказівний і середній пальці (двох рук одночасно) приблизно на одному рівні здійснюють згинання і розгинання пальців у фалангах, імітуючи відповідні графічні значки
7. Дужки (), []	Двома вказівними пальцями обох рук одночасно здійснюємо на одному рівні описові рухи, імітуючи відповідні позначення дужок

Дактилювання супроводжується усним промовлянням з чіткою артикуляцією кожного звуку. Оральні образи звуків сприймаються нечуючими співбесідниками зорово-артикуляційно, тому рука особи, яка дактилює, не повинна закривати нижню частину обличчя. Тоді усне мовлення стає видимим, як і дактильне. Саме одночасна передача повідомлення дактильно й орально підвищує ступінь сприймання, полегшує спілкування, сприяє розвитку і дактильного, і усного мовлення, збільшуючи можливості для комунікації.

Дактильне мовлення виконує функцію усного мовлення та відображає його основні особливості.

По-перше, дактилювання звернене до співбесідника і передбачає його безпосередню присутність при комунікації (тоді як писемний текст може адресуватися особі, яка відсутня у момент звернення).

По-друге, дактильне мовлення між двома або більше мовцями передбачає конкретну обстановку і, на відміну від писемного мовлення, може бути ситуативним і коротким, зрозумілим лише учасникам діалогу чи бесіди. Наприклад,



По-третє, дактильне мовлення сприймається лише в момент передачі повідомлення, внаслідок чого виключається можливість

повторного або багаторазового сприймання.

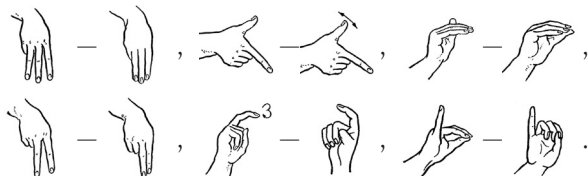
По-четверте, під час навчання вимови особлива увага має звертатися на наголос. Кисть руки, що позначає наголошену дактилему, трішки опускається або виноситься вперед:



Коли дактилює носій жестової мови, наголошена дактилема у часі є довшою, ніж інші дактилеми.

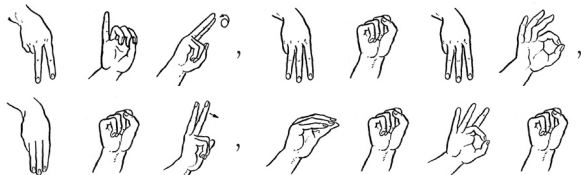
Додаткові правила:

— *позначення дактилем має бути точно відтвореним*. Якщо нечітке написання літер або спотворена вимова спричиняють труднощі розуміння повідомлення на письмі або на слух, то неточний показ дактилем призводить до спотворення інформації. Наприклад, змішування близьких за побудовою дактильних знаків:



Через нечіткість показу (неуважність, пришвидшений темп дактилювання) ускладнюється розуміння переданої інформації.

В такому випадку дактильні слова:



сприймаються як:





Це правило має неабияке значення, оскільки неправильність показу дактилем як і безграмотне написання чи поганий почерк, значною мірою ускладнює зорове сприймання, розуміння, і, як наслідок, спілкування дактильним мовленням.

— *дактилювання ведеться плавно, кожна дактилема практично переливається в іншу.* Як усне і письмове мовлення, де звуки і літери зливаються в єдиний мовленнєвий потік, кожна дактилема плавно переходить з однієї в наступну. Таке твердження має поєднуватися з попереднім — як і при швидкому написанні, коли кожна літера зберігає своє зображення і пишеться у слові з'єднано з іншою, так і дактилями плавно рухаються, відтворюючись одна за одною. Плавно з'єднане дактилювання забезпечує розвиток високого темпу мовлення і синхронності артикуляції, зменшує втомлюваність руки і зору, сприяє кращому розумінню повідомлення;

— *використання пауз і зупинок.* Плавне дактилювання не заперечує членування повідомлення на частини. Розподіл між частинами позначається паузою. Пауза між словами, сегментами і фразами, як самостійними змістовими одиницями мовлення, має розподільну функцію. Пауза між сегментами надзвичайно важлива для засвоєння логічного зв'язку слів, а застосування її між фразами сприяє точнішому розумінню повідомлення. Оскільки слово є найменшою із самостійних, значущою одиницею мови, паузи між словами при дактильному мовленні допускаються мінімальні, відповідно до артикуляційних. В кінці кожного речення робимо зупинку, яка обумовлена наступними чинниками. Перший чинник — фізіологічний, що потребує відповідного ритму мовленнєвого дихання при промовлянні повідомлення і періодичного відпочинку м'язів кисті руки. Другий чинник звертає увагу на правильність членування мовленнєвого потоку, від чого залежить рівень розуміння повідомлення.

Технічні правила:

✓ дактилювання відбувається рукою, яка є домінантною для людини. Зазвичай це права рука. В осіб, у яких сформовані досконалі навички дактилювання, спостерігається використання і другої руки, коли домінантна зайнята;

✓ рука дактилюючої особи зігнута у ліктьовому суглобі і піднята вгору, тримається без напруження; лікоть має бути притуленим до тулуба;

✓ кисть руки знаходиться на рівні ключиці — збоку від обличчя, в жодному разі не прикриває його, звернена долонею до співбесідника, до себе — тильною стороною кисті. Під час дактилювання рука залишається сталою або рухається поступово вправо.

Описані групи правил стосовно дактилювання, на нашу думку, сприятимуть алгоритмізації рухової та мовленнєвої діяльності сурдопедагогів, перекладачів, нечуючих дітей та їхніх батьків.

Дактильне мовлення сприяє формуванню власне української мови, тому до її застосування приступати треба, за визначенням вітчизняних спеціалістів, з дворічного віку. Доведено, що спеціально навчати дитину показу дактилем не треба, варто самим знати її та володіти нею вільно. Називаючи предмети чи дії, треба просто продактилювати, наприклад: *Мама ПРИЙШЛА. ГАРНА ляля. ЧЕРВОНИЙ м'яч* тощо (дактилюються слова, виділені курсивом).

Писемне мовлення. Писемне мовлення розвивати краще, коли дитина оволодіє дактильним мовленням. Хоча слова в письмовій формі Ваша дитина повинна бачити набагато раніше. Дуже корисною є методика підготовки дитини до процесу знайомства зі словами у письмовій формі, яка заключається в тому, що предмети, які знаходяться в полі зору дитини, чи з якими вона бавиться, мають бути підписані друкованими літерами. Наприклад: *шафа, стіл, стілець, двері, вікно, холодильник, ліжка, диван, дзеркало, піраміда, м'яч, лялька, кінь* тощо.

При правильному активному та динамічно організованому навчанні всіх форм словесного мовлення: усного, дактильного та писемного, і, звичайно, користуючись ЖМ, нечуюча дитина буде розуміти особливості використання словесної мови у різних її формах.

5.2. РОЗВИТОК ЖЕСТОВОЇ МОВИ У ГЛУХОЇ ДИТИНИ

Мовлення нечуючих є специфічною формою комунікації засобами візуальної мови, у процесі якої використовуються жестові одиниці. Будівельним матеріалом у вербальній мові є слово, а у жестовій мові — жест. Жест — це мінімальна змістова одиниця мови і відповідає морфемі у вербальній мові. Основний зміст жесту письмово відображається великими літерами як то: БАТЬКО, МАТИ, ДІМ, ДЕРЕВО, ВЧОРА, СЬОГОДНІ, ЇСТИ, ПИТИ й т.п.

Жестова мова виникає у глухої дитини як своєрідна компенсація вербальної мови (яка на даний момент відсутня), як засіб, який дозволяє глухому здійснювати елементарне спілкування з оточуючими його людьми.

Дитина з глибоким порушенням слуху оволодіває словесною мовою лише в умовах спеціального навчання і виховання: не чуючи мови оточуючих, вона не може наслідувати її і без втручання чуючих дорослих залишається німою. Глуха дитина змушена вдаватися до жестів у сполученні з виразною мімікою обличчя, оскільки вона потребує спілкування і прагне встановити контакт з близькими.

Поступово вона вступає в контакт все з більшим колом людей, в тому числі і глухими; її життєва практика збагачується. Накопичені наочні уявлення і узагальнення виражаються жестами, які, удосконалюючись, все точніше відбивають об'єктивну дійсність.

Жестова мова, яка виникла як засіб спілкування і яка виконує функцію узагальнення явищ оточуючої дійсності, — розвивається, відображаючи успіхи пізнавально-практичної діяльності глухого, вступаючи в складні взаємодії зі словесною мовою, яку дитина за своє в процесі спеціального навчання.

Маленька глуха дитина, не навчена словесному мовленню, користується невеликим набором жестів.

Раніше за інші з'являється вказівний жест. Людина, яка вказує на предмет, тим самим його називає, позначає. Для позначення частин людського тіла (НІС, РОТ, ОЧІ, ВУХА, РУКИ, НОГИ) нечуючий завжди користується лише вказівними жестами.

Жестові одиниці, що позначають поняття за характерною ознакою, імітують дію. Тобто, для позначення дії застосовується його імітація, наприклад жест ПИСАТИ (*рис. 20*) нагадує процес написання, тому такий жест називається інсценувальним. Цим способом позначаються не лише самі дії, але і предмети, з якими ця дія пов'язана. Так, жести ПІЖ зображується рухом, який нагадує процес різання — жестом, відповідним дії РІЗАТИ (*рис. 22*) (тобто дією, яка виконується за допомогою цього предмету). Але в жестовій одиниці РІЗАТИ змінюється конфігурація — обидві п'ясті у формі конфігурації.



Жестові одиниці, як і слова за звучанням у вербальній мові, можуть бути подібними чи однаковими за значенням, але відмінність жести полягає у компонентах жести, тобто існує синонімічний ряд жестових одиниць. Наводимо приклад інсценувальних жестів МЧАТИ (*рис. 22*) та БІГТИ (*рис. 23*).

Окрім характерних ознак дії в жестовому мовленні існує характеристика позначення якості предмета, де застосовується імітація відчуття. Для даної характеристики притаманні виражальні рухи, до яких належить міміка обличчя і виражальні жести. Наприклад, для позначення якості ПРКІЙ обличчю надається такий вираз, який буває при відчутті чого-небудь гіркого; а для жести ГИДКІЙ обличчю надається дуже виразна гримаса. На перенісці складки, носо-губні складки різко підняті, рельєфно обмальовуються, кути рота опущені.

Більшість жестових одиниць полісемантична. Характерна ознака та дія можуть бути однаковими, але відмінність у конфігурації та напрямку, наприклад, для позначення дії «витирати» жест ВИТИРАТИ ГАНЧІРКОЮ (*рис. 26а, б*) буде відрізнятися від жести ВИТИРАТИ ГУМКОЮ (*рис. 27*). Одному слову української мови відповідає кілька жестів. Цю особливість ЖМ прийнято умовно називати полісемією.

Хочемо зазначити, що зміна одного з компонентів жести (конфігурація, локалізація, рух, напрям) може змінити значення жестової одиниці. Наприклад, при вираженні понять ДАТИ, ВЗЯТИ,



Рис. 20. ПИСАТИ



Рис. 21. НІЖ



*Рис. 22. МЧАТИ
(легка атлетика)*



*Рис. 23. БІГТИ
(на автобус)*



Рис. 24. У ТЕБЕ



Рис. 25. У МЕНЕ



***Рис. 26а. ВИТИРАТИ
ГАНЧІРКОЮ (стіл)***



***Рис. 26б. ВИТИРАТИ
ГАНЧІРКОЮ (дошку)***



Рис. 27. ВИТИРАТИ ГУМКОЮ

спілкування з нею, жестів буде менше, ніж у дитини із сім'ї, в якій схвалювалося прагнення маленької глухої виразити свої потреби і спостереження жестами. В таких сім'ях чуючі стають «співавторами» жестів, які таким чином закріплюються в даній сім'ї і приносяться дитиною в школу. Особливо різко відрізняються жести дітей із сімей з глухими батьками. В цьому випадку до початку навчання у школі дитина володіє великою кількістю жестів та жестових об'єднань, які характерні для «дорослої» мови жестів, з одного боку, а з іншого — цей набір за змістом відповідає нормальному мовленнєвому розвитку.

Процес оволодіння ЖМ маленькими дітьми в родинах нечуючих батьків відбувається відповідно до вікових закономірностей, виявлених при оволодінні СМ чуючими дітьми. Збігаються параметри появи перших слів і жестів, їхня функція, характер помилок тощо. Отже, **повноцінна комунікація за допомогою ЖМ дозволяє глухим дітям з родин нечуючих випереджати у розвитку своїх глухих однолітків, котрі виховуються у сім'ях чуючих батьків.**

ПЛАТИТИ. Жест по-різному буде виглядати залежно від того, чи має людина, яка говорить, на увазі себе чи іншу особу. Наприклад, У ТЕБЕ (рис. 24), У МЕНЕ (рис. 25).

Варто мати на увазі, що рівень розвитку ЖМ у глухих дітей, які лише прийшли в школу, різний. Кількість і характер жестів, якими володіє дитина, залежить від умов її життя до школи, від засобів спілкування, які використовували оточуючі для контакту з нею. У дитини із сім'ї, члени якої прагнули лише до словесного

5.3. ПРОЦЕС ОВОЛОДІННЯ ДИТИНОЮ ЖЕСТОВОЮ МОВОЮ

Дослідження не лише засвідчують схожість етапів розвитку жестової і словесної мов перших трьох років життя, але і доводять важливість ЖМ і жестової комунікації для особистісного і когнітивного розвитку і чуучих, і глухих дітей. Не випадково, що наприкінці ХХ століття заняття ЖМ з чуучими немовлятами придбали і в Європі, і США неймовірну популярність. Результати жестового спілкування з чуучими дітьми свідчать про більш швидше та менш стресове оволодіння дітьми словесною мовою, більш гармонійний особистісний розвиток, сформованих значно раніше комунікативних навичках.

Процес оволодіння глухою дитиною ЖМ можна розділити на наступні етапи:

- долінгвістичний розвиток;
- оволодіння лексикою;
- оволодіння граматиною.

На всіх етапах відбувається також розвиток інтерактивних навичок (навичок взаємодії).

Під *долінгвістичним/домовним розвитком* розуміють багатоканальну комунікацію, широке використання рухів, природних жестів, виразу обличчя. Фактично, це період до появи умовних жестів. В основному, його можна охарактеризувати як жестове белькотіння, яке починається у віці 4 *міс.* і може завершуватися або в 14 *міс.*, або раніше.

Оволодіння лексикою або жестами, які є умовними символами, починається у віці біля року. Розширення лексичного запасу залежить від індивідуального розвитку дитини. Діти починають комбінувати жести приблизно у 18 *міс.* Морфологічні відмінності у жестах не з'являються до двох з половиною років.

Оволодіння граматичними категоріями ЖМ з'являється не раніше двох з половиною років. Відмінності між діями, станами та назвами з'являються біля чотирьох років, розвивається узгодження дій; складні дієслівні форми і класифікатори можуть розвиватися і після десяти років.

Для глухих дітей з сімей глухих і для тих дітей, з якими займаються за білінгвальною програмою ранньої допомоги, характерна наступна періодизація, проте, можливі деякі індивідуальні відмінності:

- рухи, природна міміка і жести, вираз обличчя і звуки, гра власними пальчиками;
- жестове белькотіння (4 – 6 міс.);
- дожести – природні, часто неправильні жести, що використовуються в конкретній ситуації;
- етап використання одного жесту (8 – 16 міс.);
- етап використання двох жестів (16 – 24 міс.);
- етап використання трьох жестів (24 – 30 міс.) – початок появи морфології;
- розвиток довших і складніших висловів;
- у 5 – 6 років мають бути наявні основні компоненти мови; завершується, в основному, кінематичний розвиток;
- до 10 – 12 років – складні мовні форми, стилістичні відмінності.

У розвитку **інтерактивних навичок** глухих дітей можна виділити наступну періодизацію:

- перші місяці: зоровий контакт, усмішка;
- 6 міс.: використання виразу обличчя в діалозі;
- до 1 року: інтенсивна взаємодія – погляди, рухи, природні жести, що демонструють наміри;
- 1 – 1,5 – привертає увагу засобом поплескування;
- 1,6 – 1,9 – оволодіння стратегією взаємодії «по черзі» – дивиться на матір і свідомо повторює її поведінку;
- 2 роки – відповідь на непрямі запитання;
- 3 – 4 роки – участь в дискусіях, побудованих на діалозі (взаємодія по черзі);
- з 4 років починає бесіду, дає довгі відповіді, використання нелінгвістичних засобів, соціальний обмін;
- від 5 – 6 років – ставить запитання і вимагає пояснення;
- 9 – 10 років – точні додаткові запитання;

- з 7 років — проявляє ініціативу, пропонує досягати спільних цілей;
- 6 — 10 років — усвідомлений контроль емоцій.

Отже, ЖМ є повноцінною і багатою мовою. Раннє застосування її в спілкуванні з дитиною є гарантом того, що інтелектуальний розвиток глухої дитини йтиме відповідно до вікової періодизації.

5.4. ОСОБЛИВОСТІ ЖЕСТОВОЇ МОВИ ГЛУХИХ

Жестова мова — це самостійна багаторівнева лінгвістична система, яка суттєво відрізняється від будь-якої зі словесних мов. Має своєрідну багату і складну за структурою лексику і граматику, різноманітні засоби вираження думки і аналізу інформації.

Жест є основною значущою (семантичною) одиницею, що має складну структуру.

Якщо слово складається з фонем (літер), то і жест складається з таких компонентів як конфігурація, розташування руки і рух.

Жест — це рух руки (двох рук) і пальців рук. Руки, рухаючись, часто торкаються певним чином обличчя, голови, тулуба, які, таким чином, пасивно беруть участь у жесті.

Жести супроводжуються відповідною мімікою (виразом обличчя). Очевидно, що міміка в процесі жестового спілкування відіграє значно більшу роль, ніж в процесі усного словесного спілкування.

Жест як елемент візуальної мови характеризується такими особливостями:

1. Кожен жест виконується однією або двома руками.
2. Елементом жесту є конфігурація руки.
3. Жест виконується в обмеженому просторі руками того, хто говорить, і може бути розташований вище, нижче, ближче, даліше, правіше, лівіше від умовної точки відліку.
4. При застосуванні жесту одною чи двома руками комбінації фіксованих положень пальців рук і їхніх рухів можуть функціонувати в більшому чи меншому просторі, ніби охоплюючи більший чи менший обсяг.

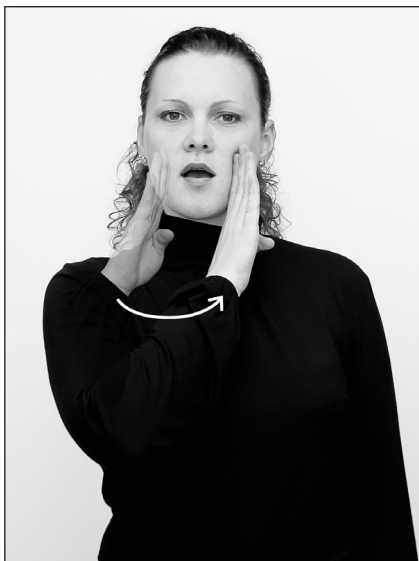
5. Жест, який включає в себе рухи рук, пальців рук, може мати свій темп, напрям.

Для вираження певних відношень у мові використовуються не лише загальноприйняті жести, які виконуються один за одним у часі (лінійний порядок), але і одночасне виконання жестів обома руками, внаслідок чого виникають певні жестові структури.

Пропонуємо жестівник найуживаніших понять (понад 150 одиниць).

Звертаємо увагу на умовні позначення:

- — місце дотику під час виконання жесту;
- — виконання жесту без дотику;
- ~ — імітація хвилястих рухів пальців;
- — повторний рух руки (рук);
- ↔→ — почергові і повторні рухи рук;
- — відповідний напрям руки (рук);
- ↻ — рух руки півколом з одного боку в інший;
- ← — зустрічний рух рук без дотику;
- ~ — хвилястий рух рук у відповідному напрямку;
- ↯ — зигзагоподібний характер руху рук.



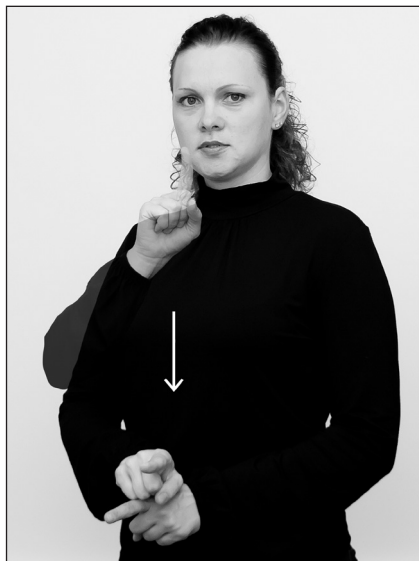
МАМА



ТАТО



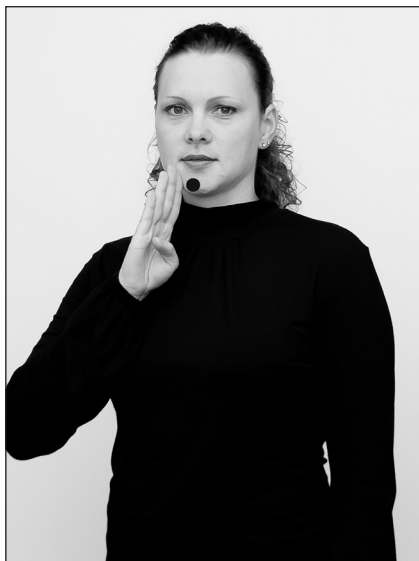
Я



СЕСТРА



БРАТ



ДІВЧИНКА



ХЛОПЧИК



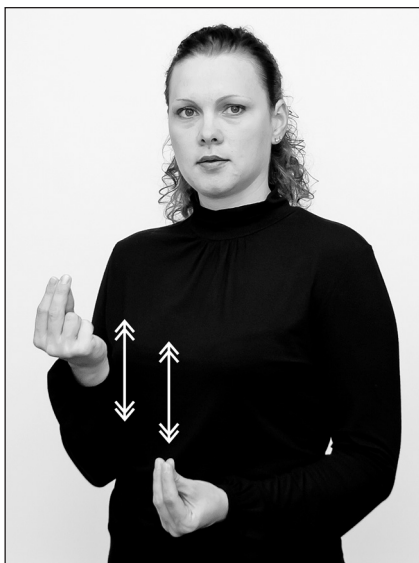
ВЧИТЕЛЬ



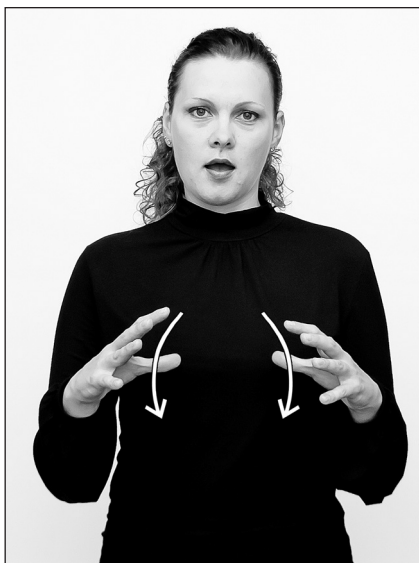
ВИХОВАТЕЛЬ



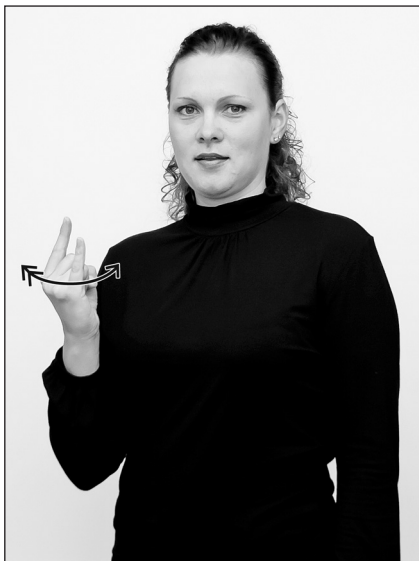
ЛІКАР



ІГРАШКА



М'ЯЧ



ЛЯЛЬКА



МАШИНКА



КНИЖКА



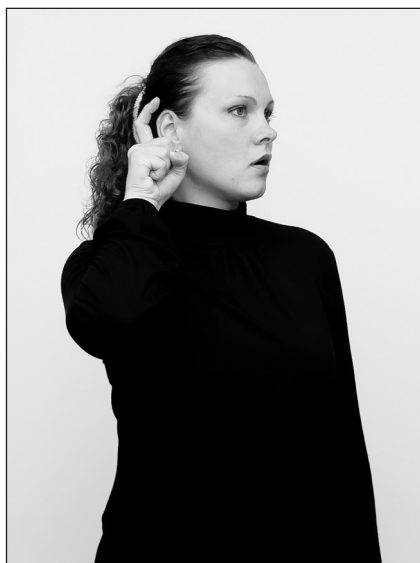
ЗОШИТ



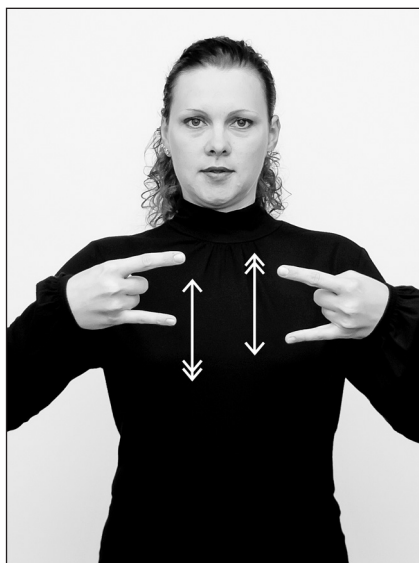
РУЧКА



ОЛВЕЦЬ



СЛУХОВИЙ АПАРАТ



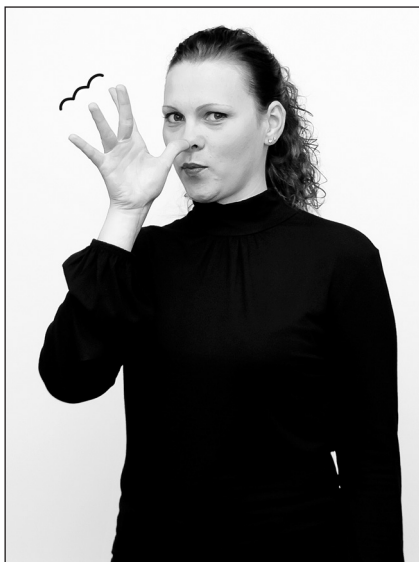
ТЕЛЕВІЗОР



КАЗКА



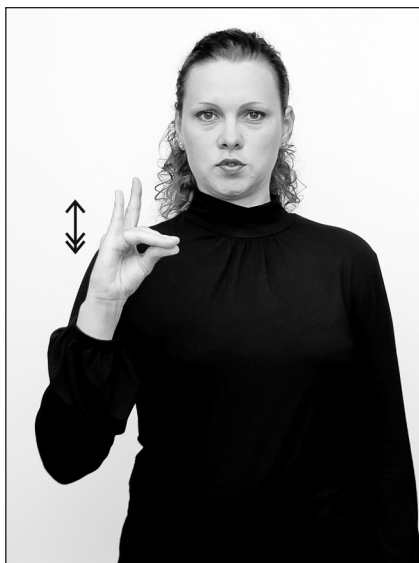
СВЯТО



МУЛЬТФІЛЬМ



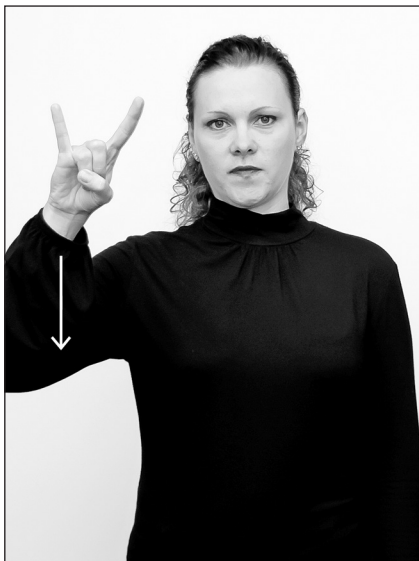
СТІЛ



СТІЛЕЦЬ



ЛІЖКО



ВІКНО



ДВЕРІ



ЛАМПА



БУДИНОК



ЦУКЕРКА



ПЕЧИВО



БУЛКА



БУЛКА (варіант)



ХЛІБ



БАТОН



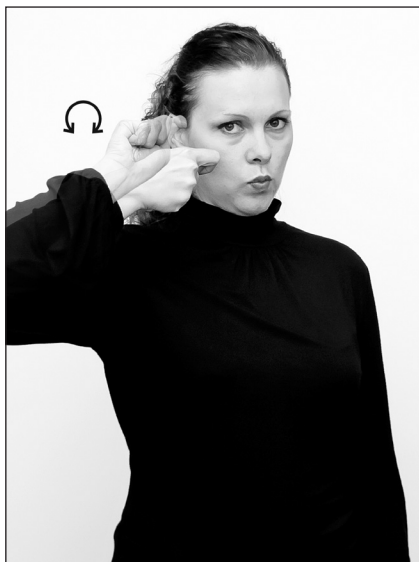
КАРТОПЛЯ



КАПУСТА



МОРКВА



ЦИБУЛЯ



ОГІРОК



ОГІРОК (варіант)



ПОМІДОР



ГРИБ



СІЛЬ



ЦУКОР



МАСЛО



БАНАН



АПЕЛЬСИН



КАША



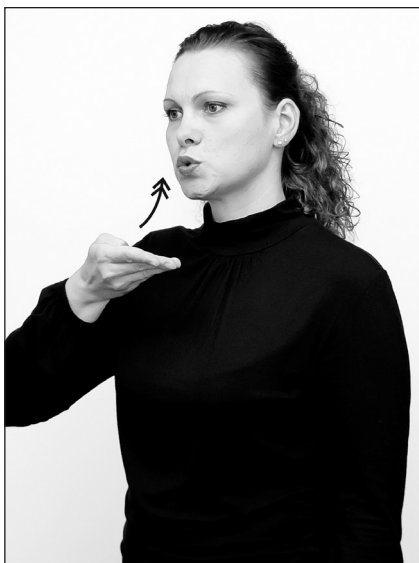
КАША (варіант)



ВЕРМІШЕЛЬ



БОРЩ



СУП



ЧАЙ



ЇСТИ



ПИТИ



СПАТИ



МИТИСЯ, КУПАТИСЯ



УМИВАТИСЯ



УМИВАТИСЯ (варіант)



ГУЛЯТИ



ЧИТАТИ



ПИСАТИ



ДУМАТИ



РАХУВАТИ



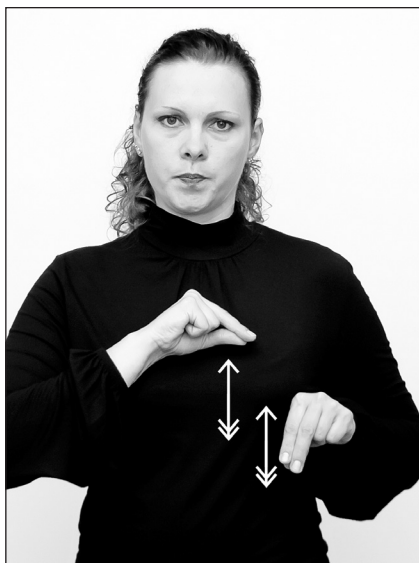
ЗАПИТАТИ



МАЛЮВАТИ



РОБИТИ



ПРАЦЮВАТИ



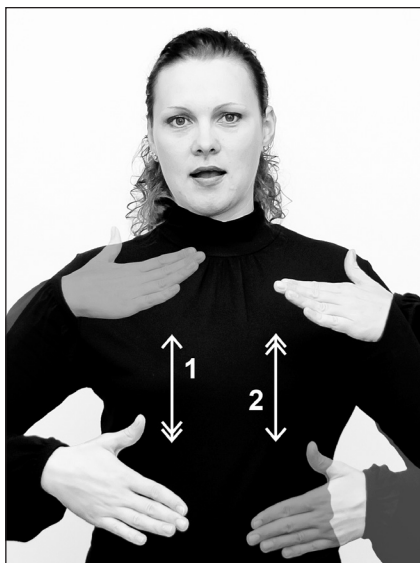
СЛУХАТИ



ЧУТИ



ПОСМІХАТИСЯ



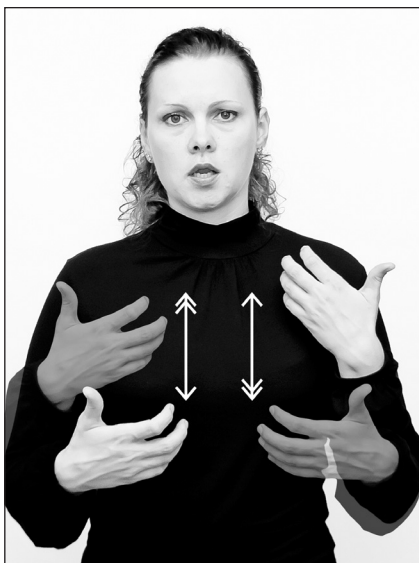
РАДІТИ



ПЛАКАТИ



БОЛИТЬ



ХВИЛЮВАТИСЯ



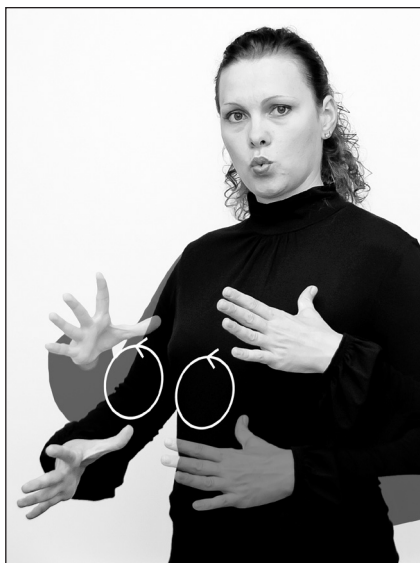
ПЕРЕЖИВАТИ



ОДЯГНУТИСЯ



РОЗДЯГНУТИСЯ



ТРЕНУВАТИСЯ



ГОТУВАТИСЯ



ЗМАГАТИСЯ



ВМІТИ



КРИЧАТИ



ПОЛАМАТИ



ПОКАРАТИ



ПОРВАНИЙ



ЗАПЛАТИТИ



ПОДАРУВАТИ



ПОСПІШАТИ



ДОРОГО



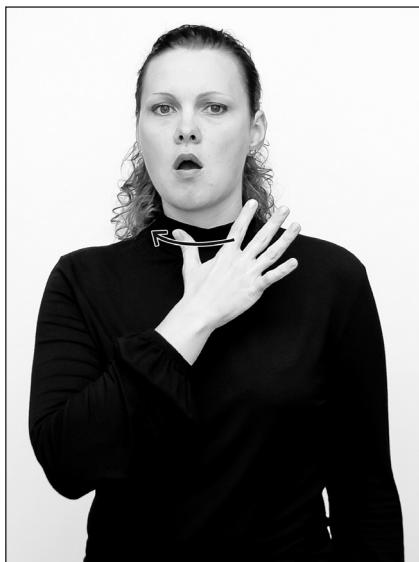
ДЕШЕВО



МАЛО



МАЛО (варіант)



БАГАТО



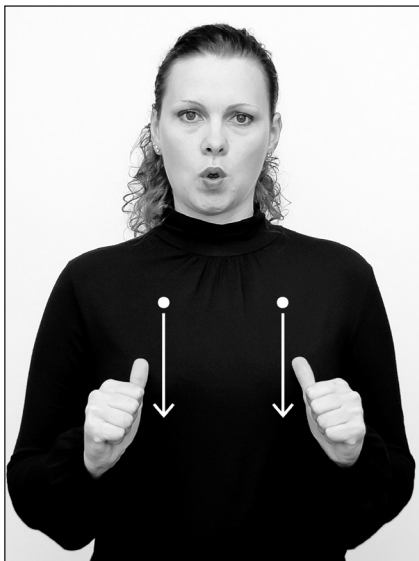
БАГАТО (варіант)



СВІЙ



ЧУЖИЙ



СПОКІЙНО



ШВИДКО



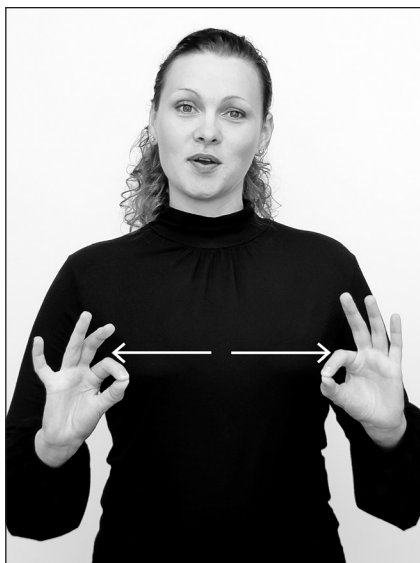
СМАЧНО



ДОБРЕ



ПОГАНО



ЧУДОВО



НОВИЙ



ЧИСТИЙ



БРУДНИЙ



МАЛЕНЬКИЙ



МАЛЕНЬКИЙ (варіант)



ВЕЛИКИЙ



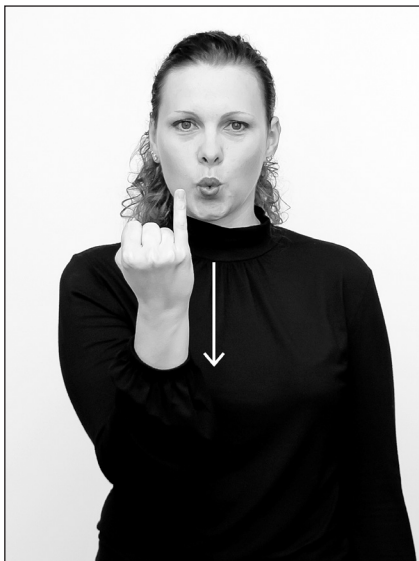
ВУЗЬКИЙ



ШИРОКИЙ



ХУДИЙ



ХУДИЙ (варіант)



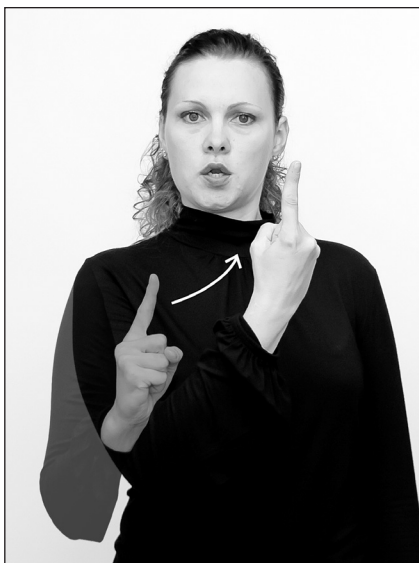
ПОВНИЙ



ТОВСТИЙ



ЗДОРОВИЙ



ПЕРШИЙ



ОСТАННІЙ



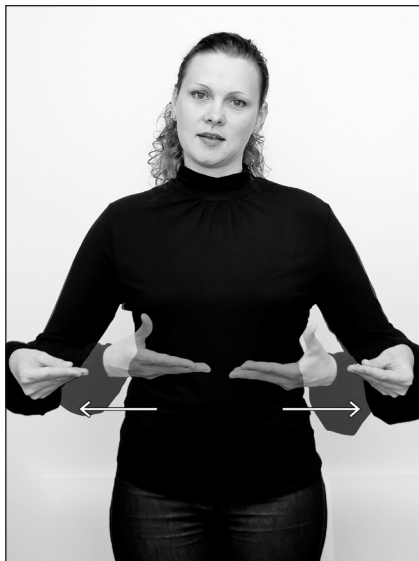
ЛІТО



ОСІНЬ



ЗИМА



ВЕСНА



СОНЦЕ



ДОЩ



ДОЩ (варіант)



СНІГ



ВІТЕР



ТУМАН



ТЕПЛО



ХОЛОДНО



СПЕКА



ДЕРЕВО



ТРАВА



КВИТКА



ПІСОК



ВОДА



НЕ РОЗУМІТИ



НЕ ХОТІТИ



НЕ ХОТИТИ (варіант)



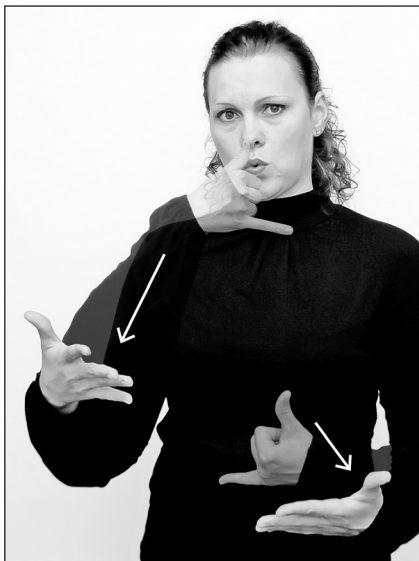
НЕ ТРЕБА



ТРЕБА



НЕ ЗВЕРТАТИ УВАГИ



НЕ МОГТИ



НЕ МАТИ СИЛ, ЗНЕСИЛИТСЯ



НЕНАВИДІТИ



НЕВІДОМО



НЕБЕЗПЕКА



НЕ БУДЕ, НЕ БУДУ



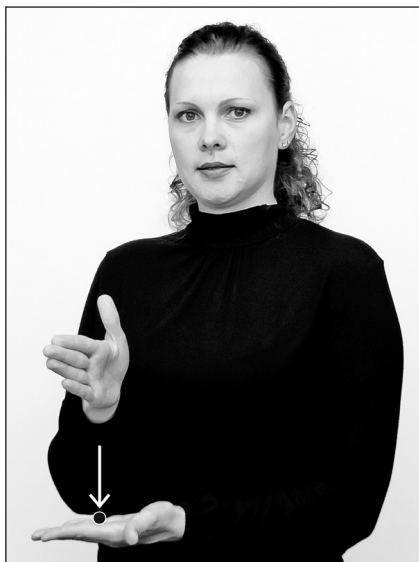
НЕ ДАТИ



НЕ ПУСТИТИ, НЕ ДАТИ



Є



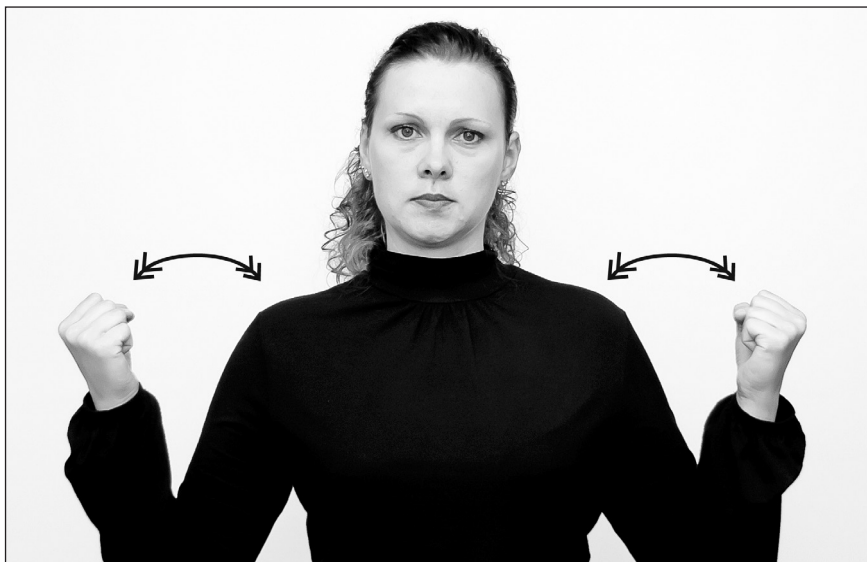
МАТИ



БУДЬ ЛАСКА



КУЛЬТУРА



СПОРТ



ТЕАТР



КІНО

Розділ 6

СУЧАСНІ СИСТЕМИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ ЗА КОРДОНОМ



6.1. ЧИСТИЙ УСНИЙ МЕТОД

У сучасній зарубіжній теорії та практиці навчання дітей з порушеннями слуху обґрунтовуються дві основні концепції: **біолого-медична і соціокультурна**.

Зазначені концепції відображають новий менталітет сучасного цивілізованого суспільства, в якому визначаються законодавчо рівні загальногромадянські права глухих людей, як і інших осіб з особливостями розвитку, їхнє право на реалізацію своїх своєрідних потреб. Але зміст поняття «рівність глухих» трактується по-різному в біолого-медичній та соціо-культурній концепціях.

Безумовно, сучасні сурдопедагогічні системи продовжують і розвивають історичні традиції навчання глухих з урахуванням новітніх досягнень наукової і технічної думки. Постараємося виділити в кожній системі те, що сьогодні є найбільш цікавим і перспективним.

Головна теза **«біолого-медичної»** концепції: вада слуху — це біологічна патологія, хвороба, яка потребує лікування. Згідно поглядів прихильників цієї концепції, порушення слуху та відсутність усного мовлення призводять до трагічного «випадання» нечуючої людини з соціуму чуючих, тому головною метою професійного втручання є максимальне зменшення негативного впливу самої хвороби та формування усного мовлення, що забезпечить «нормалізацію» глухих.

Такий підхід виражає педагогічна система, методологічною основою якої є сучасний оралізм, корені якого беруть свій початок з XVIII ст. з «чистого усного методу». Жестове мовлення як засіб навчання при такому підході не використовується.

У спеціальних школах використовується усне мовлення як основний засіб навчання. На думку вчених — лише СМ може сприяти освіті глухих у їхньому бажанні стати повноцінними.

Як основоположні використовувалися і використовуються три постулати:

- ЖМ — це не справжня мова;
- використання ЖМ у навчанні (дитячі садки, школи) лише заважає оволодінню словесної мови;
- єдиною метою навчання глухих є залучення до світу чуючих, де жести гальмують, а не підтримують цей процес.

Результати такої системи навчання ще у 80-х роках ХХ ст. (Німеччина, США, Великобританія та ін.) засвідчили:

- при значних затратах часу на розвиток усного мовлення — досить низький результат або відсутність результату;
- вивчаючи лише одну словесну мову, нечуюча дитина відстає у розумовому, емоційному, соціальному розвитку;
- напруга у спілкуванні та низький рівень і якість спілкування між глухими дітьми і їх чуючими батьками (учителями).

Як правило, батьки не обговорюють з дитиною жодних подій минулого, майбутнього, емоційних станів. Картина вакууму дитини з її дорослішанням не зникає.

У Росії Г.Л. Зайцева вивчала стан володіння російською мовою глухими учнями старших класів. Вільно володіють російською мовою небагато випускників шкіл-інтернатів:

- 30 % — усні висловлювання порівняно зрозумілі;
- менше 45 % — задовільно розуміють звернене усне мовлення;
- 33 % — рівень розвитку писемного мовлення незадовільний.

Стає цілком зрозумілим, що такий стан перешкоджає використанню форм словесної мови і розумінню вербальної інформації загалом. Це підтверджується і тезою Л.С.Виготського (висловленої майже століття тому), який розглядав формування усного мовлення глухих як важливий, але не єдиний компонент навчально-виховної роботи. Критикуючи «чистий усний метод», вчений виявив головний недолік: в учня відпрацьовується не мова, а ар-

тикуляція. Тому усне мовлення глухих **«майже не слугує їхньому розвитку і формуванню, не є засобом накопичення соціального досвіду і участі у соціальному житті»**.

Дану концепцію поділяє і більшість прихильників «мейнстрімінга» — інтегрованого навчання, широко розповсюдженого на Заході.

Хоча й представники **біолого-медичної** концепції (прихильники оралізму, інтегрованого навчання) досягають серйозних успіхів щодо ранньої діагностики і програм раннього втручання. Хочеться відмітити, що рання діагностика порушень слуху має завжди величезне значення, незалежно від обраної системи навчання та виховання. Але якщо в якості основного завдання ставиться формування усного мовлення, дослідження стану слухової функції, якісне слухопротезування, ранній початок занять усним мовленням набуває вирішальної ролі. Розроблені технічні засоби і відповідні методики, що використовуються в практиці, дозволяють, скажімо, у Великобританії, діагностувати наявність зниження слуху більше 70 дБ у новонароджених віком 11 днів (скринінг), провести аудіометрію у 9 тижнів, почати програму абілітації в 11 тижнів, слухопротезувати дитину в 16 тижнів (середні дані по країні).

Незважаючи на те, що нечуючі навчаються у загальному потоці з чуючими дітьми, на заняттях, які проводить сурдопедагог, часто використовується ЖМ (зазвичай застосовується метод тотальної комунікації); по-друге, для учнів, які частково або повністю включені в звичайні школи, запрошується перекладач ЖМ. Серйозно ставляться питання про доцільність оволодіння деякими навичками жестового спілкування учителями та обслуговуючим персоналом звичайних шкіл, про залучення в школи нечуючих педагогів, про включення у навчальний план для чуючих дітей ЖМ як другої мови (Davila, 1998).

Таким чином, проблема ЖМ досить актуальна для сучасного мейнстрімінга. Як бачимо, сучасна якісна інтеграція різниться від початкової ідеї пристосування, адаптації глухих до чуючих і йде по шляху визнання необхідності взаємодії, співпраці глухих і чуючих учасників освітнього процесу, культурного, мовного взаємозбагачення тощо.

6.2. ТОТАЛЬНА КОМУНІКАЦІЯ

Зовсім по-іншому розглядають питання освітнього розвитку вчені, що пропагують соціокультурну концепцію. Глуха людина (та, яка визнає, що у неї немає медичних проблем, пов'язаних зі слухом, і не готова асимілюватися у суспільство чуючих) належить до унікальної культурно-лінгвістичної меншості. Вона має право жити згідно встановлених правил мікросоціуму глухих: розвивати свою культуру, свою рідну мову, отримувати освіту на рідній мові. Вона має також право інтеграції у спільноту чуючих як у макросоціум. Ідеї **«соціокультурної»** теорії знайшли відображення у педагогічній системі «тотальна комунікація», а з середини 80-х років — у педагогічній системі «білінгвальне навчання».

В останні роки серед багатьох фахівців з навчання дітей з недоліками слуху в США і країнах Західної Європи набули широкого поширення ідеї ТК. Основним принципом ТК є визнання необхідності використання в навчанні глухих дітей (починаючи з дошкільного віку) словесної і жестової мов. СМ рекомендується використовувати в різних формах: усній (із застосуванням звукопідсилювальної апаратури), письмової і дактильної. Що стосується ЖМ, то серед сурдопедагогів немає єдиної думки. Одні спеціалісти наполягають на включенні в систему тотальної комунікації ЖМ, яка має специфічну граматичну будову, інші — КЖМ, що відображає синтаксис словесної мови, треті — обидві ці системи.

Прихильники ТК на підставі низки експериментальних досліджень стверджують, що педагогічний процес, побудований за принципом цієї системи, забезпечує вищий рівень загального і лінгвістичного розвитку глухих дітей, сприяє збільшенню обсягу навчальної інформації й т.п.

Тотальна комунікація — це «філософія комунікації, а не метод комунікації і зовсім не метод навчання». Основний принцип ТК — створення можливості успішного обміну інформацією між глухими і чуючими, в процесі якого співбесідники можуть легко і повно висловлювати свої думки і розуміти один одного. Це має набагато важливіше значення, ніж уміння розуміти партнера і бу-

дувати висловлювання будь-якою конкретною мовою. Звідси, по-перше, відбувається оцінка і словесної, і ЖМ як рівноправних і повноцінних засобів спілкування; по-друге, визнання необхідності вдосконалення словесної мови глухих і ЖМ чуючих (вчителів, перекладачів, батьків).

Під ТК ми розуміємо право глухої дитини використовувати всі форми спілкування при здобутті освіти. Основною турботою шкіл на даний час є необхідність забезпечення сімей певними навичками, потрібними для природного спілкування в сім'ї. Батьки повинні усвідомити, що мова — це скоріш зброя, а не навичка, що вимагає навчання, знаряддя, яким можна скористатися для поліпшення якості взаємовідносин між членами сім'ї. Комунікація, що розглядається з цієї позиції, стає важливим елементом процесу гуманізації. Про це говорив у 1980 р. доктор Ханс Фурс: *«У період раннього дитинства основним є спілкування, мова потрібна не для отримання інформації, а для виразу відносин в сім'ї. Ніколи не повинні батьки і діти відчувати навчання мові як закінчений процес, саме по собі знання мови ніколи не забезпечить здорового розвитку особистості глухої дитини. Ми обговорюємо не словесну мову, не кальковане словесне мовлення, не американську жестову мову, а якість стосунків в сім'ї глухої дитини».*

Визнання ЖМ як основоположне право з боку глухої дитини, змінило не тільки філософію і практичну діяльність усередині шкіл, але, що важливіше, внесло зміни в процес взаємин «дитина — батьки» у 80-х роках ХХ ст. До цього часу вчителі глухих недооцінювали значення рівня взаємин в сім'ї глухої дитини. У навчанні глухих існувала тенденція, спрямована на зосередження основної уваги тільки на інвалідності. Ось чому до цього часу основний акцент спрямовується на проблеми мови і слуху. У навчанні глухих дуже мало уваги приділяється особистісному розвитку глухих дітей. Незважаючи на це, що повне розповсюдження ЖМ в школах стало об'єктивною реальністю, все-таки ми і далі стикаємося з труднощами розуміння того, що важливо для інтелектуального розвитку глухого. Розуміння критичної взаємозалежності між зором і мисленням отримало належну увагу і роз-

виток тільки останніми роками. Можливо, що деякі глухі люди, подібно до геніального вченого **Альберта Ейнштейна**, який мислив, уявляючи все у вигляді візуальних образів, можуть звільнитися від обмежень мислення на основі словесної мови і можуть «включати» нові способи мислення, засновані на зоровій модальності. Вчений Бернад М. Паттен говорив: *«Більш відкрите відношення до незвичайного процесу мислення і використання модальностей несловесних відчуттів може підвищити наше розуміння джерел сили розуму»*, і описав випадок з Альбертом Ейнштейном. Паттен припускає, що цей науковий геній володів здатністю використовувати незвичайний спосіб візуального мислення, хоча мав великі проблеми з вербальною модальністю. Припущення полягає в тому, що наша сучасна спеціальна система навчання з її лише словесною орієнтацією може відіграти роль чинника, гальмуючого реалізацію повного потенціалу генія, який володіє візуальним мисленням. Суть проблеми в тому, що з введенням ЖМ у дітей можуть сформуватися нові навички мислення. З розповсюдженням ТК і ЖМ ми можемо почати дослідження можливостей мислення ЖМ. Одне з питань розвитку людини, на яку необхідно звернути увагу, це доступність до вільного спілкування для глухих. Деякі дослідники стверджують, що глухі діти з чуючих сімей показують нижчий соціальний розвиток (Міклеваст, 1964; Нафін, 1933, Горрел 1971), ніж глухі діти глухих батьків. Останніми роками це питання отримало подальший розвиток. Результати одного з досліджень показують, що глухі діти до юнацького віку стикаються з великими труднощами, ніж чуючі діти (Бахара, 1980). Автор пише: *«Ми вважаємо, що збіднене мовлення і труднощі усного спілкування притуплюють життєвий досвід взаємин і реакцію навколишнього середовища, залишаючи глуху дитину у відносно ізольованому стані в спілкуванні, сприйнятті і соціалізації. Іншими словами, виходить, що глухота перешкоджає і обмежує досвід взаємин між глухою дитиною й іншими людьми і, таким чином, перешкоджає розвитку соціального досвіду»*. Дуже важливо, щоб батьки розуміли, що глухота веде до ізоляції, ставить бар'єри між дитиною і оточуючими. Сучасні школи повинні забезпечити сім'ї

певними навичками, необхідними для стимуляції якісних природних взаємин. Дуже важливо, щоб в школі і сім'ї усвідомили, що дитина усвідомлює себе як особистість лише у стосунках з іншими людьми.

Завдяки ЖМ глухій дитині стають доступними і сприймає навколишні люди і весь світ. Це розцінюється як основне право людини.

ТК призначена для того, щоб дати глухій дитині право виражати свої думки і відчуття в процесі спонтанного мовного розвитку, право вільно вибирати засіб спілкування в тій чи іншій ситуації, виховувати в глухих дітях відчуття самоповаги й упевненості, які розвиваються за успішного спілкування. Використовувати ЖМ в ТК варто якомога раніше, з моменту діагностування глухоти. Це значною мірою ліквідує дефіцит інформації, яку починає відчувати дитина, позбавлена слуху з дитячого віку. Надалі це допоможе глухій дитині уникнути соціальної ізоляції, яка неминуче чекає глухих людей, які не знають ЖМ, оскільки більшість з них не опановують словесну мову в такій мірі, щоб вільно спілкуватися із чуючими. Оскільки невід'ємною частиною ТК є використання словесних засобів в навчанні дітей з порушеннями слуху і вдосконалення їхнього усного і письмового мовлення, прихильники ТК застерігають від недооцінки уроків з розвитку мови і слухового сприйняття.

ТК передбачає використання технічних засобів, зокрема слухових апаратів, що полегшують комунікацію глухих. Деякі дорослі глухі, які мали втрату слуху 100 – 120 дБ, і які постійно користуються СА в повсякденному житті, підкреслили, що застосування СА полегшує їм сприйняття усного мовлення, допомагає орієнтуватися на вулиці, одержувати інформацію про звуки при перегляді кінофільмів і т.д. Крім СА, на допомогу глухим слід додати й інші технічні засоби, такі як підсилювальна апаратура для прослуховування теле— і радіопередач, світлові сигнали під час дзвінків, крику дитини та ін.

Тому, ТК — це філософія комунікації, основні ідеї якої повинні використовуватися для побудови педагогічних систем. ТК вклю-

чає весь арсенал як лінгвістичних, так і нелінгвістичних засобів. Сюди входять словесна мова (усне мовлення, що сприймається зорово і слухо-зорово, письмове мовлення, дактилологія), жестова мова глухих, КЖм, пантоміма, вказівні жести, міміка тощо.

6.3. БІЛІНГВІЗМ

Кожна нечуюча дитина, незалежно від ступеня порушення слуху, має право на двомовність. Наукові дослідження білінгвального навчання давно засвідчили, що глухим дітям обов'язково треба володіти та користуватися двома мовами, а саме жестовою і словесною мовою, щоб повністю розвинути свої когнітивні, мовні та суспільні здібності (СМ дитина повинна, якщо можливо, володіти не лише письмово, але й усно).

Для чого дитині потрібна мова? Нечуюча дитина повинна, так само як і чуюча дитина, справлятися з певними завданнями за допомогою мови:

1. Якомога раніше спілкуватися з батьками і сім'єю. Чуюча дитина починає опановувати мову з перших днів свого життя за умови, що вона має можливість сприймати мову. Завдяки цьому розвиваються емоційні стосунки між батьками і дитиною. Глуха дитина теж має право на такі стосунки зі своїми батьками. Вона повинна мати можливість нормально спілкуватися з мамою і татом природною мовою. Для встановлення і зміцнення щирих і близьких стосунків між батьками і дитиною така комунікація повинна початися якомога раніше.

2. З дитинства розвивати когнітивні здібності. За допомогою мови дитина формує когнітивні здібності, які є необхідними для її розвитку (думка, узагальнення, запам'ятовування тощо). Якщо мови немає або якщо існуюча мова є неприродною, або погано сприймається, то дитячому розвитку когнітивних здібностей може бути нанесена велика шкода.

3. Набувати знань за допомогою мови. За допомогою мови дитина набуває основних знань про навколишнє середовище, а саме шляхом спілкування з батьками і родичами, з іншими дорослими та дітьми. Ці знання є необхідною основою для шкільного

навчання. Вони, у свою чергу, забезпечують розуміння мови, адже справжнє розуміння мови без відповідних знань про світ неможливе.

4. *Нормально спілкуватися з оточенням.* Нечуюча дитина так само, як і чууюча, повинна мати можливість нормально спілкуватися з навколишнім світом (з батьками, братами і сестрами, іншим дітьми, вчителями, дорослими та ін.). Дитина повинна мати можливість якомога більше брати участь в розмовах і при цьому користуватися мовою, яка їй доступна, тобто, іноді жестовою, іноді словесною мовою, а в деяких випадках навіть обома мовами поперемінно.

5. *Адаптуватися до життя у двох світах.* Дитина повинна з часом стати активним членом тих двох світів, в яких вона живе. Вона повинна, хоч би частково, ідентифікувати себе з світом чуючих, тобто зі світом батьків і сім'ї. Але дитина повинна також якомога раніше вступити в контакт зі світом глухих. Дитина повинна відчувати себе добре в обох світах, і до деякого ступеня розглядати себе як члена двох світів. Треба спробувати зробити все, щоб дитина рано відкрила обидва світи і без труднощів інтегрувалася в них.

Мета — білінгвізм. Лише коли дитина володіє обома мовами — жестовою і словесною — вона зможе рано спілкуватися з батьками, розвивати когнітивні здібності, отримати знання про світ, спілкуватися з навколишнім їй середовищем і звикнути до життя у двох світах, а саме в світі глухих і в світі чуючих.

Який вид білінгвізму? Наша мета — білінгвізм, що складається з жестової та словесної мови (якщо можливо, нечуюча дитина має опанувати словесну мову не лише письмово, але й усно). Ці дві мови, звичайно, для кожної дитини відіграють різну роль (для деяких дітей ЖМ є важливішою, ніж словесна мова, або навпаки, а в деяких випадках обидві мови є рівноцінними). Крім того, існують різні види глухоти, і в результаті цього, зустрічаються різні типи білінгвізму, тим паче, що взаємодія між цими двома мовами є складною (чотири мовні навички, дві системи виробництва мови і дві системи розуміння мови). З цього виходить, що більшість глухих дітей повинна бути двомовною і бікультурною. Глухі діти

щодня користуватимуться двома мовами і, таким чином, будуть членами двох світів — світу глухих і світу чуучих.

Яку роль відіграє жестова мова? Діти зі значним порушенням слуху повинні вивчати жестову мову як першу мову (або одну з двох перших мов). ЖМ — це багата природна мова, яка дозволяє дитині розвивати повноцінне спілкування. Дитина може раніше і краще спілкуватися з батьками за допомогою ЖМ, ніж за допомогою словесної мови (за умови, що батьки якомога раніше вивчили ЖМ). ЖМ є стимулом для швидкого розвитку когнітивних і соціальних здібностей. За її допомогою дитина набуває знань про світ і, коли вона вступає з ним в контакт, зникає до світу глухих (який є одним з двох її світів). ЖМ, крім того, полегшує дитині оволодіння словесною мовою як письмово, так і усно. Адже відомо, що хороша компетенція в першій мові (або жестовій, або словесній) полегшує вивчення другої мови. Крім того, ЖМ є підставою того, що у дитини буде рідна мова. Нарешті, дитина, що володіє ЖМ, отримує хорошу мовну основу, адже відомо, що, не дивлячись на нові технологічні засоби і старання дитини та її вихователів, рівень володіння словесною мовою часто залишається незадовільним. Хто чекає, поки дитина досягне певного рівня словесної мови, не даючи їй саме ту мову, яка відповідає її потребам, тобто позбавляє дитину можливості вивчити ЖМ, — ризикує, бо дитина може відстати в розумовому, емоційному і соціальному розвитку.

Яку роль відіграє словесна мова? Бути двомовним, значить, володіти і користуватися двома мовами. Отже, другою мовою нечууючої дитини є словесна мова в письмовій і/або усній формі. Це мова іншого світу, членом якого є нечууюча дитина, світу її чуучих батьків, братів і сестер, сім'ї і майбутніх друзів. Якщо люди, які оточують її, не володіють ЖМ, дитина повинна мати змогу, хоч трішки, спілкуватися з ними їхньою мовою. Крім того, за допомогою писемного мовлення дитина буде спроможна набувати великі знання, спочатку вдома, а потім в школі. Від ступеня володіння словесною мовою, хоч би в її письмовій формі, значною мірою залежить майбутнє глухої дитини, успіх в освітній діяльності, а також — у трудовій діяльності.

Ми вважаємо своїм обов'язком дозволити дитині засвоїти дві мови: жестову (як першу мову при значному порушенні слуху) і словесну. Щоб вивчити дві мови як слід, дитина повинна вступити в контакт з обома мовами і відчувати необхідність користуватися ними. Хто покладається лише на словесну мову, спираючись на останні технологічні досягнення, той ризикує майбутнім дитини, тобто її емоційним розвитком, і, крім того, заперечує факт, що глуха дитина повинна звикнути до життя у двох світах. Як би не склалося її майбутнє, на якому б з двох світів вона остаточно не зупинилася (якщо вибере лише один з двох світів) — рання двомовність відкриє перед нею більше можливостей. Можна не знати дуже багато мов, але можна знати дуже мало мов — особливо, якщо від цього залежить власний розвиток. Нечуюча дитина має право на двомовність, і можливість вивчити дві мови з раннього віку є запорукою успішного майбутнього.

Хочемо навести приклад листа-зізнання глухого хлопця чуючих батьків, який зазирнув лише у світ чуючих, і був залишений сам на сам у світі тиші без права вибору через упередження батьків.

ДИВНИЙ СМУТОК

З того часу, як я заговорив, я ніколи не знаю, що хочу сказати.

Розмовляти людина вчиться від своїх батьків чи від інших людей копіюючи їх, бо має потребу брати участь в чомусь, чого вона ще не розуміє. Але зрозуміло також, що якщо людина не навчиться вживати мову, то вона ніколи й не зрозуміє цього.

Зрозуміло, що спочатку ти також не маєш жодної уяви про те, що означає це розуміння. Це лише слово, яке з'явиться на майбутніх етапах. І навіть тоді мине ще багато часу, поки ти зрозумієш, що це воно могло б означати.

Коли ти маленька дитина, розмова потрібна для того, щоб брати участь в чомусь та отримувати те, що тобі треба. І якщо ти не можеш — виникає це дивне почуття смутку і оскільки в тебе немає слів, щоб це почуття висловити, ти можеш лише заплакати.

Це той примітивний плач, який ти врешті-решт перебореш. Бо

ти зауважиш, що самим лише плачем ти нічого не досягнеш. Му- сиш, отже, навчитися говорити і формулювати в прийнятній фор- мі те, що спричиняє в тобі цей плач. А прийнятна форма — це та, що дасть змогу іншим зрозуміти тебе. Що в тебе щось болить, або що ти не можеш знайти свою улюблену іграшку. Тоді ти матимеш шанс, що тебе зрозуміють, бо вони вже одного разу були в подібній ситуації.

Тим часом ти живеш з цим почуттям дивного смутку. «Інші» не є твоїми ворогами; відколи ти народився, вони роблять все, що в їхніх силах, щоб допомогти тобі призвичаїтись до життя, якого ти не просив. Пізніше дуже часто ці «інші» скажуть тобі, що вони також про це не просили. Так, ніби всі разом ви пливете в одному човні і немає дороги назад. Вони скажуть тобі про це, як тільки наважаться про це говорити. Всі човни заповнені тим самим по- чуттям дивного смутку, ніким не керованим, попри всі слова, що ти навчишся вживати.

Ставши достатньо красномовним, ти навчишся писати. Я від- крив для себе розмовну мову через письмо, але цей дивний смуток я ніколи так і не зміг висловити, я можу лише його відчувати.

Ремко Камперт
13.04.2005
Волькстрант.

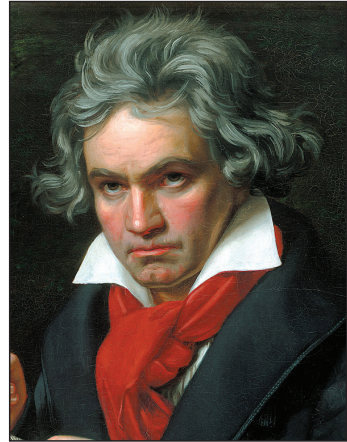
А чи відчуває Ваша дитина такий смуток?

Розділ 7

КУЛЬТУРА НЕЧУЮЧИХ



У світовій культурі є особливий прошарок — культура глухих, або як найчастіше його називають — *deaf-культура*. Її розвиток є, перш за все, беззаперечним свідченням талантів глухої людини. Немає такої сфери, де б нечуючі не проявили себе. Навіть у музиці є приклад геніального творця, позбавленого слуху. Це **Людвіг ван Бетховен** (1770–1827). І таких непересічних особистостей серед глухих дуже і дуже багато: письменників, поетів, художників, акторів... Саме тому батькам слід звернути найретельнішу увагу на виявлення і розвиток здібностей нечуючої дитини, зробити все для того, щоб вона отримала відповідні знання у тій чи іншій галузі мистецтва, займаючись з досвідченими педагогами у гуртках і студіях.



Людвіг ван Бетховен

Невід’ємною важливою часткою культури глухих є ЖМ, яка виступає не лише як засіб спілкування і навчання нечуючих осіб, а й як засіб передачі ними різносторонньої інформації, у тому числі з культурного надбання спільноти глухих. Є навіть особливі види мистецтва, засновані саме на застосуванні ЖМ як культурного надбання нечуючих людей. Це такі жанри як художня розповідь мовою жестів, пісня у жестовому виконанні, театральні постановки жестовою мовою, зображення жестів в образотворчому мистецтві тощо.

Історія спільноти нечуючих людей яскраво свідчить, що зусилля, спрямовані на розвиток художнього смаку і різноманітних талантів нечуючої дитини, дають гарні плоди, і в результаті маємо яскраву, всебічно розвинену, адаптовану у соціумі особистість.

7.1. ЛІТЕРАТУРА

Людина, творчо обдарована, шукає можливість виразити свій внутрішній світ, звертаючись не лише до театрального і художнього мистецтва, а й до художнього слова.

Найбільш яскравим свідченням цього є творчість глухих поетів. Хоча багатьом саме сполучення слів «глухота» і «поезія» здається



Жоашен дю Белле

нонсенсом, є дуже багато прикладів яскравого поетичного обдарування у осіб, які мають значну втрату слуху. Це ще раз доводить, що вони відчувають мелодику і ритміку вірша не на слух, а душею, своїм внутрішнім глибоко розвиненим відчуттям ритму.

Широко відома творчість такого нечуючого французького поета як *П'єр Сансар* та *Жоашен дю Белле*.

Значну втрату слуху мав і український поет *Олекса Влизько* (1908 — 1934), талант якого був надзвичайної глибини і сили. Слух він втратив, уже навчаючись у школі, але глухота не завадила йому в отриманні вищої освіти і яскравому розквіті поетичного та публіцистичного таланту.

Серед найвідоміших його віршів — *«Дев'ята симфонія»*:

*«Вогню, вогню! — Надлюдської любові!
Хай кров кипить у грудях молодих...
Беру тебе, о світе мій терновий,
В обійми сонячні!»*

Недаремно ці поетичні рядки перегукуються з «Дев'ятою симфонією» ще одного «великого глухого» — Людвіга ван Бетховена, з яким Влизько поєднувала



Олекса Влизько

не лише втрата слуху, а й особливе творче світобачення. Успішну творчу діяльність молодого українського поета обірвала передчасна смерть у сталінських застінках.

Серед українських поетів різних поколінь, які мали значну втрату слуху, відомі **Олена Теліга, Ісаак Сапожников, Данійл Семенов, Микола Ниров, Галина Швець, Анатолій Симоненко** та багато ін.

Показовий приклад Анатолія Симоненка, який народився у 1936 р., а слух втратив у дев'ять років після менінгіту. Попри все, після закінчення Харківської спеціальної школи для глухих дітей, Анатолій здобув вищу освіту, став відомим нечуючим легкоатлетом, рекорсменом світу. Працював тренером і інструктором з фізичної культури, а вільний час присвячував поезії.

З-під пера цієї всебічно обдарованої людини виходять чудові рядки:

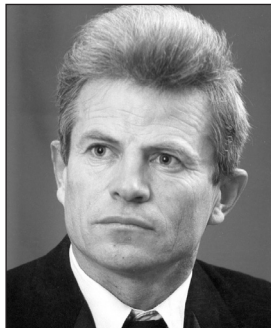
*«Мне глухота не омрачает счастья —
Гореть, идя сквозь время напролом.
Я за людей собой могу ручаться —
Не я, они построили мой дом!»*

Молодше покоління поетів представлено такими талановитими особистостями як **Микола Мачківський, Іван Стронський, Юлія Соловйова, Тетяна Воронова, Ірина Дуценко, Олена Краснокутська** та ін.

Відомий не лише поетичними, а й прозовими творами слабо-



Т. Воронова



І. Стронський



Ю. Соловйова



І. Дуценко



М. Мачківський



В. Богаєвський

чуючий письменник **Валентин Богаєвський** — член Спілки письменників України і Спілки журналістів України, лауреат премії імені Олени Пчілки.

Нечуючі літератори створили своє літературне об'єднання «Відлуння», яке діє за сприяння Центрального правління Українського товариства глухих. За підтримки УТОГ вони видали кілька колективних і приватних збірок, друкуються у багатьох періодичних виданнях, у тому числі й у щотижневику УТОГ «Наше життя».

Про діяльність газети «Наше життя» слід сказати окремо. Вона видається з 1967 р., розповсюджується за передплатою (індекс — 60981). Газета є друкованим органом УТОГ і всебічно висвітлює життя і діяльність нечуючих громадян України, розповідає про діяльність підприємств і організацій Товариства, подає новини з життя глухих за кордоном,

НАШЕ ЖИТТЯ
№ 14 (214) 21 травня 2011 року ГАЗЕТА УКРАЇНСЬКОГО ТОВАРИСТВА ГЛУХИХ Випуск № 1087 год.

НА КОНФЕРЕНЦІЇ КИЇВСЬКОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ УТОГ

Вітання з Днем народження 2011 року
Вітання з Днем народження 2011 року
Вітання з Днем народження 2011 року

ВЕЛИКОПІСЬКО
В КАЗЕТНИЦІ
ПЕВНИЙ РІТМ

УГОРОДСЬКИЙ СПЕЦІАЛ

КАНАДСЬКІ НОТАТИ

БАТЬКО ДАМ ЗАСАВ

ДВІ СТОРОНИ ЖИТТЯ

Щотижневик УТОГ

надає консультації спеціалістів з різних питань, у тому числі батькам з проблем виховання та навчання дітей з порушеннями слуху. На шпальтах газети також постійно друкуються поетичні і прозові твори нечуючих авторів. За ініціативи колективу редакції проводяться літературні зустрічі і семінари.

У штаті і поза штатом редакції працювали і працюють обдаровані нечуючі журналісти: **Іван Щербанюк, Абрам Росинський, Валентин Богаєвський, Юлія Соловйова, Марина Макуха, Наталія Каменська** та інші.

На базі редакції діє первинна організація Спільки журналістів України, видаються численні збірки прози та поезії нечуючих авторів.

7.2. ТЕАТР І КІНО

Людам з порушеннями слуху властиве тонке відчуття прекрасного, особливо їх вабить світ театру. І в цьому нічого дивного немає, оскільки в самій природі ЖМ закладені елементи театральності, а нечуючим людям (особливо дітям) властива особлива спостережливість, уважність до найхарактерніших рис поведінки, зовнішності, артикуляції, манер тощо. Відсутність слуху компенсується в них особливою здібністю помічати щонайменший рух і копіювати його. Власне, тому серед глухих дуже багато артистичних натур, які вдало передають мовою руху, жестів, пластики найтонші зміни настрою, характер героїв, мотиви вчинків.

Василь Борисович Зворикін, глухий режисер, артист, художник, сказав такі слова про роль театрального мистецтва у духовному збагаченні глухої людини: *«Я думаю, що якби не було театру глухих, нам всім стало б дуже погано. Через свій фізичний недолік ми позбавлені радіо, звукового кіно, музики і багато чого іншого, і єдине, що залишається, і що завжди має бути у нас, — це свій театр глухих!»*.

Ще в перших школах для глухих розігрувалися «сценки» за уривками з літературних творів. Наприклад, у Петербурзькому училищі глухонімих до 100-річчя з дня народження О.С. Пушкіна діти розігрували «живі картинки» за мотивами «Казки про рибалку і рибку».

В Україні найбільшого розквіту театральне мистецтво серед глухих досягло пізніше, вже після організаційного об'єднання в УТОГ, у діяльності якого широкої популярності досягли драматичні та хореографічні гуртки, народні самодіяльні театри. З перших кроків організацій і клубів глухих їхня діяльність була тісно пов'язана з розвитком самодіяльної творчості. На сьогоднішній день в УТОГ діють самодіяльні народні театри, багатьом з яких присвоєно звання «Народний». Це такі колективи як театр «**Ариадна**», який діє при Харківському будинку культури УТОГ, Одеський колектив «**Фенікс**» та багато ін.



І. Сапожников



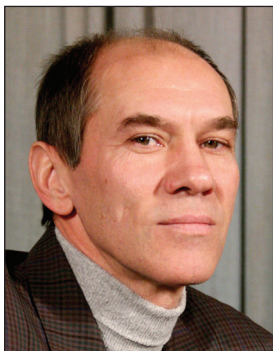
В. Лоос

Біля витоків театального мистецтва глухих в Україні стояли такі талановиті непересічні особистості як **Ісак Сапожников** та **Вікторія Лоос**. Вони втратили слух в юному віці, але змогли не лише самі реалізувати свої творчі здібності, а й допомогли в цьому сотням інших нечуючих людей. Ще у далекі 30-ті роки *XX ст.* вони багато зробили для розвитку театального мистецтва серед глухих в Україні, ставили різні за змістом і жанром вистави (російська і українська класика, сучасні п'єси).

У 1969 *р.* здійснилася мрія І.А. Сапожникова — у Києві на базі групи учасників художньої самодіяльності УТОГ був створений театр міміки і жести «**Райдуга**». Цей театр естрадно-циркового профілю — один з трьох існуючих у світі професійних театрів глухих (ще такі театри є в США і Росії).

Провідними акторами театру «Райдуга» є колишні активні учасники художньої самодіяльності. Наприклад, **Олександр Мягких** брав участь у шкільній художній самодіяльності з 5 кл. Був лідером драматичного гуртка в школі, а також активним учасни-

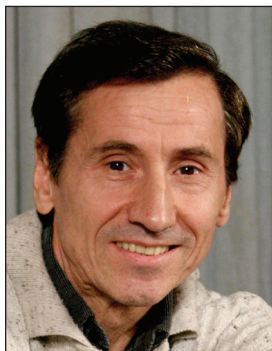
ком танцювальних номерів. У вихідні дні відвідував Будинок культури в Барнаулі (Алтайський край). Прочитавши оголошення в журналі «В едином строю» про набір молодих акторів, ознайомившись з вимогами конкурсу та маючи повну середню освіту, здібності в пантомімі, танцювальних рухах, Олександр вступив до театру. У 1999 р. О.Д. Мягких було присвоєно звання «Заслужений артист України». Майже такий шлях пройшли й інші нечуючі актори: **Ольга Кіраш** та **Олександр Кушніренко**. Маючи талант, великі творчі здібності у художньо-театральному мистецтві, були прийняті у професіональний театр «Райдуга». Зараз вони мають звання «Заслужений артист України», їхній стаж роботи в театрі складає понад 25 років.



О. Мягких



О. Кіраш



О. Кушніренко

У назві театру «Райдуга» відображена різнобарвність естрадно-циркових видів мистецтва, які немов сім кольорів веселки: естрада, драма, пантоміма, вар'єте, цирк, мюзик-хол, фольклорні танці.

Перша прем'єра відбулася у 1970 р., коли театр здійснив постановку вистави «Легенда про Райдугу», яку підготував головний режисер колективу М. Новосельський.

Успіхи театру склалися не за один день. Як лише створився колектив, при ньому почала свою роботу студія акторської майстерності, в якій викладали найкращі педагоги. Актори працювали й вчилися, засвоюючи всі таємниці нелегких жанрів.

В останні роки «Райдуга» значно розширила свій репертуар, звернувшись до класичної драматургії і сучасних форм постановки.

Якщо перші актори театру не мали професійної освіти і вийшли з рядів аматорів, які мали досвід гри на сценах клубів УТОГ, у подальшому нове покоління акторів навчалось і зараз навчається у Київській муніципальній академії естрадно-циркового мистецтва, в Університеті культури тощо.

Вперше на Україні у 1990 р. при Київській муніципальній академії естрадно-циркового мистецтва (колишній Київське державне училище естрадно-циркового мистецтва) був оголошений набір у групу нечууючих з підготовки артистів для Київського республіканського театру міміки і жести «Райдуга». Навчання проходило за спеціальністю «Естрадне мистецтво»: естрадний танець, пантоміма, акробатика, ляльководіння, ілюзія, сценічна жестова мова. Навчаючись в училищі, студенти одночасно працюють в театрі «Райдуга» для того, щоб поступово звикати до не легких вимог театру. Вони вивчають усі концертні програми, репертуар театру, дублюють ролі, а також беруть участь у художній самодіяльності в Культурному центрі УТОГ: гуртках клоунади, пантоміми, народного танцю, малих форм, драматичному гуртку — для подальшого розвитку та збагачення творчих здібностей.



В. Науменко

Наприклад, **Віталій Науменко**, випускник Київської спецшколи-інтернату № 9 для слабочуючих дітей, має неабиякий хист у художньо-театральному мистецтві, виконує номери з будь-якого жанру. Його дебют відбувся під час прем'єри вистави «**Добрий принц Ріке**», у якому Віталій виконував головну роль. Після закінчення училища В. Науменко працює у театрі за спеціальністю «Артист цирку». І не лише він, а й інші випускники та студенти залучаються до професійного театрального мистецтва.

Участь в роботі художніх гуртків спецшкіл сприяє різнобічно-

му розвитку глухих і слабочуючих дітей. Серед них є учні, які виявляють особливі здібності до театральної діяльності. І саме гуртова робота в школі допомагає їм визначити свій подальший життєвий шлях. Такі обдаровані діти прагнуть продовжити навчання у відповідних типах навчальних закладів.

Цікавий приклад – творчі успіхи учня Київської спецшколи № 6 для глухих дітей **Віталія Гарбузюка**, який, незважаючи на малий вік, вже має багатий досвід виступу на великій сцені, а нещодавно зіграв одну з головних ролей у кінострічці «Шанс» (режисер – О. Фомічов).



В. Гарбузюк

Щороку театр «Райдуга» оголошує творчий конкурс для талановитої нечуючої молоді. На цьому конкурсі виявляються кращі виконавці за сценічними даними, гнучкістю та пластикою, творчими здібностями та інтелектуальним рівнем.

Тим, хто успішно складає творчий конкурс, надається змога навчатися у Київській муніципальній академії естрадно-циркового мистецтва, а по закінченні її – працевлаштування до унікального театру для глухих.

Цей театр уподібнюється до національного театру, в якому артисти виконують свої ролі на мові даної національності. Його специфічність в тому, що мова ця – беззвучна. Але сценічна мова жестів має всі особливості театральної мови: передається інтонація, паузи і ритмічне інструментування.

Жестова мова глухих посилюється чудовою пластикою акторів. Завдяки цьому вони чудово передають найскладніші почуття і порухи душі. Про це свідчить одна з останніх постановок колективу «Райдуги» – пластична вистава **«Ассоль»** за мотивами феєрії О. Гріна «Червоні вітрила» (2007 р.) і вистава **«Дюймовочка»** (2008 р.) Таких прикладів за 40 років існування театру – досить багато.

Надзвичайна пластичність нечуючих людей, їхня спостережли-



*В. Гарбузюк з піснюю
«Ты не бойся, мама!»*



*Фрагмент вистави
«Дюймовочка»*



Фрагмент вистави «Ассоль»



На першому плані – В. Науменко у головній ролі Принца Ріке



Перші кроки до професійної театральної діяльності учнів Білоцерковської спецшколи-інтернату для дітей з порушеннями слуху



«Мрію бути актором» – О. Олійник, учень спецшколи-інтернату № 9, учасник художньої самодіяльності КЦ УТОГ

вість і здатність вдало копіювати рухи оточуючих — першопричина того, що великою популярністю у глухих користується мистецтво пантоміми. У паризькій школі пантомімічного мистецтва великого **Марселя Марсо** займалися десятки учнів з 10 країн, причому третину склали якраз глухі діти, яких наставник вважав найздібнішими.

Марсель Марсо якось сказав, що *«глухий може стати актором і мімом, бо він проникає і вірить в страждання з такою гостротою, яка допомагає йому перевтілюватись. Жести глухого — це його мовчазний внутрішній крик... Міми перекладають нам мову рослин, риб, тварин і людей»*.

Сьогодні у США та інших країнах світу існує багато малих театрів і театральних колективів глухих. Деякі з них працюють в тісній співпраці з артистами, які добре чууть.

Відбуваються численні міжнародні театральні фестивалі і конкурси, на яких нечуючі аматори з різних країн демонструють своє мистецтво і здобувають заслужене визнання. Це такі заходи як міжнародні фестивалі культури «Сальвія», міжнародний фестиваль пластичних театрів, міжнародні конференції театрів глухих, фестиваль «Шлях глухих» в США (the Deaf Way Conference and Festival) тощо.

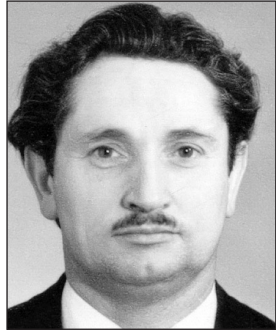
В Україні також проводяться числені конкурси і фестивалі для талановитих нечуючих людей: фестиваль самодіяльних театрів, конкурси ілюзіоністів, клоунів, виконавців пісні у жестовому виконанні. Переможці цих заходів представляють Україну на міжнародних фестивалях і конкурсах. Показовий приклад нечуючого ілюзіоніста із Запоріжжя **Анатолія Резника**, який неодноразово вигравав національні конкурси і гідно представляв Україну на міжнародних фестивалях глухих магів. Анатолій Резник виступає не один — при Запорізькому будинку культури глухих діє колектив оригінального жанру **«Калейдоскоп»**, у складі якого нечуючі ілюзіоністи успішно вдосконалюють свою майстерність і здобувають численні нагороди на всеукраїнських і міжнародних фестивалях.

Жанр клоунади серед нечуючих сформувався завдяки Полтавському колективу аматорів з 1985 р. під керівництвом **Бориса Зе-**

ленова, який працював керівником гуртка циркового мистецтва при міському Будинку культури м. Полтави. В тому ж році колектив отримав назву **«Полтавські галушки»** й здійснює гастролі по обласних містах України, бере участь у міжнародних фестивалях глухих клоунів, де здобуває перші та другі премії. Нещодавно цей унікальний колектив відсвяткував свій 25-річний ювілей.

Слід зауважити, що не лише професійні та заслужені артисти серед нечуючих проявляють свій талант на сцені Культурного центру УТОГ, а й ентузіасти, активні аматори, які знаходять вільний час після роботи та сімейних турбот і виходять на сцену. Ці люди віддані душею театральному мистецтву, вони відчують потребу у «спілкуванні» із глядачами, приносять їм велике задоволення, виступаючи на сцені. Нечуючі учасники художньої самодіяльності не раз виїжджали з концертними програмами в різні міста колишнього Радянського Союзу і міста та районні центри України. Нечуючі артисти-аматори заслуговують великої поваги серед глядачів. Серед них — корифеї Київського народного самодіяльного театру: **Євгенія Задніпровська, Володимир Скурчинський, Андрій Устенко, Леонід Філянін, Майя Суботська** та ін.

Молоді самодіяльні актори також нічим не поступаються старшому поколінню. Чудовим взірцем молоді для наслідування є життєвий шлях та творчий доробок талановитої випускниці Одеської спецшколи-інтернату для слабочуючих дітей **Євгенії Мазур-Волошиної** — балетмейстера Одеського бу-



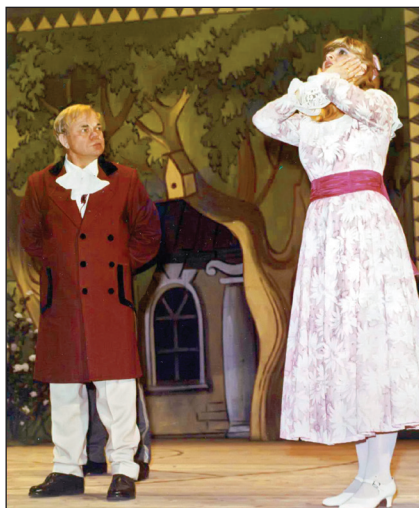
Л. Філянін



М. Суботська



«Полтавські галушки»



*А. Устенко,
фрагмент спектаклю*



*Є. Задніпровська,
фрагмент спектаклю*

динку культури УТОГ, керівника шоу-групи «Фенікс» та її солістки, учасниці відомої комік-групи «Маски». Про народний самодіяльний ансамбль танцю Одеського будинку культури та його солістку Є. Мазур-Волошину у 1991 р. Українською студією хронікально-документальних фільмів відзнято фільм *«Почута музика»*.

Євгенія по праву увійшла до Книги рекордів УТОГ як єдиний нечуючий балетмейстер. У 2007 р. їй було присвоєно звання «Заслужений працівник культури України».



Є. Мазур-Волошина

Є також яскраві свідчення участі глухих акторів у кіно. Наприклад, з усіх художніх фільмів про глухих найбільша популярність випала на долю фільму *Ренді Хайнес* (США), знятого по п'єсі «Діти меншого Бога». На Берлінському фестивалі в 1987 р. він отримав «Срібного ведмедя» за незвичність сюжету, а глуха артистка *Марлі Метлін* у 1986 р. отримала «Оскара» за головну роль Сарі. Актриса пояснювала причину успіху картини так: *«Люди вперше побачили світ, в якому живуть глухі (дія фільму відбувається в навчальному центрі для глухих), побачили їхню прекрасну мову міміки і жести. Окрім того, фільм став свого роду допомогою для тих, хто спілкується з глухими, працює з ними»*.



М. Метлін

Марлі Метлін зіграла також головні ролі у фільмах *«Уокер»* (1987) і *«Міст в тишу»* (1988). На її весіллі з офіцером Лос-Анжелеської поліції Кевіном Грандальські (чуючим), який спеціально вивчив ЖМ, були присутні 250 кінозірок Голлівуду і відомих осіб.

У Франції актриса театру глухих *Емманюель Лаборі*, глуха від народження, є справжньою кінозіркою. Вона знялася у фільмі німецького кінорежисера Кароліні

Лінк **«По той бік тиші»**. В основі його сюжету — історія чуючої дівчинки з музичними здібностями, дочки глухих батьків. Емма-ноель Лаборі зіграла роль мами дівчинки, а американський професійний глухий актор **Хові Суго** — роль батька. Картина була відзначена преміями багатьох фестивалів, висувалася на «Оскар». Це була вже п'ята робота Є. Лаборі в кіно. Вона успішно виступає і на телебаченні.

Є приклади успішної участі глухих у кіно не лише далекого зарубіжжя, а й в Росії та Україні.

Якщо говорити про радянське і російське кіно, то образи глухих — в основному епізодичні — були виведені у фільмах **«Щит і меч»**, **«Холодне літо 53-го»** (глуху жінку чудово зіграла відома російська актриса Ніна Усатова), **«Ніхто не хотів вмирати»**, **«Муму»** та ін. У 4-серійному телефільмі **«Професія — слідчий»** глухого Антона Крупаніна зіграв **Армен Джигарханян**.

У 1998 р. в Москві відбулася прем'єра фільма В. Тодоровско-го **«Країна глухих»**. Режисер Валерій Тодоровський в інтерв'ю журналу «Огонек» говорив про нечуючих: *«У моєму фільмі грають справжні глухі артисти — вони грають на своїй мові, і спілкуючись з ними, я багато що зрозумів. У мене немає відчуття їхньої неповноцінності — це звичайні люди, живі, з гумором. Мова жестів на мене справила сильне враження — вона така красива, це такий балет руками ... Мені дуже сподобалася ідея, що герої фільму говоритимуть на цій мові. Мова супроводжується ще і дуже красивою мімікою: вони обличчям програвали свої слова»*.

У епізоді цього фільму знялися професійні нечуючі актори — **Роберт Фомін, Сергій Бабак, Наталія Лошкарьова, Михайло Ніязов**. Але кращі ролі глухих були віддані чуучим акторам. На Заході, між іншим, подібні прийоми не схвалюються глухими. Навіщо чуучим прикидатися глухими, якщо є глухі артисти, які можуть достовірно передати образ?!

Є й в Україні яскравий приклад, коли у 1979 р. глухий актор театру «Райдуга» **Василь Стьопкін** зіграв головну роль (!) фермера Джо Каллона у фільмі **«Лобо»** (режисер — І. Негреску). На виставах театру «Райдуга» цей талановитий артист зіграв чимало

яскравих ведучих ролей. У 1993 р. він був нагороджений I премією Міжнародного фестивалю глухих клоунів, а у 1996 р. йому присвоєно звання Заслуженого артиста України. Розпочинав свій шлях на велику сцену В. Стьопкін зі шкільної і клубної самодіяльності (він — випускник Дніпропетровської спецшколи-інтернату для слабочуючих дітей). Власне, тут він вперше виконав роль великого коміка Чарлі Чапліна. Це вдале перевтілення знайшло своє продовження й у виставах театру «Райдуга».



В. Стьопкін

В.В. Стьопкін проявив себе й у педагогічній діяльності (у 1996 р. він закінчив Київський педагогічний інститут імені О.М. Горького, за спеціальністю — сурдопедагог). Василь Васильович, працюючи вчителем трудового навчання, завжди знаходить можливість у позачасний час навчати учнів акторської майстерності. Для нечуючих дітей дуже важливим є те, що він — професійний актор, який володіє всіма жанрами театрального мистецтва, є взірцем для наслідування у професійно-технічній та театральній діяльності. Більшість учнів з великим бажанням відвідують драматичний гурток, оскільки їм легко спілкуватись й розуміти нечуючого керівника, який добре володіє жестовою і словесною мовами. З такими виставами, як «Бобик у гостях Барбоса», «Троє поросят» та інші, діти виступали не лише на шкільній сцені, а й у Культурному центрі УТОГ.

Ще один приклад участі нечуючих акторів у кіно стосується сучасного українського кінематографу. У 2009 р. відзнято стрічку «*Глухота*». Режисер цієї короткометражки — Мирослав Слабошпицький. Ця 11-хвилинна соціальна драма з життя вихованців школи-інтернату для глухих відзнята за участю глухих акторів театру «Райдуга».

Ще одну короткометражку під назвою «*Шанс*» відзняв слабочуючий режисер **Олександр Фомічов**. Це дебют талановитого юнака у кіно. Він — професійний актор театру «Райдуга», майстерно проявив себе у багатьох жанрах мистецтва.



Ю. Стоцька

Є й інші приклади участі нечуючих українських молодих акторів у кіно — у сучасному серіалі *«Повернення Мухтара»* у ролі глухої дівчини знялась молода талановита актриса театру «Райдуга» **Юлія Стоцька**, яка ще під час навчання у столичній школі-інтернаті № 18 для слабочуючих дітей активно брала участь у художній самодіяльності.

На прикладі акторів театру «Райдуга» бачимо, що перші кроки у світ театрального мистецтва нечуючі діти роблять у дошкільних установах і школах, у студіях при клубах глухих. Тут існують гуртки пантоміми, клоунади, театрального мистецтва, пісні у жестовому виконанні, заняття в яких ведуть як чуючі, так і глухі керівники, які є яскравим взірцем для юних талантів. Нечуючі діти, особливо ті, хто має певні залишки слуху, можуть відвідувати і звичайні гуртки і студії разом зі своїми чуючими однолітками.

Уважно поставившись до розвитку здібностей нечуючої дитини, батьки разом з педагогами сприятимуть виявленню нових талантів, формуванню найкращих творчих якостей і зростанню яскравої людської особистості.

7.3. ОБРАЗОТВОРЧЕ МИСТЕЦТВО НЕЧУЮЧИХ

Особливий, спричинений відсутністю слуху, погляд на оточуючий світ, потяг до художнього мистецтва, вміння передати за допомогою пензля і фарб найтонші відчуття і почуття — все це прищепити багатьом нечуючим людям.

Як правило, вони сприймають за допомогою зору більше предметів і явищ навколишнього світу, ніж чуючі люди. І не дивно, що багато глухих проявляють схильність до образотворчої діяльності і часто досягають великих успіхів.

Недаремно всесвітньо відомий художник **Леонардо да Вінчі** вимагав вивчення міміки і жестів тіла глухих: *«Гарний живописець повинен писати дві головні речі: людину і стан її душі. Перше*

— легко, друге — важко, оскільки воно має зображатися жестами і рухами частин тіла. Цьому слід вчитися у нечуючих — вони роблять це краще, ніж інші люди.

Дуже добре будуть помітні дрібниці в окремих жестах у глухих, що не вміють малювати, хоча серед них небагато таких, які, спілкуючись з людьми, не допомагали б собі малюнками; отже, вчися у глухих робити рухи, які виражали б уявлення душі того, хто говорить».

Перші згадки про глухих художників сягають сивої давнини. Відомі імена глухого з народження художника Квінта Педіуса, сучасника давньоримського імператора Августа.

Бернардіно ді Бетро ді Бьяджі (Пинтуріккіо), **Хуан Фернандес Наваретта** (на його могильній плиті в Толедо накреслена епітафія великого іспанського поета і драматурга **Лопе де Вега**: «Він був німим, але його портрети промовляють»), **Хайм Лопес**, **Фелікс Марті** — це лише деякі імена відомих художників з Італії, Іспанії, Франції, Німеччини, Нідерландів та ін. країн.

Численні приклади непересічних художніх талантів серед глухих є й у царській Росії.

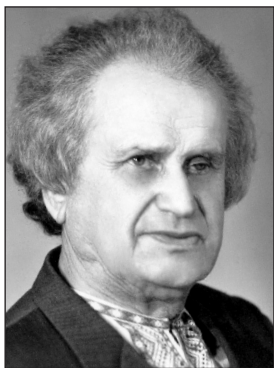
«Кажучи про малювання, ми вступаємо в дійсну стихію глухонімих. Глухонімі починають малювати оточуючі предмети, коли вони ще не навчилися розмовляти» — писав директор Санкт-Петербурзького училища глухонімих **Віктор Флері**. Академік живопису Г. Венеціанов підмітив, що *«глухонімі, позбавлені задоволення цілком насолоджуватися предметами, що відносяться до світогляду, не позбавлені можливостей відчувати витончене і вникати у дрібниці того, що охоплює зір. Глухонімі, позбавлені можливості займатися історичним живописом, мають спрямовуватися до двох видів: портретного і ландшафтного, як доступних їхнім органам; ті, що не мають дару стати у цих двох видах самостійними художниками, можуть сприяти літераторам, зоологам, ботанікам, мінерологам, нумізматам та ін. ... Можна підготувати кілька глухонімих до видання літографією наших російських монет, медалей та ін.»*

У Російській імперії серед глухих було немало талановитих

художників. Першим професійну освіту отримав нечуючий викладач живопису в Петербурзькому училищі глухонімих **Павло Батенін**, що виявив, як написано в його атестаті, «в навчанні малювальному мистецтву досить значний успіх».

Найвідоміші глухі російські художники: **Карл Гампельн** (1794–1860), **Олександр Беллер** (1800–1880), **Олександр Степанов** (1861–1911) та ін. Слід особливо відзначити, що саме глухі художники (Батенін, Гампельн, Беллер) були першими глухими вчителями в Росії, а **І.К. Арнольд**, що отримав срібну медаль Дрезденської Академії мистецтв, був засновником Московського Арнольдо-Третяковського училища глухонімих.

Відоме також ім'я вихідця з України **Євгена Столиці** (1870–1929), який навчався в Петербурзькій Академії мистецтв у прославленого А.І. Куїнджі.



О. Саєнко

Ще один видатний глухий художник — **Олександр Саєнко** (1899–1985) продовжував традиції народного українського мистецтва. ЮНЕСКО внесло його ім'я в список видатних діячів мистецтва.

Олександр Саєнко навчався у м. Києві, здобуваючи художню освіту нарівні з чуючими студентами. Сьогодні справу свого батька і діда продовжують його донька і онука, які організували художню студію для занять з нечуючими дітьми.

Пізніше, у 60-ті роки ХХ ст., почалася планомірна підготовка нечуючих художників на художньо-оформлювальному відділенні політехнікуму Ленінградського відновлювального центру (ЛВЦ) в м. Павловську. Це відділення закінчило чимало талановитих нечуючих художників з України. Найобдарованіші продовжили навчання в академіях мистецтв Москви та Києва. Серед найвідоміших митців середнього покоління: **Анатолій Риженко-Янковий**, **Володимир Пархоменко** та ін.

Втративши слух у дитинстві, Володимир Пархоменко закін-

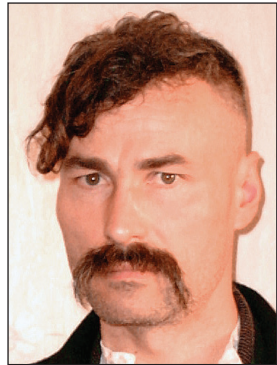
чив спеціальну школу-інтернат, де яскраво проявився його художній талант. Після навчання у політехнікумі ЛВЦ здобув вищу художню освіту в Києві, в Українській академії мистецтв. Зараз він не лише успішно займається творчістю, а й навчає мистецтву живопису студентів, викладаючи у Відкритому міжнародному університеті розвитку людини «Україна».

Широке визнання мистецтвознавців і любителів живопису отримали роботи сучасників: **Михайла Поплавка, Юрія Тямушкіна, Дмитра Якутовича, Зіновія Берези** та багатьох ін. Серед них є члени Співки художників України.

Всі вони — активні учасники різноманітних художніх виставок, у тому числі й міжнародних. Зокрема, українські художники беруть активну участь у традиційній міжнародній виставці в м. Трані (Італія). Часто відбуваються художні виставки і персональні експозиції і в Україні. У Києві проводиться щорічна Міжнародна виставка нечуючих художників **«Київські каштани»**. Роботи глухих живописців можна побачити і на традиційних травневих вернісажах на Андріївському узвозі в Києві, а також під час традиційних виставок до Міжнародного дня інвалідів, Дня народження УТОГ.

Як і їхні попередники, багато хто з визнаних майстрів пензля працює з юними художниками, передаючи їм свої знання і вміння. Талановитих митців виховали Ю. Тямушкін, В. Пархоменко, М. Поплавко та ін.

Київські нечуючі художники створили свою творчу спілку «Натхнення», яка діє при Київській організації УТОГ. Очолює її **Михайло Поплавко**.



А. Риженко-Янковий



В. Пархоменко



Одна з робіт А. Риженка-Янкового



М. Поплавко та одна з його робіт

Як і багато інших обдарованих глухих людей, Михайло Юрійович приділяє велику увагу вихованню підростаючого покоління митців. Багато років він працював вчителем образотворчого мистецтва у Київській спецшколі-інтернаті № 9 для слабочуючих дітей.

Нечуюча молодь, яка має здібності до живопису та художніх ремесел, має змогу вдосконалювати свою майстерність, навчаючись у спеціальних групах для глухих при Ужгородському училищі імені А.М. Ерделі та при Львівському професійно-художньому ліцеї. У подальшому найобдарованіші з них поодиночки продовжують навчання у ВНЗ — художніх академіях та інститутах.

Таких прикладів багато, і завдання батьків — докласти всіх зусиль, щоб дати можливість своїй дитині, незважаючи на втрату слуху, розвинути свої здібності та таланти. Умови для цього є.

7.4. СПОРТИВНИЙ РУХ СЕРЕД НЕЧУЮЧИХ УКРАЇНИ

В 1922 — 1927 *рр.* в Україні нечуючі починають об'єднуватися у свої організації, в першу чергу у великих містах — Харкові, Києві, Одесі, Дніпропетровську та ін. Відкриваються клуби глухих, де поряд з іншими гуртками організуються фізкультурні гуртки з різних видів спорту: гімнастики, легкої атлетики, футболу, шахів, шашок. Ці гуртки очолювали нечуючі ентузіасти. Відбувались змагання на першість міста, в першу чергу — з легкої атлетики, шахів, шашок. Команди нечуючих з футболу брали участь у товариських матчах між клубами глухих міст. У гімнастиці практикувались показові виступи на сцені у вигляді побудови різноманітних гімнастичних пірамід. Часто в різних містах України проводились туристичні екскурсії на природу, походи вихідного дня.

Перша спроба проведення всеукраїнських змагань була здійснена у 1927 *р.* з легкої атлетики. 12—13 червня 1927 *р.* були проведені товариські зустрічі з футболу в Харкові між командами Харкова і Москви та між харківською командою «Пролетарська кузня» і збіркою глухих Харкова та Москви.

У 1931 *р.* було прийнято рішення про проведення Всеукраїн-

ської спартакиади глухих на честь Всесоюзної спартакиади 1932 р. Ця спартакиада відбулась 14–17 серпня 1932 р. в Харкові. В ній брали участь команди 9 міст. В програму спартакиади входили: п'ятиборство з комплексу ГПО (біг, стрибки, метання, стрільба, плавання), веслування, естафетний біг 4x100 м (2 чоловіки та 2 жінки), легкоатлетичний крос.

Після руйнівної війни, з 1946 р., фізкультурно-спортивний рух серед глухих України починає налагоджуватися. При клубах глухих створюються легкоатлетичні, футбольні, шахові секції, починають проводитися змагання на першість УТОГ, діють секції з волейболу та баскетболу. Республіканські змагання з волейболу та баскетболу проводяться поперемінно: рік — з баскетболу, другий рік — з волейболу.

В 1951 р. Комітет у справах фізкультури та спорту при Раді Міністрів УРСР надав практичну допомогу УТОГ в організації колективів фізкультури. Зросла масовість фізкультурно-спортивної роботи, у всіх обласних відділах УТОГ був виконаний план зі здачі норм на значок ГПО («Готовий до праці і оборони»).

На IV з'їзді УТОГ у 1952 р. було вирішено основну роботу по зміцненню фізкультурних колективів здійснювати на базі добровільних спортивних товариств «Труд» та «Спартак», добиватися підвищення спортивних результатів, практикувати участь глухих у загальних фізкультурних заходах, здійснювати підготовку громадських інструкторів з фізкультури.

Чимало хто з глухих спортсменів досягав високих результатів у спортивних змаганнях серед чуючих. Наприклад, велогонщик **Ісаак Гілберг** (Київ) неодноразово був чемпіоном і призером УРСР з велосипедного спорту, а потім багато разів був чемпіоном УРСР в гонках за лідером як мотоцикліст-лідер.

Спортсмени УТОГ починають впевнено виходити на всесоюзну арену. Вже в 1953 р. легкоатлети УТОГ беруть участь у Всесоюзних змаганнях в Ярославлі, де виступають досить успішно — команда Києва займає третє місце після команд Москви і Ленінграда, а збірна УТОГ — четверте місце.

Футбольна команда УРСР п'ять років поспіль (1960–1964 рр.)

утримувала звання чемпіона СРСР серед глухих і завоювала перехідний кубок Ради союзу спортивних товариств і організацій СРСР на вічне зберігання.

На найвищому форумі спортивного змагання серед глухих у світі найсильніші спортсмени з України неодмінно брали участь за збірну команду колишнього Радянського Союзу та обов'язково поверталися з медалями.

Вперше вони виступили на VIII Всесвітніх літніх іграх глухих, які відбулись у 1957 р. у м. Мілані (Італія). Тут успішно виступили легкоатлети: **Анатолій Симоненко**, **Файна Антонова** і **Микола Здот**, які здобули 6 золотих і одну бронзову нагороди.

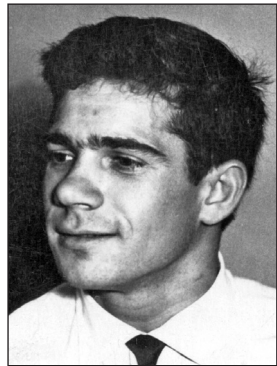
На наступних, IX Всесвітніх літніх іграх глухих, що відбулися у 1961 р. в Гельсінкі (Фінляндія), посланці Україні завоювали



А. Симоненко



Ф. Антонова

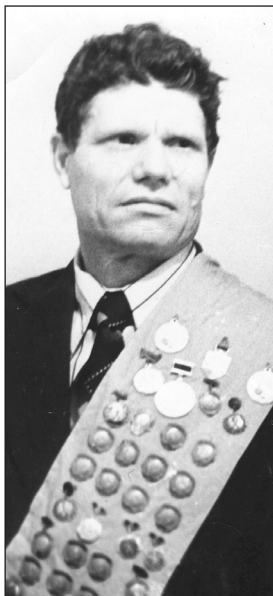


Л. Матюхін

7 золотих, 5 срібних та 2 бронзові медалі. Це легкоатлети **Файна Антонова**, **Валентина Примасюк**, гімнаст **Леонід Матюхін**.

Не гірше виступили спортсмени України і на X Всесвітніх іграх глухих 1965 р. у Вашингтоні (США), де завоювали 7 золотих, 2 срібні і 1 бронзову медаль — це легкоатлети **В'ячеслав Скоморохов**, **Файна Антонова**, борці — **Ілля Черчес**, **Василь Панін**.

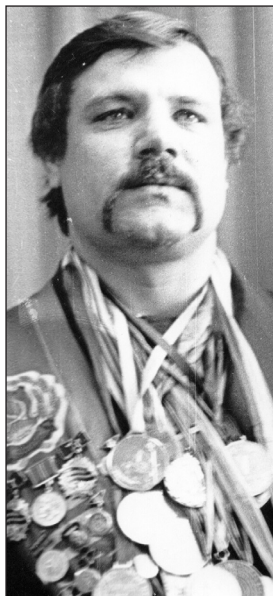
Вражаючого успіху досяг легендарний слабочуючий легкоатлет В. Скоморохов. Він, окрім участі у змаганні серед нечуючих спортсменів, став чемпіоном Європи серед чуючих спортсменів у 1969 р.



М. Здот



В. Скоморохов



В. Панін

Дефект слуху завадив йому стати призером на Олімпійських іграх в Мехіко (1970 р.), бо він на долю секунди пізніше зреагував на стартовий постріл пістолета. Його рекорд на дистанції 400 м з бар'єрами так й досі неперевершений в таблиці Міжнародного спортивного комітету глухих вже третій десяток років.

В ті роки організацією спорту серед нечуючих займався УТОГ, який систематично проводив республіканські та обласні першості Товариства з видів спорту. Крім того, розвивався масовий спорт для членів УТОГ, зокрема організувалися спартакиади серед підприємств і організацій УТОГ. Зокрема, для учнів спецшкіл-інтернатів УТОГ спільно з МОН організувалися республіканські змагання серед навчальних закладів з порушеннями слуху.

Але спорт глухих почав занепадати разом з економічними показниками країни на початку 90-роках, оскільки спорт глухих тоді фінансувався, здебільшого, за рахунок діяльності підприємств УТОГ.

За рекомендацією Міжнародного спортивного комітету глухих та Європейської спортивної організації глухих було прийнято рі-

шення створити Спортивну федерацію глухих України. Створена у 1992 р., СФГУ є всеукраїнською громадською неприбутковою організацією, яка об'єднує нечуючих спортсменів і спеціалістів України та визнає статuti, принципи Міжнародного спортивного комітету глухих, Європейського спортивного комітету глухих і здійснює свою діяльність у тісній взаємодії з Національним комітетом спорту інвалідів України та ін. організаціями, в тому числі з державними.

Вищим керівним органом СФГУ є конференція. На місцях діють осередки СФГУ, які, в свою чергу, об'єднують місцевих глухих спортсменів і спеціалістів. У деяких федераціях для більш ефективної роботи створюються місцеві клуби з видів спорту, які працюють на громадських засадах. Так, наприклад, Київський міський осередок СФГУ у 2010 р. об'єднував 16 клубів з видів спорту та 3 колективи фізичної культури спецшкіл-інтернатів з порушеннями слуху.

Пізніше був створений Український центр з фізичної культури і спорту «Інваспорт» — державний орган, який відповідає за розвиток спорту інвалідів усіх нозологій та фінансується з державного бюджету України. Відповідно в регіонах також були створені і діють по цей час регіональні центри «Інваспорт» та дитячо-юнацькі спортивні школи інвалідів. Їх фінансування відбувається за рахунок місцевого бюджету. Саме в цих організаціях працюють тренери і спортивні секції для глухих дітей і дорослих спортсменів, а Український центр «Інваспорт» утримує штатну команду збірних команд інвалідів України з різних видів спорту та фінансує спортивні заходи національного й міжнародного рівнів.



*Емблема
Спортивної федерації
глухих України*



*Емблема Київської
міської федерації з
фізичної культури і
спорту глухих*

Оперативно спрацював перший склад виконкому СФГУ (перший президент — **Василь Сандугей**), який зумів в останій момент



В. Сандугей

зробити заявку від першої незалежної команди України на участь у Всесвітніх Іграх у м. Софії 1993 р. Там нечуючі українські спортсмени здобули перші 2 золоті медалі Ігор в історії самостійної України. Це зробила легкоатлетка з Харкова **Світлана Городок** на дистанціях 200 і 400 м.

За державної підтримки спорт нечуючих в Україні почав розвиватися і прогресувати. Про це свідчать цифри: 1997 рік (м. Копенгаген, Данія) — 5 золотих, 9 командне місце серед країн-учасниць по кількості золотих медалей; 2001 рік (м. Рим, Італія) — 10 золотих, 4 командне місце. І нарешті, 2005 рік (м. Мельбурн, Австралія) — 20 золотих і перше командне місце, 2009 рік (м. Тайпей, Тайвань) — 20 золотих, друге командне місце.

Також на останніх зимових Іграх в м. Солт-Лейк-сіті (США) молоді лижники з України виступили успішно (4 срібні і 3 бронзові медалі).

7.5. ВИДИ СПОРТУ СЕРЕД НЕЧУЮЧИХ

БАСКЕТБОЛ. Цей вид спорту серед глухих України почав поширюватись на початку 50-х років. Спочатку він розвивався в Одесі, Харкові, Києві, Львові. Перший чемпіонат УТОГ з баскетболу серед чоловічих та жіночих команд був проведений у 1952 р. Першими чемпіонами були чоловіча та жіноча команди Одеси. До 1965 року чемпіонати УТОГ з баскетболу проводились раз на два роки, чергуючись з чемпіонатами з волейболу (рік — баскетбол, наступний рік — волейбол). Така практика не сприяла справжньому розвитку цих видів спорту, бо одні й ті ж спортсмени грали і в баскетбол, і в волейбол.

За рішенням ЦП УТОГ почали проводити окремі першості з баскетболу і волейболу. Ці види спорту почали розвиватися самостійно і набули популярності по Україні. Про рівний за силами

склад команд свідчить той факт, що протягом 1970–1980 *рр.* чемпіонами у чоловіків ставали команди Луганська (Ворошиловоград), Києва, Чернівців, Житомира, у жінок — команди Запоріжжя, Львова, Вінниці, Одеси, Житомира, Києва.

На сучасному етапі домінують дніпропетровці, які кілька років підряд не віддають пальму першості України іншим командам як у чоловіків, так і у жінок.

На міжнародному рівні дорослою командою здобута лише одна бронзова медаль — на чемпіонаті Європи серед жінок у 2004 *р.* А юніори та юніорки також вибороли бронзові медалі на першості Європи в Швеції 2006 *р.*

Видатним гравцем з баскетболу є нечуючий **Павло Гайдамака**, який грав за контрактом у професійних командах Суперліги серед чуючих («Сумихімпром» Суми, «Азовмаш» Маріуполь).



*Момент гри
Україна—Китай
(Тайпей, 2009 р.)*

БОРОТЬБА. Особливо інтенсивно боротьба серед глухих розгортається в Миколаєві та Одесі. В 60-х роках в Одесі з'являються сильні борці — **І. Черчес** та **В. Рухледєв**, в Миколаєві — **В. Панін**, які успішно виступали на республіканських та всесоюзних першостях глухих та чуючих, часто виборюючи перші місця.

Вони завойовували золоті медалі на Всесвітніх літніх іграх глухих в 1965, 1969, 1973, 1977 *рр.* Починаючи з 1965 року, В. Панін брав участь у п'яти іграх поспіль і на кожних завойовував по 2 золоті медалі.

У складі команди незалежної України борці ще не вигравали золоті медалі на Дефлімпійських Іграх, але незмінно поверталися зі срібними та бронзовими медалями. Найбільший врожай зібрав одесит **Георгій Коєв**. На його рахунку 2 срібні і 2 бронзові медалі (1993, 1997, 2001 *рр.*). Але рівень поступово зростає. Так, наприклад, на чемпіонаті Європи, який проходив у 2007 *р.* в м. Біла

Церква, у греко-римській боротьбі золоті медалі завоювали киянин **Сергій Малишевський**, **Петро Нагорний** (м. Рівне) і **Олександр Красноцький** з Миколаєва. І вперше українці стали переможцями у командному заліку. У вільній боротьбі — одна золота медаль на рахунку **Сергія Мінченка** (м. Одеса).

І, нарешті, на Дефлімпійських Іграх у Тайвані 2009 р. вперше в історії незалежної України були здобуті золоті медалі — **Віталієм Корепановим** (Миколаївська обл.) у греко-римській боротьбі та **Сергієм Мінченком** (м. Одеса) у вільній боротьбі.

ВОЛЕЙБОЛ. Перший чемпіонат УРСР з волейболу було проведено в 1947 році. Після 1950 р. чемпіонати УРСР з цього виду спорту проводились один раз на два роки, чергуючись з чемпіонатами з баскетболу. Найсильнішими командами серед чоловіків ставали команди Києва, Одеси, Житомира, Запоріжжя, у жінок — команди Києва, Одеси, Івано-Франківська. Після 1983 р. чемпіонками УРСР здебільшого стають киянки.

На Всесвітніх Іграх лідером вважалась команда Радянського Союзу. Після розпаду цієї країни з 1993 р. з колишніх радянських республік лише українська команда зуміла утримати



Т. Беленкова і Ф. Мірошникова роблять захисний блок

лише українська команда зуміла утримати лідерське становище у світі. Жінки ставали бронзовими призерами Ігор у 1993 і 2001 р., срібними — у 1997, чемпіонами — у 2005, 2009 рр. А чоловіки — чемпіонами (1997 і 2005 рр.) та срібними призерами (2001, 2009 рр.). Багаторазовими призерами стали такі гравці: **Дмитро Назаревич**, **Андрій Лайло**, **Тамара Беленкова** і **Лариса Сінчук** (Київ), **Олександр Білоблоцький** (м. Запоріжжя), **Роман Герій** (м. Ужгород) та багато спортсменів з інших міст України (Житомир, Одеса, Дніпропетровськ, АР Крим, Луцьк).

ЛЕГКА АТЛЕТИКА. Після війни, вже в 1946 р., було проведено перший чемпіонат УТОГ з легкої атлетики. Надалі ці чемпіонати проводились щороку. З 1946 по 1956 рр. основне суперництво в легкій атлетиці точилося між командами Києва та Одеси. А на сучасному етапі сильні спортсмени є в усіх регіонах (Львів, Донецьк, Луганськ, Херсон, Харків). Саме легка атлетика першою дала золоту медаль Дефлімпіади незалежній Україні у 1993 р., завдяки харків'янці **Світлані Городок** на бігових дистанціях 200 і 400 м. І легка атлетика України стала головним постачальником медалей різних гатунків для України на всіх наступних Іграх.

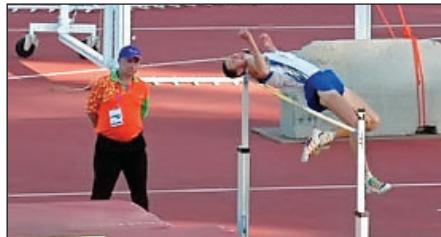
На Всесвітніх Іграх в Копенгагені 1997 р. зоряні часи були у **Геннадія Головкина** (м. Одеса) та **Тетяни Якимчук (Губар)** з Київської обл. Вони завоювали однакові по якості медалі на однакових дистанціях — золоті (біг 400 м з бар'єрами) та срібні медалі (біг 400 м) та в естафеті на 4x100 м (2 місце) і 4x400 м (1 місце).

На наступних Іграх (2001 і 2005 рр.) лідером команди була **Інна Зверинська (Ізбаиш)**. Вона загалом завоювала 10 медалей (6 золотих і 4 срібних). На Іграх у м. Римі вперше в легкій атлетиці були здобуті медалі не в бігових вправах: полтавчанин **Олег Білоконь** переміг у штовханні ядра і метанні диска. Потім у 2005 р. вперше були здобуті срібні медалі в стрибкових вправах — відзначився **Сергій Притіяло** (м. Бориспіль) у стрибках у висоту і в довжину.

У 2009 р. в Тайвані естафету лідерства перехопила молода дніпропетровчанка **Юлія Шаповал**, яка виборола золоті медалі на 400 метрів з бар'єрами з рекордом Дефлімпійських Ігор.



**Метальник
О. Білоконь**



**Стрибає С. Притіяло (випусник
Київської спецшколи № 18)**

Вона ж здобула 2 срібні медалі на інших дистанціях. А естафетна команда чоловіків на дистанції 4х400 м вже четверті Ігри підряд утримувала чемпіонство.

НАСТІЛЬНИЙ ТЕНІС. В Україні настільний теніс серед глухих розвивається з 60-х р. Перша республіканська першість УТОГ була проведена в 1964 р. в м. Одесі. До 1969 р. республіканські змагання були особистими, а з 1970 р. — особисто-командними.

В складі команди незалежної України **Микола Закладний** з Полтави здобуває срібну медаль в особистому розіграві на XVII Всесвітніх літніх іграх 1993 р. в Софії (Болгарія), а на XVIII Всесвітніх іграх 1997 р. в Копенгагені (Данія), виступаючи в змішаній парі з харків'янкою **Наталією Божко**, завойовує срібну медаль.

В Італії 2001 р. жіноча команда України (**Наталія Божко**, киянка **Наталія Сергієнко**, **Віра Завіновська** з Миколаєва) здійснила фурор — перемогла японську команду у фіналі, зламавши азіатську гегемонію у цьому виді спорту. Пізніше в особистих змаганнях срібну медаль виборола **Наталія Сергієнко**.

В далекій сонячній Австралії (2005 р.) жінки також успішно захистили титул чемпіонів у командних іграх, а чоловіки вперше вибороли бронзову медаль. В парному розіграві полтавчанин **Геннадій Закладний** та 14-річна школярка з Київської спецшколи-інтернату з порушеннями слуху № 18 **Марія Васильєва** стали срібними призерами. І зараз, щоб утриматися на певному рівні майстерності, нечуючі гравці настільного тенісу постійно змагаються у перших і вищих клубних лігах серед чуючих. Зокрема, лідер команди Г. Закладний грає в Суперлізі України за контрактом у найсильнішому клубі («Авторитет», м. Харцизьк).



М. Васильєва
— дефлімпійська чемпіонка

СПОРТИВНЕ ОРІЄНТУВАННЯ. У зв'язку з тим, що спортивне орієнтування було популярне у міжнародних змаганнях «Дружба» серед соціалістичних країн, ЦП УТОГ вирішило розвивати цей вид спорту у програмах робітничої спартакіади серед підприємств і організацій УТОГ. Лідерами була команда з Чернівців. Сильного поштовху і прогресу спортивне орієнтування набуло у 1994 р., коли СФГУ прийняла рішення проводити національні першості з цього виду спорту.

У 1995 р. вперше відбувся національний чемпіонат, на якому перше місце завоювали на особистій дистанції **Сергій Чернишов** (Сімферополь) і **Уляна Скалозуб** (Київ), а серед естафетних команд — команда Києва у складі: **Андрія Єгера, Олега Лаврика, Анжели Овчарової**.

Вперше українська команда виступила на третьому чемпіонаті Європи зі спортивного орієнтування в Сент-Галені (Швейцарія) в 1996 р. І виступила непогано, хоч не завоювала жодної медалі. Завдяки накопиченому досвіду, з 1997 р. українські орієнтувальники виходять на провідні позиції, постійно перемагаючи у різних змаганнях.

Безперечним лідером орієнтування є харків'янин **Олександр Санькін**. Він має звання чемпіона Дефлімпійських ігор (2001, 2005), світу (2006) і Європи (2004). Також разом з ним в естафетній команді чемпіонами Дефлімпійських Ігор (2001, 2005) ставали харків'янин **Олександр Юрик** та киянин **Олег Лаврик**. Серед жінок золоті медалі чемпіонату світу (2006) вибороли — **Марина Чехунова** (Харків), киянка **Яна Мельник** і **Наталія Малихіна** з Сімферополя. Також у 2005 р. чемпіонками Дефлімпійських Ігор стали **Тетяна Лаврик** (Київ) та **Марина Чехунова**.



**Золота естафетна команда
(Мельбурн, 2005 р.)**

Вершиною успіху жіночого спортивного орієнтування стали Дефлімпійські Ігри у Тайвані. Українські спортсменки (Марина Чехунова, її землячка **Тетяна Біда** і киянка Яна Мельник) завоювали загалом 7 медалей в особистому заліку і 1 золоту медаль в естафеті.

БІЛЬЯРД. Вперше чемпіонат України з бильярду «Російська піраміда» провели у м. Ужгороді 1994 р. Потім за нестачею коштів вирішили далі не проводити ці змагання як недефлімпійський вид спорту. Але любителі цього спорту продовжували грати в різноманітних турнірах. Після проведеного міжнародного турніру в Києві було вирішено популяризувати цей вид спорту не лише з російської



Д. Щербаков на чемпіонаті України

піраміди, а з «Пулу» за американськими правилами, бо більшість нечуючих гравців світу грає саме так. У 2008 р. після тривалої перерви у м. Сумах був проведений чемпіонат України з двох програм. У «Російській піраміді» виграв **Дмитро Щербаков** з Одеси, а в «Пулі» — киянин **Володимир Сошиков**.

БОУЛІНГ. Цей вид спорту дуже популярний за кордоном. Лише у 2007 в Україні нечуючі почали тренуватися самостійно й у 2008 р. провели міжрегіональні турніри в Полтаві та Харкові. Створений також клуб у Києві. У 2009 р. вперше проведено національний чемпіонат України.

ЛИЖНІ ГОНКИ. **Тамара Швайка, Марина Лаврик** та **Тетяна Лаврик** були першими досвідченими учасниками від України на XIV Зимових Всесвітніх Іграх в Давосі (Швейцарія) 1999 р. Разом з ними вчилися і шліфували майстерність молоді спортсмени. І вже у наступних Іграх (м. Сундсвал, Швеція) українські

чоловіки вибороли срібну медаль в естафеті. Це зробили броварчанин **Іван Пишняк**, полтавчанин **Валерій Береговий** і **Степан Куриляк** з Тернополя. Ще більшого успіху досягли українці в 2007 р. в американському місті Солт-Лейк-Сіті, здобувши 7 медалей. А лідерами команди були **Андрій Андришун** з Тернополя (2 срібні і 1 бронзова медалі) і киянка **Марина Кулеш** (1 срібна і 2 бронзові).



А. Пишняк – учениця **Київської спецшколи № 18** була наймолодшою учасницею зимової Дефлімпіади 2007 року

ПЛЯЖНИЙ ВОЛЕЙБОЛ почав розвиватися в Україні також після рішення про включення цього виду спорту у програму Дефлімпійських Ігор. Дуже часто спортсмени цього виду спорту поєднують цю гру з класичним волейболом. На відміну від інших країн, Україна пішла шляхом вузької спеціалізації. Була створена абсолютно нова команда з молодих гравців, яка постійно тренувалась і брала участь лише на піщаній площадці. Саме цей підхід виправдав себе на Дефлімпіаді в Австралії. Є золота медаль у жінок (**Юлія Ярошевська** і **Олена Онокало**) та бронзова медаль у чоловіків (**Олександр Полторацький** і **Олексій Кулік**). Пізніше на чемпіонаті Європи (2007 р.) і Дефлімпійських Іграх (2009 р.) дві – жіноча і чоловіча – команди (замість травмованого О. Куліка зіграв киянин **Сергій Тарасов**) стали чемпіонами, підтвердивши свій статус лідерів світового пляжного волейболу.



Грають Ю. Ярошевська і О. Онокало (2009, Тайпей)

СПОРТИВНИЙ ТУРИЗМ розвивався в Україні дуже давно, проте, на жаль, не збереглися документальні записи спортивних походів. Найвідомішим керівником туристичних походів гірським Кавказом був **Юрій Церковніков**. Його учні — **Гаррі Марков** з Сімферополя та **Андрій Єгер** з Києва, пізніше створили туристичні клуби «Бівуак» в Сімферополі та «Київська Русь» в Києві. Саме ці керівники оформляли офіційну статистику проходження спортивних походів різних категорій через контрольно-рятувальні служби та туристсько-маршрутно-кваліфікаційні комісії. За ініціативою турклубу «Бівуак» щорічно з 1988 р. проводиться міжнародний туристичний зліт глухих у Криму. Окрім спортивних програм: смуга перешкод, крос-похід, орієнтування, проводяться різноманітні конкурси на кращу культмасову гру, художню самодіяльність, стінгазету тощо.

СТРІЛЬБА КУЛЬОВА. Цей вид спорту серед нечуючих виник завдяки одній спортсменці — **Ользі Комаренко** з Харкова, яка мала зниження слуху, але вчилася у школі серед чуючих і тренувалася разом із ними в спеціалізованій спортивній школі. На під-



О. Комаренко на стрільбищі

ставі результату виступу О. Комаренко на чемпіонаті України серед чуючих, СФГУ відряджає цю свою єдину спортсменку на чемпіонат Європи серед глухих у 2003 р. Після дебюту на європейській першості (6 місце) Ольга зробила фурор в Австралії на Дефлімпійських Іграх у 2005 р., ви-

боровши дві золоті медалі у вправах з гвинтівки лежачи та з трьох позицій.

Після цього успіху почали проводити національні чемпіонати серед нечуючих, у яких беруть участь спортсмени з різних регіо-

нів, таких як Донецька, Дніпропетровська, Волинська, Черкаська, Харківська, Київська, місто Київ та ін. І прийшли успіхи до інших спортсменів, наприклад **Олександр Колодій** з Волині переміг на чемпіонаті Європи у вправі з пістолета у 2007 р.

СХІДНІ ЄДИНОБОРСТВА. СФГУ отримало повідомлення, що у програму наступних Дефлімпійських Ігор в Тайвані включили нові види спорту — східні єдиноборства (це дзюдо, карате, тхеквондо), тому було розпочато роботу з нечуючими спортсменами, які займалися в секціях і клубах серед чуючих.

У 2008 р. на чемпіонаті світу в місті Тулуза (Франція) українська делегація складалась з трьох спортсменів. В своїх вагових категоріях перемогли **Дмитро Шеретов** (дзюдо) з Дніпропетровська і полтавчанка **Інна Резник** (карате), що дає підставу вважати ці види спорту перспективними для України на Дефлімпійських Іграх.

ПЛАВАННЯ серед глухих почало розвиватися наприкінці 60-х р. у великих містах. У Києві секція з плавання організувалася в 70-х р. В цій секції займалися учні трьох київських шкіл-інтернатів для дітей з порушеннями слуху, які через деякий час почали досить успішно виступати на республіканських та всесоюзних змаганнях. **Ганна Литвиненко** з 1993 р. бере участь в різних міжнародних зустрічах, чемпіонатах Європи, Всесвітніх іграх глухих, але визначного успіху досягла у період становлення незалежної України. Вона постійно покращує свої результати і встановлює світові рекорди. На її рахунку по 3 золотих медалей і кілька світових рекордів у 2001 і 2005 рр. на дистанціях вільним стилем (50, 100, 200 м).



Г. Литвиненко — володарка золотих та срібних медалей



*Юні плавці – переможці спартакіади
«Повір у себе»*

Лідерами у чоловіків на сучасному етапі є харків'янин **Андрій Зургалідзе** і **Володимир Натальчук** з Миколаєва. У них багато срібних і бронзових медалей на останніх XX Дефлімпійських іграх.

ФУТБОЛ почав поширюватися на початку 20-х років у великих містах — Харкові, Одесі, Києві. Спочатку команди брали участь у місцевих змаганнях серед чуючих, потім в 30-х роках перейшли до товариських зустрічей на рівні міст. Першість України з футболу почали проводити з 1946 р. До збірної команди нечуючих футболістів входили гравці з Києва, Дніпропетровська, Львова, Одеси, Харкова. Українські футболісти два роки поспіль були чемпіонами СРСР (1988–1989 рр.). Загалом на першостях СРСР



Футбольна команда нечуючих у 80-ті роки XX ст.



*Футбольна команда нечуючих у 2007 р.
(випусники спеціалізованих інтернатів для нечуючих дітей)*

команда України завойовувала звання чемпіонів 10 разів, 6 разів була другою і 9 разів — третьою.

Багато футболістів України зразка 1960–1964 *рр.* грали за футбольні команди чуючих. Так, наприклад, **А. Журавський** (Одеса) грав за команду другої ліги «Харчовик», **А. Овчаров** (Київ) — за команду «Хімволокно».

Після команди зразка 1960–1964 *рр.* тривалий час не вдавалося створити сильну збірну, здатну боротися за звання чемпіона СРСР, хоча в команді були гравці, яких включали в збірну команду СРСР для участі у Всесвітніх літніх іграх глухих.

У складі збірної команди СРСР **М. Голота** (Київ) та **В. Верлока** (Харків) на іграх в Белграді завойовували срібні медалі, а на іграх в Мальме **М. Голота**, **О. Стеблян** (Черкаси), **А. Солодухін** (Запоріжжя) одержали золоті медалі.

На іграх 1981 *р.* в Кельні золотими медалями були нагороджені **В. Костенко**, **В. Бабій**, **С. Адаменко** (Київ), **М. Гнатишин** (Львів), **Ф. Мерчанський** (Одеса).

Футбол є найпопулярнішим видом спорту серед нечуючих України, але значного успіху команда України досягла у

2009 р. на Іграх глухих у Тайпеї (Тайвань), де здобула золоті нагороди.

ФУТЗАЛ. Цей вид спорту в Україні почав розвиватися після рішення міжнародних організацій проводити перші світові та європейські першості. Завдяки малій кількості гравців та грі під дахом, незалежно від примх погоди, завжди багато заявок на національну першість з футзалу.

У 2007 р. в Софії (Болгарія) українська збірна у фіналі перемогла команду Таїланду і стала чемпіоном світу. Успішно виступає юнацька збірна України, яка кількаразово перемагала на турнірах серед дітей до 16 років.

ШАХИ серед нечуючих були популярні з кінця 20-р. Слід відзначити унікального шахіста — **Бориса Берлінського**, який перший отримав звання гросмейстера за перемогу у VI чемпіонаті СРСР серед чуючих, що проводився в його рідній Одесі у 1929 р. Добру школу він пройшов, граючи у всеросійських турнірах аматорів, щоразу поліпшуючи свої результати. У 1913 р. він став бронзовим призером такого турніру. Одного разу зіграв з видатним шахістом кубинцем **Хосе-Раулем Капабланкою**, на той час чемпіоном світу,



*Момент гри з шахів під час
фінальних змагань Спартакіади
«Повір у себе» (МДЦ «Артект»)*

на I-му Московському міжнародному турнірі у 1925 р. Нечуючий шахіст виграв у славетного кубинця, який вважався непереможним. Але з ідеологічних міркувань влада у радянські часи довгий час замовчувала про цю видатну людину, поширюючи інформацію, що гросмейстерське звання було вперше присвоєно у 1935 р. знаменитому москвичу **Михайлу Ботвиннику**.

А в клубах глухих у кінці двадцятих років поширювалися шахові гуртки і вже у 1938 р. відбувся перший всеукраїнський турнір, в якому брали участь кращі шахісти з 6 міст України. Згодом регулярно проводилися чемпіонати серед нечуючих, не враховуючи роки Великої Вітчизняної війни. Починаючи з 1957 року, українські шахісти регулярно беруть участь в особистих чемпіонатах СРСР. При цьому виступають небезуспішно: в 1968 році чемпіоном СРСР став **Юрій Зуєв**.



Ю. Зуєв – нечуючий шаховий король, Заслужений тренер України з шахів

Шахи та шашки входять в програму республіканської спартакіади УТОГ як командний вид, а також у програму республіканської спартакіади шкіл-інтернатів для глухих і слабочуючих дітей.

На міжнародному турнірі на кубок Карпат 1992 р. в Бустені (Румунія) команда України зайняла друге місце, а в 1993 р. – перше.

В Україні створена шахова федерація глухих України, яка є членом Міжнародної шахової федерації глухих. Під цією егідою кожного року проводяться змагання почергово: клубний чемпіонат Європи через 2 роки, особистий чемпіонат світу та командний чемпіонат світу через 4 роки.

Найвищого результату досягла **Тетяна Бакланова** з Донецька і одеситка **Світлана Гончар**, які стали чемпіонами світу у 1996 та 2000 роках відповідно. А київська команда «Каштан» на чолі легендарного тренера Юрія Зуєва вже кілька років утримує пальму кращої клубної команди Європи.

ШАШКИ на Україні серед нечуючих поширювалися з 40-х років. Зараз проводяться чемпіонати України і відкриті турніри, на яких часто беруть участь спортсмени з країн колишнього СРСР.

ШЕЙПІНГ, АТЛЕТИЗМ І ЧЕРЛІДЕНГ. Ці види спорту існують в Києві як фізкультурно-оздоровчі. Нечуючі особи відві-

дують заняття у спортивних клубах та секціях шкіл-інтернатів для підвищення власного здоров'я.

Постійні тренування, збори, змагання складають сенс життя нечуючих спортсменів. Рекордсменка з легкої атлетики **Т. Якимчук** вважає: «Спорт — це не лише змагання, це — розширення світогляду глухої людини. Це дружба і знайомство з глухими всього світу, ознайомлення з їхніми умовами життя, праці, відпочинку. Я дуже вдячна моїм тренерам і наставникам за те, що постійно навчали бути сильною, вчили перемагати, спокійно сприймати невдачі, турбуватися про майбутнє».

7.6. ДОСЯГНЕННЯ НЕЧУЮЧИХ СПОРТСМЕНІВ



DEAFLYMPICS

*Емблема
Дефлімпійських Ігор*

Дефлімпійські ігри («DEAFLYMPIC GAMES»).

Девізом Міжнародного спортивного комітету глухих є вислів: «Рівний завдяки спорту».

За правилами Міжнародного спортивного комітету глухих до Дефлімпійських ігор допускаються особи, які мають показники аудіограми з порогом слуху на краще вухо 55 Дб і вище. Тому на цих змаганнях можуть виступати не лише глухі і слабочуючі особи, які втратили слух в дитинстві, а й ті, які набули глухоту у дорослому віці.

Зараз наша країна бере участь у таких видах спорту, які входять у програму літніх Дефлімпійських іграх: баскетбол, бойові види спорту (карате, дзюдо, тхеквондо), боротьба вільна та греко-римська, волейбол, легка атлетика, плавання, пляжний волейбол, спортивне орієнтування, стрільба кульова, настільний теніс, футбол. Крім того, в програмі ще є інші види спорту. Це — бадмінтон, боулінг, водне поло, велоспорт, теніс і жіночий футбол. А програма зимових Дефлімпійських ігор складається з таких видів спорту: лижні гонки, гірськолижний спорт, кьорлінг, сноуборд, хокей. Україна робить заявку на участь у лижних гонках та гірськолижному спорті.

Крім Дефлімпійських ігор, нечуючі спортсмени беруть участь у чемпіонатах Європи та світу, які проводяться також один раз на рік. Крім того, відбуваються різні міжнародні турніри, в тому числі серед клубних команд і регіональних федерацій.

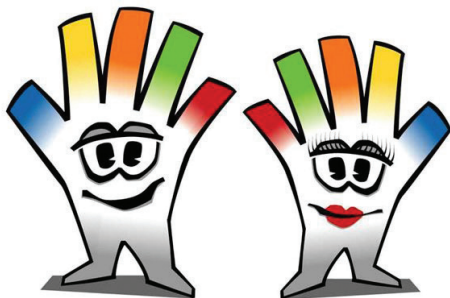
Є багато різних видів спорту, які не входять до програми Дефлімпійських ігор, але користуються популярністю серед нечуючих. Це більярд, гольф, дартс, спортивний бридж, спортивний туризм, маутенбайк, футзал, флурбол (хокей на паркеті в залі), шахи, шашки та ін. З деяких з них навіть проводяться світові та континентальні першості серед глухих.

Нечуючі спортсмени України успішно виступають на Дефлімпіадах. Пам'ятним став їхній виступ на XX-тих за рахунком літніх Іграх, що проходили в далекій Австралії (м. Мельбурн).

Виступ української команди став сенсацією, адже вона посіла перше загальнокомандне місце, випередивши такі провідні спортивні держави як США, Росія, Китай, Німеччина! На рахунку нечуючих спортсменів України — 51 медаль (20 золотих, 17 срібних та 14 бронзових).

Наступні — XXI літні Дефлімпійські ігри, які відбулися у вересні 2009 р. в м. Тайбеї (Тайвань), теж стали успішними. Команда України виборола друге загальнокомандне місце.

Ці результати нечуючих спортсменів підтверджують їхній великий внесок у скарбницю дефлімпійських нагород України. Це показник успішної роботи нечуючих тренерів і спеціалістів Київського міського центру «Інваспорт» та дитячо-юнацької спор-



*Емблеми Дефлімпійських ігор –
XX у м. Мельбурн (зліва) та XXI у м. Тайбеї (праворуч)*

тивної школи інвалідів, яка забезпечується завдяки бюджетній фінансовій підтримці Київської міської державної адміністрації (Головне управління з фізичної культури та спорту), а також виконавчого комітету Київської міської федерації з фізичної культури і спорту глухих за сприяння спонсорів з різних фірм та установ.

Велика кількість нечуючих спортсменів мають звання: «Майстер спорту», «Заслужений майстер спорту України», «Майстер спорту міжнародного класу». Виборовши призові місця на минулих Дефлімпійських іграх, вони не зупиняються на досягнутому, а продовжують тримати себе у формі, щоб потрапити на наступні Дефлімпійські ігри.

Цьому передує велика робота. З метою кращої підготовки до міжнародних змагань, а також для пропаганди і популяризації спорту серед нечуючих за поданням виконкому СФГУ в Українському центрі «Інваспорт» формується річний календар змагань. Щороку проводяться чемпіонати та першості України, а також Кубки України.

А для дітей (11–15 років) щороку проходять змагання Спартакіади **«Повір у себе»** серед інвалідів усіх нозологій. Спочатку проводяться відбіркові змагання, в яких кращі спортсмени вибирають путівки на фінальні змагання. Влітку у Міжнародному дитячому центрі «Артек» та Національному центрі паролімпійської і дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів (м. Євпато-

рія) спортсмени відпочивають і одночасно розігрують підсумкові фінальні місця Спартакіади.

Крім національних першостей, регіональні осередки СФГУ проводять різні турніри з усіх видів спорту. Найпопулярнішим з них є туристичний зліт глухих «Крим», який збирає нечуючих любителів туризму не тільки з України, а й з інших держав.

Розділ 8

УКРАЇНСЬКЕ ТОВАРИСТВО ГЛУХИХ



Емблема УТОГ



Емблема ВФГ



Ю.П. Максименко

Українське товариство глухих (УТОГ) створене у 1933 р.

УТОГ є юридичною особою і має статус Всеукраїнської громадської організації глухих. Воно представляє інтереси нечуючих громадян України в усіх владних структурах.

З 1957 р. Українське товариство глухих є членом Всесвітньої федерації глухих (ВФГ).

З 1987 року по нинішній час УТОГ очолює **Юрій Петрович Максименко**, який нагороджений почесним званням «Заслужений працівник промисловості України», а також почесними грамотами Кабінету Міністрів України та Верховної Ради, знаком «Відмінник народної освіти України» й медалями «За заслуги» ВФГ. Ю.П. Максименко є автором тексту Гімну УТОГ — офіційно-урочистої пісні, яка символізує Товариство глухих, передає його роль та значення у житті нечуючих осіб.

ГІМН УТОГ

*Когда гремит и молнии сверкают,
А мы не слышим сидя у окна,
Любой из нас без слова понимает,
Какая это тяжесть — тишина.*

*Ты помогаешь нам не падать духом
И в летний зной и в зимнюю метель.*

*УТОГ, УТОГ, ты — друг людей без слуха,
Обиженных судьбою колыбель.*

*Когда для нас вдруг скрипка заиграет,
А мы лишь видим, как дрожит струна,
Любой из нас без слова понимает,
Какая это горечь — тишина.*

*Ты защищаешь нас как ту березку,
Чьи чудо-кудри ветер растрепал.
УТОГ, УТОГ, ты — свет на перекрестке,
Наш дом родной, надежный наш причал.*

*Когда обида сердце разрывает
И набегает жгучая волна.
Любой из нас без слова понимает,
Какая эта участь — тишина.*

*Ты согреваешь нас в дни лихолетья
И нашу осень превращаешь в май.
УТОГ, УТОГ, плыви ты сквозь столетья
И в плавани друзей не забывай.*

8.1. СТРУКТУРА УКРАЇНСЬКОГО ТОВАРИСТВА ГЛУХИХ

УТОГ складається з Кримської автономно-республіканської та 24 обласних організацій, до складу яких в свою чергу входять 130 територіальних та 683 первинних організації.

Для працевлаштування інвалідів зі слуху та навчання їх професії, Товариство має 39 навчально-виробничих підприємств. Для проживання працівників УТОГ у Товаристві функціонує 45 гуртожитків, які знаходяться на балансі відповідних підприємств.

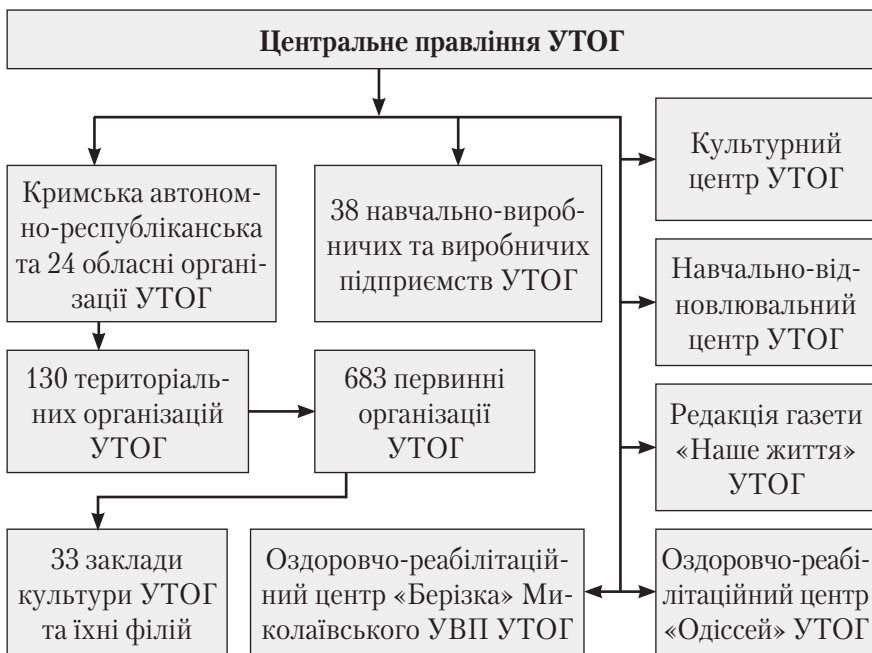


Схема 4. Структура УТОГ



В.В. Скурчинський

Для вирішення проблем культурного обслуговування членів УТОГ у складі УТОГ функціонують Культурний центр УТОГ (КЦ УТОГ) та 30 будинків культури, які знаходяться в обласних центрах, а також — 4 філії закладів культури у районних центрах.

При КЦ УТОГ (очолює цей знаний і в Україні, і за її межами культзаклад **Володимир Гончаренко**) функціонує єдиний на теренах нашої держави професійний театр міміки і жести «Райдуга».

У складі УТОГ існує теж єдиний в Україні Музей історії глухих, який очолює нечууючий директор — **Володимир Скурчинський**. Цей музей містить матеріали про станов-



**Культурний центр УТОГ
(вул. Курська, 6)**



Артисти театру «Райдуга»

лення та розвиток Товариства глухих, досягнення нечуючих не лише на теренах української держави, а й в інших країнах світу.

Для підготовки перекладачів ЖМ глухих та підвищення кваліфікації працівників своїх підприємств і установ у Товаристві існує Навчально-відновлювальний центр УТОГ (НВЦ УТОГ).

Для інформаційного забезпечення глухих Товариством з 1967 року видається газета «Наше життя».

Для оздоровлення нечуючих членів УТОГ у літній період в Товаристві функціонують :

- Центр реабілітації інвалідів зі слуху «Одісей»;
- Центр реабілітації інвалідів зі слуху «Берізка» Миколаївського УВП УТОГ;
- оздоровче відділення НВЦ УТОГ.



Центральний вхід НВЦ УТОГ

8.2. ФУНКЦІЇ УТОГ

Метою створення Українського товариства глухих є організаційне об'єднання громадян з порушеннями слуху, захист їхніх інтересів та прав.

Функції Українського товариства глухих повністю співпада-

ють з вимогами Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» і діяльність УТОГ може розцінюватись як значна підтримка державним структурам у виконанні вказаного Закону, інших правових актів соціальної орієнтації (див. табл. 1. Функції УТОГ).

ЯК ВСТУПИТИ ДО УКРАЇНСЬКОГО ТОВАРИСТВА ГЛУХИХ?

Для того, щоб вступити до Українського товариства глухих, необхідно звернутися до первинної організації УТОГ за місцем проживання або роботи (навчання). Первинні організації УТОГ створюються в містах та районах, а також на підприємствах і у навчальних закладах, де здійснюється групове працевлаштування чи навчання нечуючих.

Членом УТОГ може бути особа з 14-річного віку. Прийом у члени УТОГ здійснюється за особистою заявою нечуючих громадян, викладеною у письмовому вигляді. Рішення про прийом у члени УТОГ приймається на загальних зборах первинної організації УТОГ.

8.3. ПЕРЕКЛАДАЦЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ

На різних етапах життя нечуючої дитини її супроводжують різні фахівці: вихователі, вчителі, сурдопедагоги, лікарі, реабілітологи та ін. Але одне з найважливіших місць в житті глухої дитини займає перекладач ЖМ. Перекладачі – це «вуха» нечуючих, саме так вони їх називають. Як свідчить досвід, тією чи іншою мірою перекладач ЖМ супроводжує глуху людину все її життя. Членам родини, де є нечуючі, варто володіти інформацією про професію перекладача, про значення представників цієї професії в житті кожної глухої людини.

Перекладач (найчастіше це вихідці із сім'ї нечуючих) – це фахівець, котрий доступними засобами невербального спілкування повноцінно доносить інформацію і повідомлення до людини, яка не чує. Це, так званий, **прямий переклад** зі словесної мови на

Таблиця 1. Функції УТОГ

Функції Українського товариства глухих, передбачені його Статутом	Соціальна необхідність виконання завдань, які взяло на себе УТОГ	Заходи, які виконує Товариство із забезпечення реалізації своїх статутних завдань
1	2	3
1. Виявлення на території України і облік осіб з порушеннями слуху і мови та залучення їх в члени УТОГ.	Організаційне об'єднання громадян з порушеннями слуху і мови та надання їм допомоги у вирішенні проблем реабілітації.	1.1. Налаштування на місцях співпраці структурних підрозділів УТОГ із закладами охорони здоров'я України з питань виявлення та обліку осіб з порушенням слуху і мови. 1.2. Налаштування співпраці структурних підрозділів УТОГ з районними та селищними сільськими Радами з питань виявлення на їх території та обліку осіб з порушенням слуху та мови. 1.3. Об'єднання осіб з порушенням слуху та мови в первинні організації УТОГ за соціальними, виробничими ознаками. 1.4. Об'єднання первинних організацій УТОГ в районні, міські, територіальні організації УТОГ із закріпленням штатної оплачуваної посади голови ТО УТОГ та перекладача ЖМ. 1.5. Об'єднання територіальних організацій УТОГ в обласні організації УТОГ з виділенням оплачуваного штатного персоналу.
2. Популяризація своєї діяльності через засоби масової інформації та періодичні видання.	Через обмеженість у отриманні інформації великого значення для інвалідів зі слуху набувають друковані	2.1. Товариство з 1967 року видає щотижневу газету «Наше життя». 2.2. Зі сторінок газети Товариство інформує читачів про важливі події, нове у законодавстві, надає їм консультації з юридичних та інших питань. 2.3. Популяризує творчі доробки талановитих нечуючих авторів шляхом їх публікації на сторінках газети і видання окремих збірок. 2.4. За допомогою випуску історичних, біографічних видань і збірок нарисів сприяє вихованню нечуючої молоді на прикладі кращих членів УТОГ — засновників Товариства, ветеранів праці, активістів,

Продовження табл. 1

1	2	3
	<p>ЗМІ і книжкові видання, розповсюдження важливої інформації за допомогою сучасних технологій.</p>	<p>виробників, діячів культури, освіти тощо.</p> <p>2.5. Рекламує продукцію, роботи та послуги, які випускають і здійснюють підприємства УТОГ, шляхом публікації матеріалів у газеті, розміщення на веб-сайті УТОГ, випуску друкованих рекламних каталогів та буклетів.</p> <p>2.6. Сприяє працевлаштуванню нечуючих інвалідів, отриманню ними освіти шляхом інформування зі сторінок газети про наявність вакансій на підприємствах і в організаціях УТОГ, публікації оголошень про набір учнів та студентів до навчальних закладів України різних рівнів акредитації.</p> <p>2.7. За допомогою публікації на сторінках газети клубу знайомств «Веселка», молодіжної сторінки, сторінки для ветеранів — сприяє вирішенню проблем соціальної й особистісної ізоляції, які мають місце у житті інвалідів зі слуху.</p> <p>2.8. Шляхом публікацій на сторінках газети розповсюджує передовий досвід роботи різних структурних підрозділів УТОГ, сприяє передачі позитивного зарубіжного досвіду у різних сферах діяльності нечуючих людей тощо.</p> <p>2.9. Використовуючи співпрацю з іншими засобами інформації, здійснює популяризацію діяльності УТОГ, розповідає про досягнення людей з порушеннями слуху, інформує батьків нечуючих дітей про шляхи і можливість їх навчання та виховання тощо.</p>
<p>3. Забезпечення правової та соціальної захищеності нечуючих членів УТОГ.</p>	<p>Надання правової допомоги в питаннях соціальної, трудової та професійної реабілітації.</p>	<p>3.1. Опрацювання проєктів законодавчих актів, ініціювання через певні органи внесення змін.</p> <p>3.2. Роз'яснення діючого законодавства через газету «Наше життя» та безпосередньо на зустрічах зі членами УТОГ.</p> <p>3.3. Участь перекладача ЖМ в судових правоохоронних органах, органах виконавчої влади тощо.</p>

Продовження табл. 1

1	2	3
4. Організація виробничого і професійного навчання нечуючих і сприяння їм у підвищенні своєї кваліфікації.	Вирішення проблем професійної реабілітації інвалідів зі слуху.	4.1. Організація групового навчання виробничим професіям на Бродівському МП «Явір» та Дрогобицькому МП «Карпати» УТОГ. 4.2. Організація індивідуального навчання на всіх підприємствах УТОГ для набуття молоддю виробничої професії.
5. Безперешкодне працевлаштування нечуючих на роботу на підприємства Товариства.	Вирішення проблем працевлаштування інвалідів зі слуху.	5.1. Для нечуючих з ускладненою інвалідністю створені окремі дільниці на підприємствах УТОГ з пошиття рукавиць, постільної білизни, складання виробів. 5.2. На всіх підприємствах УТОГ організовується надомна праця з комплектації фурнітури, розфасування цвяхів і т.д. 5.3. Всі робочі місця на підприємствах УТОГ, які створені для інвалідів, атестуються підприємствами охорони праці — Харківським КП «Захист» та Донецьким КП «Лог».
6. Сприяння працевлаштуванню нечуючих на підприємства і в організації поза системою УТОГ.	Вирішення проблеми професійно-трудової реабілітації інвалідів зі слуху.	6.1. Підтримання контактів зі школами-інтернатами для дітей з порушеннями слуху з метою виявлення бажаних набути професію на держпідприємствах. 6.2. Надання допомоги молодим спеціалістам з порушеннями слуху в питанні працевлаштування при їх бажанні на підприємствах державної власності та на малих підприємствах.
7. Висунення нечуючих, які мають необхідну підготовку, на керівні посади і на роботу	Сприяння професійному росту інвалідів зі слуху.	7.1. Зачислення до резерву кадрів на керівні посади підприємств та організації УТОГ фахівців з порушеннями слуху, які мають вищу освіту. 7.2. Працевлаштування молодих спеціалістів із числа нечуючої молоді, які закінчили навчання, на підприємства та в організації УТОГ за отриманою ними у ВНЗ спеціальністю.

Продовження табл. 1

1	2	3
за спеціальністю на всіх підприємствах і в організаціях Товариства.		
8. Сприяння директивним органам в організації і здійсненні контролю за дотриманням законодавства про соціальну захищеність глухих інвалідів.	Вирішення проблем соціального захисту прав та інтересів інвалідів зі слуху.	8.1. Опрацювання спільних проєктів з реабілітації інвалідів зі слуху. 8.2. Вирішення фінансових питань у розв'язанні цих проблем. 8.3. Участь у перевірках дотримання законодавства. 8.4. Надання інформації щодо проблем інвалідів зі слуху та їх виявлення.
9. Проведення роботи з слухової, трудової і соціальної реабілітації членів УТОГ.	Створення відповідних умов та визначення основних завдань для усунення або обмеження життєдіяльності інвалідів зі слуху, підтримка їх соціального благополуччя,	9.1. Медична реабілітація: — надання допомоги у забезпеченні проведення обстеження та лікування у медичних закладах (у т.ч. надання допомоги перекладача ЖМ для інвалідів зі слуху); — вирішення проблем із забезпечення нечуючих інвалідів слуховими апаратами та іншими засобами реабілітації; — оздоровлення нечуючих інвалідів у санаторіях, будинках відпочинку, пансіонатах та реабілітаційних центрах; — утримання відомчих медичних пунктів; — утримання спеціальних оздоровчих центрів для глухих у м. Києві, Очакові («Берізка») і смт. Затока («Одіссей»);

Продовження табл. 1

1	2	3
1	сприяння у досягненні соціальної і матеріальної незалежності та інтеграції у суспільство.	<p>9.2. Трудова реабілітація:</p> <ul style="list-style-type: none"> — навчання інвалідів робітничим професіям на учбово-виробничих та виробничих підприємствах УТОГ; — підготовка спеціалістів із числа інвалідів зі слуху; — надання допомоги нечуючим інвалідам у вирішенні питань працевлаштування; — збереження раніше створених робочих місць на підприємствах УТОГ; — проведення для нечуючих інвалідів навчальних курсів та тренінгів на різну тематику; — підготовка спеціалістів для обслуговування інвалідів зі слуху (перекладачів ЖМ, інструкторів, голів ТО, культпрацівників); — утримання НВЦ УТОГ з підготовки та перепідготовки керівників і спеціалістів системи УТОГ. <p>9.3. Соціальна реабілітація:</p> <ul style="list-style-type: none"> — надання організаційної допомоги нечуючим інвалідам у вирішенні соціально-побутових питань у містах та селах шляхом подвірних обходів; — виплата стипендій нечуючим інвалідам, які навчаються на учбово-виробничих та виробничих підприємствах УТОГ; — оплата витрат на утримання нечуючих інвалідів (харчування, проживання, спеодяг), які навчаються на учбово-виробничих, виробничих підприємствах УТОГ; — надання допомоги у направленні інвалідів на здобуття освіти у навчальних закладах I–IV рівнів акредитації за направленням УТОГ; — надання матеріальної допомоги самотнім, особам похилого віку та незахищеним нечуючим інвалідам; — надання послуг перекладача ЖМ інвалідам зі слуху;

Продовження табл. 1

1	2	3
<p>10. Проведення роботи по задоволенню культурно-освітніх та духовних інтересів, санаторно-курортного оздоровлення, туристичного і екскурсійного відпочинку членів УТОГ.</p>	<p>Організація і проведення на базі наявних в Товаристві закладів та інших об'єктів дозвілля культурно-масових, культурно-освітніх, дозвіллевих та інформаційно-роз'яснювальних</p>	<p>— оплата праці голів ТО, перекладачів ЖМ, котрі обслуговують інвалідів зі слуху; оплата вартості проїзду працівників, які надають допомогу;</p> <p>— вирішення житлових проблем інвалідів;</p> <p>— забезпечення нечуючих інвалідів та їхніх сімей житлом;</p> <p>— надання інвалідам позик на придбання житла;</p> <p>— утримання гуртожитків підприємств УТОГ, де проживають глухі люди;</p> <p>— організація обласних і всеукраїнських конкурсів перекладачів ЖМ;</p> <p>— організація та проведення всеукраїнських конференцій з проблем реабілітації інвалідів зі слуху;</p> <p>— забезпечення участі представників УТОГ у конгресах ВФГ та симпозиумах, конференціях з проблем реабілітації глухих, які організовуються зарубіжними організаціями глухих.</p>
		<p>10.1. Збереження та примноження матеріально-технічної бази мережі Товариства;</p> <p>10.2. Створення та збереження бібліотек при закладах УТОГ;</p> <p>10.3. Організація та забезпечення діяльності при закладах клубів за інтересами для членів УТОГ;</p> <p>10.4. Організація дозвіллевих заходів для членів УТОГ та їхніх сімей;</p> <p>10.5. Організація та проведення для членів УТОГ:</p> <p>— інформаційно-роз'яснювальних заходів;</p> <p>— видовищно-дозвіллевих заходів, приурочених до державних та народних свят;</p> <p>— розважально-ігрових програм для молоді;</p> <p>— молодіжних форумів;</p>

Продовження табл. 1

1	2	3
11. Організація і розвиток самодіяльної художньої творчості, фізичної культури серед членів УТОГ.	заходів з метою задоволення культурно-духовних інтересів інвалідів зі слуху	<ul style="list-style-type: none"> — різноманітних конкурсів та фестивалів; — виставок художньої творчості та декоративно-прикладного мистецтва; <p>10.6. Проведення серед нечуючих учнів спецшкіл-інтернатів для дітей з порушеннями слуху навчально-пізнавальних та культурно-масових заходів:</p> <ul style="list-style-type: none"> — обласних та всеукраїнських конкурсів «Ерудит»; — обласної творчості; <p>10.7. Організація та проведення на території України міжнародних фестивалів, конкурсів за участю представників та творчих колективів зарубіжних організацій глухих;</p> <p>10.8. Забезпечення участі колективів художньої самодіяльної творчості у міжнародних фестивалях, конкурсах.</p> <p>11.1. Організація при закладах УТОГ роботи гуртків художньої самодіяльної творчості:</p> <ul style="list-style-type: none"> — танцювальних, — театральних, — естрадних, — циркових, — пісні в жестовому виконанні; — клоунади; — магії та ілюзії; <p>11.2. Організація та забезпечення діяльності наявних при закладах УТОГ:</p> <ul style="list-style-type: none"> — народних самодіяльних театрів; — народних самодіяльних ансамблів танцю;

Продовження табл. 1

1	2	3
<p>12. Сприяння органам освіти України: — у виявленні і влаштуванні дітей з порушенням слуху і мови в дошкільні та шкільні заклади; — в організації навчання дітей з порушеннями слуху і сприяння в отриманні ними загальної, середньої спеціальної та вищої освіти.</p>	<p>інвалідів зі слуху, формування у них естетичних та культурних навичок.</p>	<p>— народних самодіяльних колективів інших жанрів. 11.3. Організація при закладах УТОГ стаціонарних та виїзних концертів колективів художньої самодіяльної творчості; 11.4. Організація обласних та всеукраїнських конкурсів з різних жанрів мистецтва; 11.5. Організація концертно-розважальних програм за участю колективів художньої самодіяльної творчості; 11.6. Організація обласних і Всеукраїнського конкурсів «Міс красуня УТОГ».</p>
	<p>Вирішення проблем отримання освіти інвалідами зі слуху.</p>	<p>12.1. Виявлення через територіальні організації УТОГ дітей з порушеннями слуху та надання допомоги у влаштуванні їх в дошкільні заклади та школи для глухих і слабочуючих дітей. 12.2. Проведення роботи в школах з відбору та набору осіб з порушеннями слуху до вищих навчальних закладів України різних рівнів акредитації. 12.3 Співпраця територіальних організацій зі спеціальними школами для дітей з порушеннями слуху в питанні виховання нечуючої молоді. 12.4. Спільне проведення з педагогічними колективами спеціальних шкіл-інтернатів для дітей з порушеннями слуху курсу «Ерудит» серед вишукників вищезазначених закладів. 12.5. Співпраця обласних та територіальних організацій зі спецшколами для дітей з порушеннями слуху у проведенні конкурсу дитячої самодіяльної творчості.</p>

Продовження табл. 1

1	2	3
<p>13. Сприяння органам охорони здоров'я України в організації роз'яснювальної та профілактичної роботи щодо ЛОР-захворювань серед членів УТОГ.</p>	<p>Проведення серед членів УТОГ інформаційно-роз'яснювальної роботи з питань профілактики ЛОР-захворювань, надання допомоги членам УТОГ у їх профілактиці та лікуванні.</p>	<p>13.1. Організація та проведення в закладах, територіальних організаціях та на підприємствах УТОГ за участю медичних спеціалістів лекцій, бесід з питань профілактики, лікування ЛОР-захворювань. 13.2. Надання допомоги членам УТОГ в організації та проходженні медоглядів, консультацій та лікування. 13.3. Направлення членів УТОГ в Київський НДІО ім. О. Коломійченка на обстеження та консультацію з метою слухопротезування та лікування.</p>

ЖМ для глухої людини. Не менш важливе значення має і **зворотний переклад**, коли глухий передає інформацію чуючим. За такої ситуації перекладач здійснює переклад з ЖМ на словесну мову для чуючих людей. Це основна модель роботи перекладача. Зрозуміло, що функції перекладача ЖМ аналогічні функціям перекладача будь-якої іноземної мови. Але жестова перекладацька діяльність має свої специфічні особливості. Вони, перш за все, пов'язані з тим, що ЖМ — візуальна мова і це її головна особливість. По-друге, перекладач ЖМ зобов'язаний знати сурдопедагогіку, сурдопсихологію, враховувати індивідуальні особливості глухої людини. Переклад з ЖМ на словесну мову і навпаки — це важка інтелектуальна робота, яка вимагає від фахівця великої ерудиції, енциклопедичних знань. Лише тоді ми зможемо говорити про успішність співпраці глухого і перекладача.

Сфери перекладацької діяльності. Перш за все, треба наголосити, що кожна мова враховує особливості своїх носіїв, середовище використання. Носії ЖМ, звичайно, це нечуючі люди. Середовище використання — спільнота глухих. Отже, ЖМ використовується за наявності хоча б однієї людини, яка потребує перекладу. Це, так би мовити, індивідуальна робота перекладача з конкретною глухою людиною. Здебільшого перекладачі ЖМ працюють для певної аудиторії нечуючих. У процесі такої роботи (за допомогою прямого перекладу), з використанням технічних засобів (відповідне освітлення, великий екран на сцені та ін.) можна передавати інформацію досить великій кількості нечуючих. Яскравий приклад — телебачення. Перекладач у студії здійснює переклад, наприклад, інформаційного випуску новин, ця трансляція розповсюджується на всю країну або певний регіон. Тобто, кожен нечуючий має можливість дивитись і розуміти, про що йдеться.

Здебільшого перекладачі працюють в обласних організаціях УТОГ, культурних, навчальних закладах, на телебаченні, у реабілітаційних центрах, на підприємствах, де знаходяться нечуючі, в деяких інших установах, коли є потреба в перекладі з жестової на словесну та навпаки. За послугами перекладача можна звертатись в обласні осередки УТОГ. Головна функція перекладача ЖМ — це

соціальна допомога нечуючим у вирішенні багатьох найважливіших питань. Відвідування лікарів, юристів, оформлення різноманітних документів, судові справи, консультації будь-яких фахівців. Ось тут на допомогу нечуючому приходять вірний помічник, порадник — перекладач ЖМ. Але щодо порадника — спірне питання. Існує кодекс честі, професійна етика перекладача ЖМ, де зазначено, що перекладач ЖМ зобов'язаний бути неупередженим, але життя і досвід свідчать про те, що між нечуючими та перекладачами дуже часто виникають приятельські, навіть дружні стосунки в процесі знайомства та подальшої спільної роботи. Тому, коли нечуючій людині потрібна порада, вона чекає допомоги від перекладача.

Шановні батьки, спостерігаючи за розвитком своєї дитини, Ви матимите змогу неодноразово переконатися у важливості такого фахівця як перекладач і звертатися при необхідності до нього. Це особливо стосується надання допомоги Вашій дитині при вирішенні багатьох важливих питань у органах влади, в судах, в міліції тощо. Слід враховувати, що у багатьох складних випадках законом обумовлена участь у судових процесах та інших подібних ситуаціях саме кваліфікованих перекладачів ЖМ, які мають відповідні посвідчення.

8.4. СПІВПРАЦЯ УТОГ З ДЕРЖАВНИМИ ТА ГРОМАДСЬКИМИ ОРГАНІЗАЦІЯМИ, ПРОФЕСІЙНИМИ ГРОМАДСЬКИМИ ОСЕРЕДКАМИ

УТОГ здійснює свою діяльність, співпрацюючи з державними і місцевими органами влади України, громадськими організаціями інвалідів України, товариствами глухих інших зарубіжних держав та ВФГ.

Крім того, за активної підтримки УТОГ створені і діють різні громадські угруповання за професійними інтересами: вже згадувані вище Спортивна Федерація глухих України, Київська спілка нечуючих художників «Натхнення», а також Об'єднання нечуючих педагогів і Рада перекладачів жестової мови.

Зокрема, Об'єднання нечуючих педагогів (ОНП) утворилося

за всебічної підтримки УТОГ та за ініціативи вчителів з порушеннями слуху 10 червня 2001 р.



Емблема ОНП.

Завдання ОНП:

- ✓ організаційне об'єднання нечуючих педагогів, сприяння підвищенню їхнього освітнього рівня, надання їм методичної допомоги, задоволення та захист їхніх законних соціальних, культурних, освітніх, наукових та інших спільних інтересів;
- ✓ сприяння поліпшенню навчально-виховного процесу у спеціальних школах за допомогою впровадження нових форм і методів, зокрема, шляхом застосування у навчальному процесі жестової мови глухих як повноцінного засобу навчання;
- ✓ сприяння пошуку і впровадження у навчальний процес закладів для дітей з порушеннями слуху нових форм і методів, які сприяють підвищенню загальноосвітнього рівня учнів;
- ✓ участь у пропаганді педагогічної праці нечуючих вчителів, вивченні і розповсюдженні досвіду їхньої роботи, сприяння підвищенню їхньої кваліфікації;
- ✓ участь у розробці рекомендацій щодо вирішення проблем людей з порушеннями слуху, з якими вони стикаються при одержанні освіти.

Одним з головних завдань ОНП є формування, власне, нечуючого педагога як унікальної особистості, який має бути для дітей з порушеннями слуху взірцем для наслідування.

ОНП, що працює на громадських засадах, нарівні з іншими організаціями бере участь у різних зустрічах і нарадах на найвищому рівні, відстоюючи не лише інтереси вчителів з порушеннями слуху, а й, певною мірою, інтереси всіх нечуючих. З цією метою здійснюється плідна співпраця з УТОГ та лабораторією жестової мови Інституту спеціальної педагогіки НАПН України.

Наприкінці 2007 року за ініціативи перекладачів ЖМ м. Києва створено **Раду перекладачів жестової мови (РПЖМ)** як консультативно-дорадчий орган Київської організації УТОГ.

Основними завданнями РПЖМ є:

- ✓ професійне об'єднання та взаємодія між перекладачами ЖМ (перекладачами-дактилологами) на засадах партнерства;
- ✓ популяризація професії перекладача ЖМ та дії, спрямовані на зростання її статусу;
- ✓ пропаганда, розповсюдження та популяризація ЖМ;
- ✓ надання консультативної допомоги з питань ЖМ (проблем спілкування глухих);
- ✓ сприяння підвищенню кваліфікації, зростанню професійної майстерності та загальнокультурного рівня перекладачів ЖМ (перекладачів-дактилологів) шляхом надання консультацій, обміну досвідом, наставництва, навчання на курсах підготовки та підвищення кваліфікації, проходження атестації;
- ✓ розробка та надання пропозицій щодо розвитку ЖМ, методик навчання та підвищення кваліфікації, проведення атестацій перекладачів ЖМ (перекладачів-дактилологів), участь у обговоренні регламентуючих нормативних документів, спрямованих на діяльність перекладачів ЖМ (перекладачів-дактилологів);
- ✓ допомога в забезпеченні кваліфікованими перекладачами ЖМ будь-яких заходів за участю людей з порушеннями слуху;
- ✓ захист професійних інтересів перекладачів ЖМ (перекладачів-дактилологів);
- ✓ контроль за дотриманням перекладачами ЖМ (перекладачами-дактилологами) професійних та етичних норм у роботі;
- ✓ розгляд конфліктних, спірних ситуацій стосовно діяльності перекладачів ЖМ (перекладачів-дактилологів);
- ✓ організація та проведення семінарів, практикумів, тренінгів, конференцій тощо з питань перекладацької діяльності та розвитку ЖМ тощо.

Діючи у тісній співпраці з УТОГ, перераховані вище громадські організації вносять свій внесок у захист прав та інтересів нечуючих осіб.

Розділ 9

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА КОНСУЛЬТАЦІЯ



9.1. ДЕРЖАВНА ТИПОВА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ

Закони України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» і «Про реабілітацію інвалідів в Україні» визначають основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням слуху, функціонування системи підтримання інвалідами зі слуху фізичного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності.

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» Постановою КМ України від 8.12.2006 року № 1686 затверджено **Державну типову програму реабілітації інвалідів**.

Цим документом встановлено гарантований державою перелік послуг з медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, побутової і соціальної реабілітації, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення, які надаються інваліду, дитині-інваліду безоплатно або на пільгових умовах з урахуванням фактичних потреб залежно від віку, статі, виду захворювання.

Програма визначає системний підхід до організації реабілітації, послідовності і наступності у проведенні багатопрофільних реабілітаційних заходів, запровадження державних реабілітаційних стандартів і встановлення контролю за якістю реабілітаційних послуг. Все це має сприяти відновленню оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи для її інтеграції в суспільство.

Програма виконується шляхом складання індивідуальних про-

грам реабілітації для інвалідів медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК), для дітей-інвалідів — лікарсько-консульта- тивними комісіями (ЛКК) лікувально-профілактичних закладів.

Обсяг реабілітаційних послуг, що надаються за індивідуальною програмою реабілітації інваліда та дитини-інваліда, не може бути менший від передбаченого Програмою.

У ній, зокрема, розроблено перелік послуг, що надаються інвалідам з ураженням органів слуху.

Індивідуальна програма реабілітації для інваліда та дитини-інваліда визначається відповідно до переліку реабілітаційних послуг, технічних та інших засобів реабілітації, виробів медичного призначення залежно від нозологій захворювань.

Фінансування Програми здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, Фонду соціального захисту інвалідів, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, місцевих бюджетів, а також інших джерел.

9.2. ПОРЯДОК ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Підстава: *постанова КМ України від 4.04.1994 р. № 221*

1. Експертиза тривалої або стійкої втрати працездатності проводиться МСЕК МОЗ.

2. У МСЕК проходять огляд громадяни, які частково чи повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм та уроджених дефектів, що обмежують їх життєдіяльність, а також особи, які за чинним законодавством мають право на соціальну допомогу, з метою виявлення компенсаторно-адаптаційних можливостей особи для реалізації заходів реабілітації та адаптації інвалідів.

3. Направлення для огляду хворого у МСЕК видається ЛКК відповідного лікувально-профілактичного закладу за формою, затвердженою МОЗ, після клінічних досліджень, що підтверджують стійкий чи незворотний характер захворювання, а також у тому

разі, коли хворий був звільнений від роботи протягом чотирьох місяців з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом п'яти місяців у зв'язку з одним і тим же захворюванням за останні дванадцять місяців, а хворий на туберкульоз — протягом десяти місяців з дня настання непрацездатності.

4. Огляд хворих у МСЕК проводиться за місцем проживання або лікування з пред'явленням паспорта чи іншого документа, який посвідчує особу, та направлення, зазначеного у пункті 3 цього Порядку.

Якщо хворий за станом здоров'я не може з'явитися на МСЕК, огляд проводиться вдома або в стаціонарі, де він перебуває на лікуванні.

5. МСЕК у разі потреби приймає рішення щодо продовження термінів тимчасової непрацездатності понад зазначені у пункті 3 цього Порядку для долікування хворого.

6. Огляд у МСЕК тимчасово непрацездатного громадянина повинен здійснюватися не більше семи днів.

Якщо МСЕК не прийняла рішення про продовження терміну тимчасової непрацездатності, лікарняний листок закривається датою огляду хворого у МСЕК.

7. У разі визнання хворого інвалідом інвалідність установлюється з дня надходження до МСЕК документів, на підставі яких приймається відповідне рішення.

8. МСЕК установлює:

а) ступінь обмеження життєдіяльності людини, стан працездатності, групу інвалідності, причину і час настання інвалідності внаслідок загального захворювання, трудового каліцтва чи професійного захворювання;

б) ступінь втрати працездатності (у відсотках);

в) причинний зв'язок інвалідності колишніх військово-службовців з перебуванням на фронті або з виконанням інших обов'язків військової служби;

г) причинний зв'язок інвалідності із захворюванням чи каліцтвом, які виникли в дитинстві, уродженим дефектом;

г) ступінь втрати здоров'я, групу, причину, зв'язок і час на-

стання інвалідності громадян, які постраждали внаслідок політичних репресій та Чорнобильської катастрофи;

д) ступінь стійкої втрати працездатності у хворих для направлення їх у будинки-інтернати для престарілих та інвалідів;

е) медичні показання на право одержання інвалідами автомобілів з ручним керуванням і протипоказання до їх керування.

9. Інвалідність внаслідок трудового каліцтва встановлюється на підставі акта про нещасний випадок, складеного за місцем роботи, чи рішенням суду про факт травмування на виробництві.

Інвалідність вважається такою, що настала внаслідок трудового каліцтва, якщо нещасний випадок, який спричинив інвалідність, стався (крім випадків протиправного діяння):

а) під час виконання трудових обов'язків (у тому числі під час відрядження), а також здійснення будь-яких дій в інтересах підприємства, установи, організації (навіть без спеціального доручення);

б) по дорозі на роботу або з роботи;

в) на території підприємства, установи, організації або в іншому місці роботи протягом робочого часу (включаючи встановлені перерви);

г) поблизу підприємства, установи, організації або іншого місця роботи протягом робочого часу (включаючи встановлені перерви), якщо перебування там не суперечило правилам внутрішнього трудового розпорядку;

г) у разі виконання державних або громадських обов'язків;

д) у разі виконання дій для рятування людського життя, охорони державної, колективної та індивідуальної власності, а також для охорони правопорядку.

10. Інвалідність унаслідок професійного захворювання встановлюється відповідно до висновку спеціалізованого медичного закладу про наявність професійного захворювання.

Список професійних захворювань затверджується в порядку, що визначається КМ України.

11. Ступінь втрати професійної працездатності працівників, ушкодження здоров'я яких пов'язано з виконанням ними трудових обов'язків, встановлюється у відсотках на підставі направлення власника підприємства, установи, організації або уповноваженого ним органу чи рішення суду, постанови прокурора, висновку органів дізнання або попереднього слідства.

12. Причинний зв'язок інвалідності колишніх військовослужбовців з перебуванням на фронті або з виконанням інших обов'язків військової служби встановлюється МСЕК на підставі документів військово-лікувальних закладів (свідоцтво про хворобу, довідка про поранення), а також військово-облікових документів про термін служби, відомостей про участь в антифашистському підпіллі.

13. Ступінь втрати працездатності військовослужбовців і військовозобов'язаних у період проходження служби (зборів) з метою виплати страхових сум за державним обов'язковим особистим страхуванням встановлюється у відсотках і рішення про це приймається на підставі:

а) копії свідоцтва про хворобу за формою № 8, затвердженою Міноборони, що видане військово-лікувальним закладом або районним військовим комісаріатом у разі визнання військово-лікарською комісією (ВЛК) військовослужбовця або військовозобов'язаного в період проходження служби (зборів) непридатним за станом здоров'я для подальшого проходження служби (зборів) внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання. При цьому ступінь втрати працездатності застрахованого встановлюється з дня огляду ВЛК, але не пізніше дати звільнення з військової служби;

б) довідки за формою № 12, затвердженою Міноборони, що видана зазначеним у підпункті «а» цього пункту закладом або військовим комісаріатом, якщо застрахованого визнано обмежено придатним до військової служби (зборів) або професійної діяльності у разі втрати ним здоров'я внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання, одержаних в період проходження військової служби (зборів), але не підлягає звільненню з

військової служби (зборів). При цьому ступінь втрати працездатності встановлюється МСЕК на підставі поданих ВЛК документів з дня їх розгляду;

в) довідки, зазначеної у підпункті «б» цього пункту, якщо застрахованого визнано ВЛК придатним до військової служби (зборів) у разі втрати ним здоров'я внаслідок поранення (контузії, травми або каліцтва), захворювання, одержаних в період проходження військової служби (зборів). Ступінь втрати працездатності встановлюється МСЕК після закінчення лікування.

14. Ступінь втрати працездатності працівників, які відповідно до чинного законодавства підлягають державному обов'язковому особистому страхуванню, з метою виплати страхових сум встановлюється у відсотках згідно з довідкою про страхову подію. Зазначена довідка видається за місцем роботи (служби) працівника.

15. Причинний зв'язок інвалідності з хворобами, перенесеними у дитинстві, встановлюється за наявності документів лікувально-профілактичних закладів, що свідчать про початок захворювання або перенесену травму до 16-річного віку (для тих, хто навчається, — до 18-річного віку).

16. Інвалідність внаслідок поранення, контузії або каліцтва, пов'язаних з бойовими діями в період Великої Вітчизняної війни, чи з їх наслідками для осіб до 16-річного віку, а для тих, хто навчається, — до 18-річного віку встановлюється відповідно до висновків лікувально-профілактичних закладів і довідки органів соціального захисту населення чи інших державних органів з приводу цих подій.

17. Ступінь втрати здоров'я, група і час настання інвалідності осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, визначається МСЕК за наявності посвідчення учасника ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, висновків лікувально-профілактичних закладів, міжвідомчих експертних рад чи постанови ВЛК або посвідчення потерпілого від Чорнобильської катастрофи, висновків лікувально-профілактичних закладів і спеціалізованих ЛКК.

18. Ступінь втрати здоров'я, група і причинний зв'язок інва-

лідності громадян з політичними репресіями встановлюються на підставі висновків лікувально-профілактичних закладів про виникнення захворювання у період цих політичних репресій.

19. Питання про ступінь стійкої втрати працездатності у хворих для направлення їх у будинки-інтернати для престарілих та інвалідів вирішуються згідно з висновками лікувально-профілактичних закладів і виходячи із можливості перебування у цих закладах.

20. Рішення про необхідність виділення інвалідові автомобіля з ручним керуванням приймається МСЕК відповідно до висновку лікувально-профілактичного закладу згідно з переліками медичних показань і протипоказань, які затверджуються МОЗ за погодженням з Мінсоцзахистом.

21. МСЕК видає особам, які визнані інвалідами чи стосовно яких встановлено факт втрати професійної працездатності, довідки та індивідуальні програми реабілітації і у триденний термін відсилає копії цих документів до відповідних органів, що здійснюють пенсійне забезпечення та державне страхування. За місцем роботи цих осіб надсилається повідомлення щодо групи та причини інвалідності, а у разі встановлення ступеня втрати професійної працездатності — витяг із акта огляду у МСЕК про результат визначення ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках.

22. Відповідно до індивідуальної програми реабілітації інваліда МСЕК розробляє для кожного інваліда рекомендації щодо його реабілітації за участю лікуючого лікаря лікувально-профілактичного закладу.

23. МСЕК визначає не протипоказані для кожного інваліда за станом здоров'я види трудової діяльності і умови праці, які сприятимуть відновленню порушених функцій організму, та перевіряє відповідність умов праці інвалідів своїм висновкам.

24. У разі незгоди громадянина з рішенням районної, міжрайонної, міської медико-соціальної експертної комісії він має право подати протягом місяця письмову заяву до Кримської республіканської, обласної, центральної міської МСЕК або до медико-соціальної експертної комісії, в якій він проходив огляд, чи до

відповідного управління охорони здоров'я. Комісія, що проводила огляд, або управління охорони здоров'я надсилають в триденний термін з дня одержання заяви всі наявні документи разом із заявою на розгляд Кримської республіканської, обласної, центральної міської медико-соціальної експертної комісії, яка протягом місяця з дня подання заяви проводить повторний огляд хворого і приймає відповідне рішення.

25. Рішення Кримської республіканської, обласної, центральної міської МСЕК може бути оскаржено до МОЗ.

МОЗ за наявності фактів порушення законодавства про медико-соціальну експертизу доручає іншому складу Кримської республіканської, обласної або центральної міської МСЕК з урахуванням усіх наявних обставин повторно розглянути те питання, з якого оскаржується рішення, а також вживає інших заходів для забезпечення дотримання чинного законодавства під час проведення медико-соціальної експертизи.

26. Рішення МСЕК може бути оскаржено в судовому порядку.

9.3. ІНСТРУКЦІЯ ПРО ВСТАНОВЛЕННЯ ІНВАЛІДНОСТІ

Підстава: Наказ МОЗ України від 07.04.2004 N 183.

1. Загальні положення

Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів України» визначається, що інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, наслідком травм, або з уродженими дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі і захисті.

1.1. В цій Інструкції терміни вживаються в такому значенні:

Інвалідність — соціальна недостатність (дезадаптація) внаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги.

Життєдіяльність — повсякденна діяльність, що здатна забезпечити людині своє існування, існування інших членів суспіль-

ства та всього суспільства у цілому шляхом навчання, спілкування, орієнтації, пересування, самообслуговування, контролю за своєю поведінкою, участі у трудовій діяльності. Життєдіяльність являє собою інтеграцію фізичних, психологічних та соціальних функцій людини.

Обмеження життєдіяльності — неможливість виконувати повсякденну діяльність способом та в обсязі, звичайних для людини, що створює перешкоди у соціальному середовищі, ставить її в незручне становище порівняно зі здоровими і проявляється частковою або повною втратою здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, навчання, контролю за поведінкою, а також значним обмеженням обсягу трудової діяльності, зниженням кваліфікації і призводить до соціальної дезадаптації.

Категорії (критерії) життєдіяльності — це здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності.

Здатність до пересування — можливість ефективно пересуватися у своєму оточенні (ходити, бігати, долати перепони, користуватися особистим та громадським транспортом). *Параметри оцінки* — характер ходи, темп пересування, відстань, яку долає хворий, здатність самостійно користуватися транспортом, потреба у допомозі інших осіб при пересуванні.

Здатність до обслуговування — можливість ефективно виконувати повсякденну побутову діяльність і задовольняти потреби без допомоги інших осіб. *Параметри оцінки* — інтервал часу, через який виникає потреба в допомозі: епізодична допомога (рідше одного разу на місяць), регулярна (кілька разів на місяць), постійна допомога (кілька разів на тиждень — регульована або кілька разів на день — нерегульована — допомога).

Здатність до орієнтації — можливість самостійно орієнтуватися у просторі та часі, мати уяву про навколишні предмети. Основними системами орієнтації є зір та слух (за умови нормального стану психічної діяльності та мови). *Параметри оцінки* — можливість розрізняти зорові образи людей та предметів на відстані, що збільшується, і в різних умовах (наявність або відсут-

ність перешкод, знайомство з обстановкою), розрізняти звуки та усне мовлення (слухова орієнтація) за відсутності або наявності перешкод і ступеня компенсації порушення слухового сприйняття усного мовлення ін. способами (письмо, невербальні форми); необхідність використання технічних засобів для орієнтації та допомоги ін. осіб у різних видах повсякденної діяльності (у побуті, у навчанні, на виробництві).

Здатність до спілкування (комунікативна здатність) — можливість установлювати контакти з ін. людьми та підтримувати суспільні взаємозв'язки (порушення спілкування, пов'язані з розладом психічної діяльності, тут не розглядаються).

Основним засобом комунікації є усне мовлення, допоміжним — читання, письмо, невербальна мова (жестова, знакова). *Параметри оцінки* — характеристика кола осіб, з якими можлива підтримка контактів, а також потреба у допомозі інших осіб у процесі навчання і трудової діяльності.

Здатність контролювати свою поведінку — можливість вести себе у відповідності з морально-етичними і правовими нормами суспільного середовища. *Параметри оцінки* — здатність усвідомлювати себе і дотримуватися установлених суспільних норм, ідентифікувати людей та об'єкти і розуміти стосунки між ними, правильно сприймати, інтерпретувати і адекватно реагувати на традиційну і незвичну ситуації, дотримуватися особистої безпеки, особистої охайності.

Здатність до навчання — можливість сприймати, засвоювати та накопичувати знання, формувати навички і уміння (побутові, культурні, професійні та ін.) у цілеспрямованому процесі навчання; **можливість до професійного навчання** — здатність до оволодіння теоретичними знаннями і практичними навичками та уміннями конкретної професії. *Параметри оцінки* — можливість навчання у звичайних або спеціально створених умовах (спеціальний навчальний заклад або група, навчання в домашніх умовах та ін.); обсяг програми, терміни і режим навчання; можливість освоєння професій різного кваліфікаційного рівня або лише окремих видів робіт; необхідність використання спеціальних засобів

навчання і залучення допомоги ін. (крім викладача) осіб.

Здатність до трудової діяльності — сукупність фізичних та духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, що дозволяє їй займатися різного роду трудовою діяльністю.

Професійна працездатність — здатність людини якісно виконувати роботу, яка передбачена конкретною професією, що дозволяє реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва у відповідності до вимог змісту і обсягу виробничого навантаження, установленого режиму роботи та умов виробничого середовища.

Параметри оцінки — збереження або втрата професійної здатності, можливість трудової діяльності за іншою професією, яка за кваліфікацією дорівнює попередній, оцінка допустимого обсягу роботи у своїй професії і посаді, можливість трудової зайнятості в звичайних або спеціально створених умовах.

Порушення професійної працездатності — найчастіша причина соціальної недостатності, яка може виникати первинно, коли ін. категорії життєдіяльності не порушені, або вторинно — на основі обмеження життєдіяльності. Здатність до праці за конкретною професією у інвалідів з обмеженням ін. критеріїв життєдіяльності може бути збережена повністю або частково чи відновлена засобами професійної реабілітації, після чого інваліди можуть працювати у звичайних або спеціально створених умовах з повною чи неповною тривалістю робочого часу.

Ступінь обмеження життєдіяльності — величина відхилення від норми діяльності людини. Ступінь обмеження життєдіяльності характеризується однією або поєднанням кількох зазначених найважливіших її критеріїв. Виділяють три ступені: помірно виражений, виражений, значний.

I. Помірно виражене обмеження життєдіяльності зумовлене такими порушеннями функцій органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

II. Виражене обмеження життєдіяльності обумовлюється порушенням функцій органів та систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

III. Значне обмеження життєдіяльності виникає внаслідок значних порушень функцій органів чи систем організму, що призводить до неможливості або значного порушення здатності чи можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності та супроводжується необхідністю в сторонньому догляді (сторонній допомозі).

Обмеження самообслуговування:

I-й ступінь — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів;

II-й ступінь — здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів та за допомогою ін. осіб;

III-й ступінь — нездатність до самообслуговування та повна залежність від ін. осіб.

Обмеження здатності самостійно пересуватися:

I-й ступінь — здатність самостійно пересуватися з тривалішою витратою часу, пересування із зупинками і скорочення відстані;

II-й ступінь — здатність самостійно пересуватися з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою ін. осіб;

III-й ступінь — нездатність самостійно пересуватися та повна залежність від ін. осіб.

Обмеження здатності до навчання:

I-й ступінь — здатність до навчання в освітніх закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму навчального процесу та (чи) з використанням допоміжних засобів, за допомогою ін. осіб (крім персоналу, який навчає);

II-й ступінь — здатність до навчання лише у спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в домашніх умовах;

III-й ступінь — нездатність до навчання.

Обмеження здатності до трудової діяльності:

I-й ступінь — здатність до виконання трудової діяльності за ін. спеціальністю при відсутності зниження кваліфікації чи зменшенні обсягу виробничої діяльності та неможливості виконання роботи за своєю попередньою професією;

II-й ступінь — здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів та (чи) спеціально обладнаного робочого місця, за допомогою ін. осіб;

III-й ступінь — нездатність до трудової діяльності.

Обмеження здатності до орієнтації:

I-й ступінь — здатність до орієнтації за умови використання допоміжних засобів;

II-й ступінь — здатність до орієнтації, що потребує допомоги ін. осіб;

III-й ступінь — нездатність до орієнтації (дезорієнтація).

Обмеження здатності до спілкування:

I-й ступінь — здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передання інформації;

II-й ступінь — здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів та (чи) за допомогою ін. осіб;

III-й ступінь — нездатність до спілкування.

Обмеження здатності контролювати свою поведінку:

I-й ступінь — часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку;

II-й ступінь — здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку лише за допомогою сторонніх осіб;

III-й ступінь — нездатність контролювати свою поведінку.

Соціальна недостатність (дезадаптація) — нездатність людини виконувати звичайну для її становища роль у суспільстві, яка зумовлена обмеженням життєдіяльності з урахуванням віку, статі, місця проживання, освіти тощо, що призвела до нездатності до самостійного проживання, неможливості встановлення соці-

альних зв'язків, потреби в допомозі ін. осіб, до підтримки економічної незалежності, занять, властивих людині, включаючи професійну діяльність.

Соціальний захист інвалідів — система гарантованих державою постійних або довгострокових економічних, соціальних і правових заходів, що забезпечують інвалідам умови для подолання, заміщення, компенсації обмеження життєдіяльності.

Соціальна допомога — періодичні чи регулярні заходи, які сприяють усуненню або зменшенню соціальної недостатності. Види соціальної допомоги — гарантована соціальна допомога з боку держави у вигляді грошових виплат (пенсії, грошова допомога, одноразові виплати), забезпечення технічними та іншими засобами: автомобілями, крісло-візками, протезно-ортопедичними виробами, друкованими виданнями зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальною апаратурою та сигналізаторами, а також шляхом надання послуг з медичної, соціальної, професійної реабілітації та побутового обслуговування.

Реабілітація інвалідів — система медичних, психологічних, соціально-економічних, юридичних, професійних, освітніх педагогічних та ін. заходів, спрямованих на усунення і компенсацію обмежень життєдіяльності та соціальну адаптацію інваліда. Реабілітація інвалідів включає в себе: медичну, професійну, соціальну реабілітацію.

Реабілітація медична — комплекс лікувальних заходів, спрямованих на відновлення і розвиток порушених фізіологічних функцій хворої людини, на виявлення і активізацію компенсаторних можливостей її організму з метою забезпечення у подальшому умов для повернення інваліда до активного самостійного життя.

Реабілітація професійна — комплекс державних та суспільних заходів, спрямованих на відновлення працездатності хворого або інваліда, повернення або залучення людини до суспільно корисної праці у доступних їй за станом здоров'я умовах, з урахуванням особистих здібностей та побажань з метою досягнення нею матеріальної незалежності, самозабезпечення та інтеграції у суспільство.

Реабілітація соціальна — комплекс державних та суспільних заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для соціальної інтеграції інваліда в суспільство, відновлення його соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом орієнтації у соціальному середовищі, соціально-побутової адаптації, різноманітних видів патронажу і соціального обслуговування.

Реабілітаційний потенціал — комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик людини, а також факторів соціального середовища, що дозволяють реалізувати її потенційні можливості до реабілітації.

Реабілітаційний прогноз — передбачувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу та передбачуваний рівень інтеграції інвалідів у суспільство. Реабілітаційний прогноз визначається не тільки рівнем і змістом реабілітаційного потенціалу, а також реальними можливостями застосування для його реалізації сучасних реабілітаційних технологій, засобів і методів.

Трудовий прогноз — передбачувана можливість відновити або продовжити трудову діяльність інваліда за умов виконання реабілітаційних заходів. Він базується на сукупній оцінці клінічних, функціональних, соціально-гігієнічних та психологічних ознак людини. Для інвалідів з дитинства — можливість засвоєння трудових (професійних) навичок у процесі навчання і реалізації їх на ринку праці.

Соціально-трудова адаптація — процес пристосування інвалідів до адекватного і оптимального виконання соціальних функцій, які пов'язані з трудовою діяльністю.

Соціально-трудова підтримка — допомога інваліду в отриманні професійної консультації професійної орієнтації, професійної підготовки і освіти, зв'язок зі службою зайнятості та безпосередньо з підприємствами (у тому числі спеціалізованими) для допомоги у працевлаштуванні, наданні надомної роботи, що потребує певних знань та навичок, набутих шляхом навчання і практичного досвіду.

Кваліфікація — рівень загальної і спеціальної підготовки пра-

цівника, що підтверджується встановленими законодавством документами (атестат, диплом, свідоцтво та ін.).

Посада — службове положення працівника, зумовлене колом його обов'язків, посадовими правами та характером відповідальності.

Спеціальність — сукупність набутих шляхом спеціальної підготовки та досвіду роботи знань, умінь і навичок, необхідних для виконання певного виду трудової діяльності в межах даної професії.

Основна професія — робота за вищою професійною кваліфікацією серед інших професій або кваліфікована робота, що виконується тривалий час.

Спеціально створені умови — комплекс заходів, що забезпечують необхідні для інваліда умови та режим праці: значно скорочений робочий день з наданням показаних видів праці, індивідуальні норми вироблення, введення додаткових перерв, суворе дотримання санітарно-гігієнічних норм, систематичне медичне спостереження, можливість повністю або частково працювати вдома та інші особливості в умовах праці. Працевлаштування інвалідів у спеціально створених умовах здійснюється на спеціальних робочих місцях; у спеціальних цехах, спеціальних дільницях, на спеціалізованих підприємствах, що призначені для праці інвалідів; в надомних умовах.

Спеціальне робоче місце — робоче місце, що вимагає додаткових заходів з організації праці, яке включає адаптацію основного і допоміжного обладнання, технічного та організаційного оснащення, додаткового оснащення і забезпечення технічним пристосуванням з урахуванням індивідуальних можливостей інвалідів.

Інвалідність у повнолітніх осіб визначається шляхом експертного обстеження МСЕК, підпорядкованими Республіканському в АР Крим, обласним та міським в містах Києві та Севастополі центрам (бюро) медико-соціальної експертизи.

Рішення про інвалідність ґрунтується на оцінці комплексу клініко-функціональних, соціально-педагогічних, соціально-побутових та професійних чинників. При цьому враховуються характер

захворювання, ступінь вираженості порушених функцій організму, в тому числі, що значно впливають на професію, ефективність лікування, та реабілітаційних заходів, стан компенсаторно-адаптаційних можливостей організму, клінічний та трудовий прогноз, здатність до соціальної адаптації, потреба в різних видах реабілітації та соціальної допомоги, особисті установки, конкретні умови і зміст праці, освіта та професійна підготовка, вік, необхідність і можливість працевлаштування.

Відповідно до Положення про медико-соціальну експертизу, затвердженого Постановою КМ України від 22 лютого 1992 року № 83, медико-соціальна експертиза повинна здійснюватись після повного та всебічного медичного обстеження, проведення необхідних досліджень, визначення клініко-функціонального діагнозу, соціально-психологічного стану, професійно-трудового прогнозу, отримання результатів відновлювального лікування, соціально-трудової реабілітації та інших даних, що підтверджують стійкий або незворотний характер захворювання. Хворого, який направляється на медико-соціальне експертне обстеження, представляє лікар, який лікує, або голова лікарсько-консультаційної комісії лікувально-профілактичного закладу. Для вирішення соціальних питань запрошуються представники власника підприємства, установи, організації, де працює хворий, або уповноваженого ним органу та профспілкового комітету.

Документи, що використовуються для визначення причинного зв'язку інвалідності, подаються в оригіналі або нотаріально засвідчені. Документи іноземних громадян для огляду у МСЕК подаються в перекладі українською мовою та нотаріально засвідчуються.

З метою об'єктивної оцінки стану здоров'я і ступеня обмеження життєдіяльності під час огляду у МСЕК у кожному випадку проводиться комплексне обстеження хворого: опитування, вивчення необхідних документів, комісійний огляд усіма членами МСЕК та оцінка стану всіх систем організму, вивчення всіх необхідних даних лабораторних та функціональних методів дослідження.

Після прийняття експертного рішення про групу інвалідності, визначення реабілітаційного потенціалу та реабілітаційного про-

гнозу складається індивідуальна програма реабілітації, де зазначаються конкретні заходи щодо реабілітації інваліда, передбачається їх послідовність, комплексність і терміни виконання, очікувані результати та критерії оцінки ефективності реабілітаційних заходів.

Залежно від ступеня обмеження життєдіяльності встановлюють **I, II, III групи інвалідності**, а також причини інвалідності: загальне захворювання; інвалідність з дитинства; трудове каліцтво; професійне захворювання; поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, пов'язані із захистом Батьківщини; поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, пов'язані з перебуванням у партизанському загоні; поранення, контузії або каліцтва, пов'язані з бойовими діями у період Великої Вітчизняної війни (або з наслідками бойових дій); поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, отримані при виконанні обов'язків військової служби; захворювання, отримане в період проходження військової служби; поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, отримані при виконанні міжнародного обов'язку; поранення, контузія, травма, каліцтво, захворювання, отримані при виконанні обов'язків військової служби під час ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС, ін. ядерних об'єктах та випробуваннях ядерної зброї; захворювання, травма, каліцтво, пов'язані з роботами під час ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС та інших ядерних об'єктах; захворювання, пов'язане з впливом аварії на Чорнобильській АЕС.

При підвищенні групи інвалідності внаслідок професійного захворювання, трудового каліцтва, захворювань та травм, пов'язаних з аварією на ЧАЕС, з бойовими діями у період Великої Вітчизняної війни в разі виникнення більш важкого загального захворювання причина інвалідності встановлюється згідно з вибором хворого.

2. Критерії встановлення груп інвалідності

2.1. Перша група інвалідності

Підставою для встановлення першої групи інвалідності є стійкі, значно вираженої важкості функціональні порушення в ор-

ганізмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, неспроможності до самообслуговування і викликають потребу в постійному, що не регулюється, сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

До I групи належать особи з найважчим станом здоров'я, які повністю нездатні до самообслуговування, потребують повного постійного стороннього догляду, допомоги або нагляду, абсолютно залежні від ін. осіб або які частково здатні до виконання окремих елементів самообслуговування, потребують постійного стороннього догляду, допомоги або нагляду, залежні від ін. осіб у забезпеченні життєво важливих соціально-побутових функцій.

Критерії встановлення **I групи інвалідності**: нездатність до самообслуговування чи повна залежність від ін. осіб; нездатність до самостійного пересування чи повна залежність від ін. осіб; нездатність до орієнтації (дезорієнтація); нездатність до спілкування; нездатність контролювати свою поведінку.

2.2. Друга група інвалідності

Підставою для встановлення **другої групи інвалідності** є стійкі, визначеної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, травмою або уродженим дефектом, що призводять до значного обмеження життєдіяльності людини, при збереженій здатності до самообслуговування, однак не викликають потреби в постійному сторонньому нагляді, догляді чи допомозі.

Критерії встановлення **II групи інвалідності**: здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою інших осіб; здатність до самостійного пересування з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою ін. осіб; нездатність до трудової діяльності чи здатність до виконання трудової діяльності у спеціально створених умовах з використанням допоміжних засобів і (або) спеціально обладнаного робочого місця за допомогою ін. осіб; нездатність до навчання чи здатність до навчання тільки у спеціальних навчальних закладах або за спеці-

альними програмами вдома; здатність до орієнтації в часі і просторі, що потребує допомоги ін. осіб; здатність до спілкування з використанням допоміжних засобів і (або) за допомогою ін. осіб; здатність частково чи повністю контролювати свою поведінку лише за допомогою сторонніх осіб.

До II групи інвалідності можуть належати також особи, які мають дві або більше хвороби, що призводять до інвалідності, наслідки травми або уроджені дефекти та їх комбінації, що в сукупності функціональних порушень призводять до значного обмеження життєдіяльності людини та її працездатності.

Друга група призначається інвалідам з дитинства (учням, студентам) на період навчання; після закінчення навчального закладу надається довідка про придатність їх до роботи внаслідок набуття професії.

Інваліди II групи можуть виконувати ту чи ін. роботу в спеціально створених умовах: в спеціальних для інвалідів цехах, де забезпечується організація особливого режиму праці (скорочення робочого дня, індивідуальні норми виробітку, додаткові перерви у роботі, суворе дотримання санітарно-гігієнічних норм, медичний нагляд і систематична лікарська допомога та ін.), на спеціально створених робочих місцях, в надомних умовах з індивідуальним ритмом роботи без обов'язкових норм виробітку, з доставкою в необхідних випадках сировини додому та прийманням вдома готової продукції.

Інваліди II групи можуть виконувати не протипоказані види праці, в тому числі і висококваліфікованої, у будь-яких установах і на підприємствах різних форм власності, де адміністрація забезпечує спеціальні умови (наприклад, ненормований робочий день, невеликий обсяг роботи, необхідні перерви в роботі, режим харчування, окремі приміщення та ін.).

2.3. Третя група інвалідності

Підставою для встановлення **третьої групи інвалідності** є стійкі, помірної важкості функціональні порушення в організмі, зумовлені захворюванням, наслідками травм або уродженими де-

фектами, що призвели до помірно вираженого обмеження життєдіяльності, в тому числі працездатності, які потребують соціальної допомоги і соціального захисту.

Критерії встановлення **III групи інвалідності**: здатність до самообслуговування з використанням допоміжних засобів; здатність до самостійного пересування з більшим витрачанням часу, часткового пересування та скорочення відстані; здатність до навчання у навчальних закладах загального типу при дотриманні спеціального режиму навчального процесу і (або) з використанням допоміжних засобів, за допомогою ін. осіб (крім персоналу, що навчає); здатність до орієнтації в часі, у просторі за умови використання допоміжних засобів; здатність до спілкування, що характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передавання інформації.

Помірно виражене обмеження життєдіяльності визначається частковою втратою можливостей до повноцінної трудової діяльності (втрата професії, значне зниження кваліфікації або зменшення обсягу трудової діяльності; значне утруднення в набутті професії чи в працевлаштуванні): значне зменшення (більше ніж на 25 %) обсягу трудової діяльності; втрата професії чи значне зниження кваліфікації; значне утруднення в набутті професії чи в працевлаштуванні у осіб, які раніше ніколи не працювали та не мають професії.

3. Терміни переогляду інвалідів

Переогляд інвалідів з нестійкими, зворотними морфологічними змінами та порушеннями функцій органів і систем організму з метою визначення ефективності відновлювального лікування та реабілітаційних заходів, стану здоров'я і ступеня соціальної адаптації проводиться через 1 – 3 роки.

Переогляд інвалідів раніше вказаних термінів, а також громадян, інвалідність яким встановлено без зазначення терміну переогляду, проводиться при зміні стану здоров'я і працездатності або при виявленні фактів зловживань чи помилок, допущених у встановленні групи інвалідності.

Група інвалідності без зазначення терміну переогляду встанов-

люється громадянам при анатомічних дефектах і прирівняних до них станах (розділ 4), стійких незворотних морфологічних змінах та порушеннях функцій органів і систем організму, неефективності реабілітаційних заходів, неможливості відновлення соціальної адаптації, несприятливому прогнозі динаміки працездатності з урахуванням реальних соціально-економічних обставин у районі проживання інваліда, а також чоловікам старше 60 років і жінкам старше 55 років, інвалідам, у яких термін перегляду настає у чоловіків після досягнення 60 років, жінок — 55 років.

4. Анатомічні дефекти і прирівняні до них стани

4.1. Перша група інвалідності

4.1.1. Відсутність очей.

4.1.2. Уроджені рудиментарні очні яблука.

4.1.3. Субатрофія обох очних яблук з гостротою зору з перенесеною корекцією до 0,01.

4.1.4. Хронічні, спадково-дегенеративні захворювання ЦНС та травми при незворотних станах та при хронічно-прогресувальному перебігу з одним або кількома такими синдромами: геміплегією, вираженим аміостатичним синдромом, вираженою атаксією, гіперкінетичним синдромом з неможливістю стояння та ходи, тетраплегією, верхньою чи нижньою параплегією або різко вираженим парапарезом, з вираженим нижнім парапарезом зі значним порушенням функції тазових органів, тотальною афазією, вираженим парезом трьох кінцівок.

4.1.5. Кукси двох кінцівок: нижніх — на рівні середньої третини стегна і вище, кукси кистей з відсутністю усіх фаланг чотирьох пальців, за винятком першого чи трьох пальців кисті, включаючи перший, і вищий рівень ампутації.

4.2. Друга група інвалідності

4.2.1. Відсутність однієї легені і хронічна дихальна недостатність II ступеня внаслідок патологічних змін другої легені.

4.2.2. Стійкий повний птоз на обох очах після усіх видів від-

новного лікування.

4.2.3. Параліч верхньої кінцівки.

4.2.4. Параліч нижньої кінцівки.

4.2.5. Виражений верхній або нижній паразетез, виражений геміпаез.

4.2.6. Значні дефекти черепа (60 кв. см і більше), які не заміщені аутоканиною.

4.2.7. Кукса плеча чи передпліччя при помірному порушенні функції іншої верхньої кінцівки: привідна контрактура плечового суглоба I – II ст., деформувальний артроз ліктьового суглоба I – II ст., деформувальний артроз променево-зап'ястного суглоба I – II ст.; кукса кисті або передпліччя і кукса гомілки.

4.2.8. Екзартикуляція верхньої кінцівки в плечовому суглобі.

4.2.9. Кукса верхньої і нижньої кінцівки та відсутність зору або глухота.

4.2.10. Кукса верхньої і нижньої кінцівки та відсутність зору на одне око.

4.2.11. Екзартикуляція стегна.

4.2.12. Коротка кукса стегна при неможливості протезування.

4.2.13. Кукса обох гомілок.

4.2.14. Хибна кукса нижньої кінцівки або обох стоп на рівні суглоба Шопара при відсутності можливості медичної реабілітації і протезування.

4.2.15. Анкілоз кульшового суглоба з помірним порушенням функції другого кульшового суглоба (ПФС II).

4.2.16. Двобічний коксартроз (III – IV ст.).

4.2.17. Калова (сечова) нориця, неприродний задній прохід при неефективності або наявності протипоказань до оперативного втручання.

4.2.18. Кукса стегна при помірному порушенні рухових чи статичних функцій іншої нижньої кінцівки (деформувальний артроз кульшового суглоба I – II ст., неправильно зрослий перелом стегнової кістки зі скривленням осі, укороченням кінцівки на 2 – 3 см, фіброзний анкілоз колінного суглоба, помірна контрактура колінного суглоба, помірна контрактура гомілково-ступневого суглоба

порушення функції суглоба II ст.), кукси обох гомілок, анкілоз кульшового суглоба з помірним порушенням функції другого кульшового суглоба, порушення функції суглоба II–III ст., двобічний коксартроз.

4.2.19. Стан після ендопротезування двох кульшових чи двох колінних суглобів.

4.3. Третя група інвалідності

4.3.1. Відсутність однієї легені.

4.3.2. Відсутність чи субатрофія одного ока.

4.3.3. Стійкий повний птоз на одному оці після проведення усіх видів відновного лікування.

4.3.4. Практична сліпота на одне око (гострота зору з корекцією нижче 0,05 або концентричне звуження меж поля зору до 10 град. від точки фіксації) внаслідок професійного захворювання, трудового каліцтва чи воєнної травми.

Примітка. Третя група інвалідності встановлюється при однокості внаслідок побутової травми або хвороби, не пов'язаних зі службою в армії або професійною діяльністю на період перенавчання та придбання нової професії.

4.3.5. Двобічна глухота.

4.3.6. Стійка трахеостома при неможливості пластичного закриття.

4.3.7. Стеноз гортані II – III ступеня внаслідок травматичного або інфекційного ураження нервово-м'язового апарату гортані з одно- або двобічним парезом і стійкою дисфонією.

4.3.8. Стійка афонія органічного генезу.

4.3.9. Дефект щелепи чи твердого піднебіння, якщо протезування не забезпечує жування.

4.3.10. Гіпофізарний нанізм (зріст менше 150 см).

4.3.11. Параліч кисті.

4.3.12. Параліч верхньої кінцівки або параліч нижньої кінцівки.

4.3.13. Виражений парез верхньої або нижньої кінцівки, що супроводжується значним обмеженням обсягу активних рухів у всіх суглобах і гіпотрофією м'язів плеча – понад 4 см, передпліччя –

понад 3 см, стегна — понад 8 см, гомілки — понад 6 см, а також іпотрофією м'язів кисті чи стопи.

4.3.14. Чужорідне тіло в речовині головного мозку (внаслідок травми), якщо травма супроводжувалась абсцесом мозку або менингоенцефалітом.

Примітка. *Введення чужорідних тіл в речовину головного мозку з метою лікування не є дефектом і група інвалідності встановлюється залежно від порушень нервової системи та психіки.*

4.3.15. Значний дефект кісток черепа (3 x 1 кв. см і більше, крім випадків заміщення його аутоканиною) або при менших розмірах, якщо має місце пульсація мозку, або при відсутності пульсації у випадках, коли травма мала перебіг з ускладненнями (інфекційно-гнійним процесом).

4.3.16. Відсутність кисті і вищий рівень ампутації верхньої кінцівки.

4.3.17. Хибний суглоб плеча або обох кісток передпліччя.

4.3.18. Відсутність усіх фаланг чотирьох пальців кисті, за винятком першого.

4.3.19. Відсутність трьох пальців кисті, включаючи перший; анкілоз чи виражена контрактура тих самих пальців у функціонально невігідному положенні.

4.3.20. Відсутність першого, другого пальців з відповідними п'ястковими кістками.

4.3.21. Відсутність перших пальців обох кистей.

4.3.22. Відсутність трьох пальців кисті з відповідними п'ястковими кістками.

4.3.23. Кукса стегна чи гомілки.

4.3.24. Кукса стопи на рівні суглоба Лісфранка або на вищому рівні.

4.3.25. Двобічна кукса стопи з резекцією голівок плюсневих кісток за Шарпом.

4.3.26. Різко виражена контрактура чи анкілоз 2-х гомілково-ступневих суглобів; різко виражена контрактура чи анкілоз гомілково-ступневого суглоба з розташуванням стопи у функціонально невігідному положенні.

4.3.27. Різко виражена контрактура чи анкілоз кульшового або колінного суглоба у функціонально неvigідному положенні або укорочення кінцівки понад 7 см після резекції суглоба.

4.3.28. Уроджений чи набутий вивих кульшових суглобів чи одного кульшового суглоба зі значним порушенням функції.

4.3.29. Деформація грудної клітини внаслідок резекції п'яти і більше ребер при наявності дихальної недостатності I ст. і більше.

4.3.30. Неконсолідований перелом стегна чи обох кісток гомілки.

4.3.31. Нестійкий колінний чи кульшовий суглоб з вираженим порушенням функції кінцівки.

4.3.32. Укорочення нижньої кінцівки на 7 см і більше.

4.3.33. Ендопротез колінного чи кульшового суглоба.

4.3.34. Остеохондропатія, остеохондродистрофія при зрості нижче 150 см.

4.3.35. Кіфосколіоз III ст. з наявністю дихальної недостатності чи кіфосколіоз IV ст.

4.3.36. Екстирпація шлунка.

4.3.37. Тотальна тиреоїдектомія з приводу раку.

4.3.38. Штучний клапан серця.

4.3.39. Штучний водій ритму серцевої діяльності.

4.3.40. Чужорідне тіло в серцевому м'язі чи у перикарді.

4.3.41. Відсутність однієї нирки з патологією другої.

4.3.42. Двобічна мастектомія.

9.4. ДЕРЖАВНА СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ІНВАЛІДАМ З ДИТИНСТВА ТА ДІТЯМ-ІНВАЛІДАМ

Інвалідам з дитинства та на дітей-інвалідів відповідно до Закону України «**Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам**» передбачена виплата державної соціальної допомоги, яка включає в себе як саму допомогу, так і (в деяких випадках, встановлених законом), надбавку на догляд.

Розмір цієї допомоги інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам, а також надбавки на догляд за ними, визначається у відсотках від

прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Державна соціальна допомога інвалідам з дитинства I групи призначається у розмірі 100 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Крім того, до цієї допомоги призначається надбавка на догляд. Надбавка на догляд за інвалідом з дитинства I групи встановлюється в розмірі 50 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Для інвалідів з дитинства II та III груп розмір цієї допомоги становить 80 і 60 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність, відповідно.

Одиноким інвалідам з дитинства II та III груп, які за висновком МСЕК потребують постійного стороннього догляду, до державної соціальної допомоги передбачено надбавку на догляд за ними в розмірі 15 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Надбавка на догляд одинокому інваліду з дитинства II або III групи призначається на підставі особистої заяви (або заяви законного представника інваліда) про призначення цієї надбавки до державної соціальної допомоги, де повідомляється про відсутність працездатних родичів, зобов'язаних за законом утримувати інваліда (незалежно від місця його проживання), довідки про склад сім'ї, виданої уповноваженим органом за місцем проживання, а також висновку медико-соціальної експертної комісії, де зазначено, що інвалід потребує постійного стороннього догляду.

Державна соціальна допомога на дітей-інвалідів віком до 18 років призначається у розмірі 70 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність. Крім того, до державної соціальної допомоги дітям-інвалідам може бути призначена надбавка на догляд.

Надбавка на догляд за дитиною-інвалідом віком до 6 та від 0 до 18 років становить 50 % прожиткового мінімуму для дітей відповідного віку і призначається одному з батьків, усиновителів, опікуну, піклувальнику, які не працюють і фактично здійснюють догляд за дитиною-інвалідом. Ця надбавка призначається без ура-

хування середньомісячного сукупного доходу сім'ї, в якій виховується дитина-інвалід.

Інваліди з дитинства, які перебувають на повному державному утриманні, отримують 25 % призначеного розміру державної соціальної допомоги. Решта суми (за їхньою заявою або заявою законного представника) перераховується установі (закладу), де перебуває інвалід з дитинства, на поліпшення умов проживання в установі (закладі).

Дітям-інвалідам, які перебувають на неповному державному утриманні, державна соціальна допомога виплачується в розмірі 50 % призначеної суми та перераховується на їхні особисті рахунки в банку. Інші 50 % перераховуються на рахунок установи (закладу) за місцем перебування дитини. **Дітям-інвалідам із числа сиріт** за період перебування на повному державному утриманні державна соціальна допомога виплачується в повному розмірі та перераховується на їхні особисті рахунки в банку.

Державна соціальна допомога інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам призначається з дня звернення за її призначенням.

Дошкільна та шкільна, професійна освіта інвалідів

Держава гарантує інвалідам дошкільне виховання, здобуття освіти на рівні, що відповідає їхнім здібностям і можливостям.

Дошкільне виховання, навчання інвалідів здійснюється в загальних або спеціальних дошкільних та навчальних закладах.

Професійна підготовка або перепідготовка інвалідів здійснюється з урахуванням медичних показань і протипоказань для наступної трудової діяльності. Вибір форм і методів професійної підготовки проводиться згідно з висновками МСЕК.

При навчанні, професійній підготовці або перепідготовці інвалідів поряд із загальними допускається застосування альтернативних форм навчання.

Обдаровані діти-інваліди мають право на безплатне навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва у загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах.

Підстава: стаття 21 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Освіта інвалідів у вищих навчальних закладах

У разі складення вступних іспитів (вступних випробувань) з позитивним результатом до ВНЗ I–IV рівнів акредитації зараховуються поза конкурсом діти-інваліди та інваліди I і II груп, яким не протипоказане навчання за обраною спеціальністю, до професійно-технічних навчальних закладів — діти-інваліди та інваліди, яким не протипоказане навчання за обраною професією (спеціальністю) та спеціалізацією.

За інших рівних умов переважне право на зарахування до ВНЗ I–IV рівнів акредитації та професійно-технічних навчальних закладів мають інваліди та діти з малозабезпечених сімей, у яких:

- обидва батьки є інвалідами;
- один з батьків — інвалід, а інший помер;
- одинока матір з числа інвалідів;
- батько-інвалід, який виховує дитину без матері.

Під час навчання зазначеним категоріям громадян стипендія та пенсія (державна соціальна допомога **інвалідам з дитинства і дітям-інвалідам**) виплачуються в повному розмірі.

Підстава: стаття 22 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Інформаційне забезпечення інвалідів зі слуху

Інвалідам зі слуху забезпечується доступ до засобів масової інформації шляхом титрування та здійснення сурдоперекладу жестовою мовою інформаційних і тематичних телепрограм, кіно-, відеофільмів у порядку та на умовах, визначених КМ України.

Підстава: стаття 23 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Забезпечення житлом дітей-сиріт

Діти-інваліди, що не мають батьків або батьки яких позбавлені батьківських прав і проживають у державних або в інших соціальних установах, після досягнення повноліття мають право на позачергове одержання житла і матеріальну допомогу на його благоустрій, якщо за висновком медико-соціальної експертизи вони можуть здійснювати самообслуговування і вести самостійний спосіб життя.

Підстава: стаття 33 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Лікування інвалідів

Інваліди, які отримують пенсію, що не перевищує мінімального розміру пенсії, або державну соціальну допомогу, призначену замість пенсії, **діти-інваліди** мають право на безплатне придбання лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування.

Інваліди I та II груп мають право при амбулаторному лікуванні на придбання лікарських засобів за рецептами лікарів з оплатою 50 % вартості.

Інваліди і діти-інваліди за наявності медичних показань мають право на безплатне забезпечення санаторно-курортними путівками.

Підстава: стаття 38 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Пільгова оплата за послуги електрозв'язку

Інвалідам першої, другої груп і сім'ям, у складі яких є два або більше інвалідів, оплата послуг електрозв'язку за місцеві телефонні розмови з квартирних телефонів за почасовим (похвилинним, посеkundним) обліком їхньої тривалості встановлюється тільки за їхньою згодою.

Підстава: стаття 35 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Пільгове транспортне обслуговування інвалідів

Інваліди, діти-інваліди та особи, які супроводжують інвалідів I групи або ***дітей-інвалідів*** (не більше одного супроводжуючого), мають право на безплатний проїзд у пасажирському міському транспорті (крім метрополітену і таксі), а також всіма видами приміського транспорту.

Інваліди, діти-інваліди та особи, які супроводжують інвалідів I групи або ***дітей-інвалідів*** (не більше однієї особи, яка супроводжує інваліда або дитину-інваліда), мають право на 50-% знижку вартості проїзду на внутрішніх лініях (маршрутах) повітряного, залізничного, річкового та автомобільного транспорту в період з 1 жовтня по 15 травня.

Пільгове перевезення інвалідів здійснюють усі підприємства транспорту незалежно від форми власності та підпорядкування відповідно до Закону України «Про транспорт».

Підстава: стаття 38-1 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»

Для тих, хто є безробітним

Інвалід, який не досяг пенсійного віку, не працює, але бажає працювати, має право бути зареєстрованим у державній службі зайнятості як безробітний.

Рішення про визнання інваліда безробітним і взяття його на облік для працевлаштування приймається центром зайнятості за місцем проживання інваліда на підставі поданих ним рекомендації МСЕК та інших передбачених законодавством документів.

Державна служба зайнятості здійснює пошук прийнятної роботи відповідно до рекомендацій МСЕК, наявних у інваліда кваліфікації та знань, з урахуванням його побажань.

Підстава: стаття 18 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення інвалідів

Матеріальне, соціально-побутове і медичне забезпечення інвалідів здійснюється у вигляді грошових виплат (пенсій, допомог, одноразових виплат), забезпечення медикаментами, технічними й іншими засобами, включаючи друковані видання із спеціальним шрифтом, звукопідсилювальну апаратуру та аналізатори, а також шляхом надання послуг з медичної, соціальної, трудової і професійної реабілітації, побутового та торговельного обслуговування.

Підстава: *Стаття 36 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».*

Види необхідної матеріальної, соціально-побутової і медичної допомоги інвалідам визначаються **органами медико-соціальної експертизи в індивідуальній програмі реабілітації**. Допомога подається за рахунок коштів фонду соціального захисту інвалідів.

Підстава: *стаття 37 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».*

Послуги з соціально-побутового і медичного обслуговування, технічні та інші засоби (протезно-ортопедичні вироби, ортопедичне взуття, засоби пересування, у тому числі крісла-візки з електроприводом, автомобілі, індивідуальні пристрої, протези очей, зубів, щелеп, окуляри, слухові і голосоутворювальні апарати, сурдотехнічні засоби, мобільні телефони та факси для письмового спілкування, ендопротези, сечо— та калоприймачі тощо) надаються інвалідам та дітям-інвалідам безплатно або на пільгових умовах за наявності відповідного медичного висновку.

Підстава: *стаття 38 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».*

Пільги для тих, хто має дітей-інвалідів

Жінці, яка працює і має двох або більше дітей віком до 15 років, або дитину-інваліда, або яка усиновила дитину, одинокій матері, батьку, який виховує дитину без матері (у тому числі й у разі трива-

лого перебування матері в лікувальному закладі), а також особі, яка взяла дитину під опіку, надається щорічно додаткова оплачувана відпустка тривалістю 7 календарних днів без урахування святкових і неробочих днів (стаття 73 Кодексу законів про працю України).

Підстава: стаття 19 Закону України «Про відпустку».

Батьки не сплачують за навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва в загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах для обдарованих дітей-інвалідів.

Сім'ям, які виховують дитину-інваліда, за потреби поліпшення житлових умов надається житлове приміщення.

Працюючим батькам передбачена податкова соціальна пільга зі сплати податку з доходів фізичних осіб.

Під час роботи мати дитини-інваліда без її згоди не може залучатися до надурочних робіт або направлятися у відрядження, а також забороняється тимчасове переведення її на іншу роботу.

На підприємствах і організаціях для жінок, які мають дитину-інваліда, може встановлюватись за рахунок власних коштів скорочена тривалість робочого часу.

На прохання жінки, яка має дитину-інваліда, в тому числі таку, що перебуває під її опікуванням, власник або уповноважений ним орган (під час прийняття на роботу і згодом) зобов'язаний установлювати їй неповний робочий тиждень. Оплата праці в цьому разі проводиться пропорційно до відпрацьованого часу або залежно від виробітку. Робота в умовах неповного робочого часу не тягне за собою будь-яких обмежень обсягу трудових прав працівників.

Мати дитини-інваліда або батько, який виховує дітей без матері, має право на щорічне надання додаткової оплачуваної відпустки тривалістю 7 календарних днів без урахування святкових та неробочих.

Щорічна відпустка надається за особистим бажанням у зручний час.

Крім того, мати (батько) має право (надається обов'язково) на відпустку без збереження заробітної плати тривалістю до 14 ка-

лендарних днів щорічно.

Підстава: пункт 1 частини першої статті 25 Закону України «Про відпустку».

Також слід зауважити, що мати, яка народила та виховала до 6-ти річного віку інваліда з дитинства, матиме право дострокового виходу на пенсію, але не раніше, ніж 5 років до досягнення пенсійного віку, передбаченого ст. 26 Закону України «**Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування**», за наявності не менш як 15 років страхового стажу. Час догляду за дитиною-інвалідом зараховується до стажу роботи, що може вплинути на розмір пенсії.

Допомога з тимчасової непрацездатності в разі захворювання матері або іншої особи, яка доглядає за дитиною, надається з першого дня на весь період захворювання в порядку та розмірах, установлених Законом України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням».

Допомога з тимчасової непрацездатності застрахованій особі, яка виховує дитину-інваліда, надається на весь період санаторно-курортного лікування дитини-інваліда (з урахуванням часу на проїзд до санаторно-курортного закладу і назад) за наявності медичного висновку про потребу стороннього догляду за нею.

Оскільки ст. 9-І КЗпП України містить норму, згідно з якою підприємства, установи, організації у межах своїх повноважень і за рахунок власних коштів можуть установлювати додаткові порівняно із законодавством трудові і соціально-побутові пільги для працівників, одному з батьків дитини-інваліда може бути надано 1 додатковий вихідний день на місяць, який раніше надавався згідно з постановою Верховної Ради СРСР від 10.04.90р. № 1420-1 «**Про невідкладні заходи щодо поліпшення становища жінок, охорони материнства і дитинства, зміцнення сім'ї**» й оплачувався в розмірі денного заробітку за рахунок коштів соціального страхування (постанова втратила чинність з моменту

набрання чинності Законом України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими народженням та похованням»).

Органи місцевого самоврядування за рахунок коштів місцевих бюджетів можуть надавати додаткові пільги дітям-інвалідам, а також їхнім батькам.

9.5. ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ, ЩО НАДАЮТЬСЯ ІНВАЛІДАМ З УРАЖЕННЯМ СЛУХУ

*Додаток
до Постанови КМ України
від 8 грудня 2006 р. № 1686*

Вид послуги	Надавачі
<i>Вікова категорія від 6 до 18 років</i>	
<i>Послуги з реабілітації</i>	
Медична реабілітація:	
відновлювальна терапія профілактичні заходи санаторно-курортне лікування слухопротезування реконструктивна хірургія кохлеарна імплантація	спеціалізовані відділення, клініки інститутів, інші лікувально-профі- лактичні заклади санаторно-курортні заклади
Психолого-педагогічна реабілітація:	
консультування психолого-педагогічна діагностика психолого-педагогічний патронаж психологічна та педагогічна корек- ція	психолого-медико-педагогічні кон- сультації центри практичної психології та со- ціальної роботи центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, інші реабілітаційні установи інші навчальні заклади всіх типів навчальні заклади УТОГ

Вид послуги	Надавачі
освітні послуги: колективна форма навчання, в тому числі інтегроване та інклюзивне навчання, індивідуальна форма навчання, дистанційна форма навчання	навчальні заклади всіх типів (крім закладів, що надають професійну освіту відповідно до пункту «Професійна реабілітація»)
Фізична реабілітація:	
консультування кінезотерапія лікувальний масаж лікувальна фізкультура	лікувально-профілактичні заклади органи медико-соціальної експертизи центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, інші реабілітаційні установи
Професійна реабілітація:	
експертиза потенційних професійних здібностей	заклади охорони здоров'я навчальні заклади всіх типів
професійна орієнтація професійний відбір	служба зайнятості реабілітаційні установи
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації	служба зайнятості реабілітаційні установи навчальні заклади всіх типів, які здійснюють професійну підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації
професійна освіта	навчальні заклади, де створюються відповідні умови згідно з державними соціальними нормативами підприємства і установи УТОГ
Трудова реабілітація:	
приспосовування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда	підприємства, установи, організації незалежно від відомчого підпорядкування служба зайнятості Фонд соціального захисту підприємства, установи УТОГ

Вид послуги	Надавачі
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або новою професією)	служба зайнятості підприємства, установи, організації незалежно від відомчого підпорядкування підприємства, установи УТОГ
Фізкультурно-спортивна реабілітація:	
навчання заняттям з фізичної культури оздоровлення у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту заняття спортом	органи у справах сім'ї, молоді та спорту Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» та відповідні регіональні центри дитячо-юнацькі спортивні школи інвалідів громадські організації інвалідів фізкультурно-спортивної спрямованості, в тому числі клуби, спортивні федерації реабілітаційні установи, в тому числі Національний центр паралімпійської і дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів і Західний реабілітаційно-спортивний центр навчальні заклади всіх типів установи соціального обслуговування
Соціальна та побутова реабілітація:	
навчання основних соціальних навичок соціально-побутовий патронаж працетерапія	органи праці та соціального захисту населення навчальні заклади всіх типів установи соціального обслуговування реабілітаційні установи УТОГ центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, інші реабілітаційні установи

Вид послуги	Надавачі
Забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації:	
Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдо-технічні засоби	органи праці та соціального захисту населення УТОГ
Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар: тренажери фізкультурно-спортивне обладнання	органи у справах сім'ї, молоді та спорту регіональні центри з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» дитячо-юнацькі спортивні школи інвалідів громадські організації інвалідів фізкультурно-спортивної спрямованості, в тому числі клуби, спортивні федерації, центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, інші реабілітаційні установи
Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю: комп'ютерні програми для навчання спеціальні підручники	навчальні заклади всіх типів
Забезпечення виробами медичного призначення	
слухові апарати ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно із стандартами МОЗ	заклади охорони здоров'я
Вікова категорія від 18 до 55 (для жінок) та до 60 (для чоловіків) років	
Послуги з реабілітації	
Медична реабілітація:	
відновлювальна терапія профілактичні заходи санаторно-курортне лікування слухопротезування реконструктивна хірургія кохлеарна імплантація	спеціалізовані відділення, клініки інститутів, інші лікувально-профілактичні заклади санаторно-курортні заклади

Вид послуги	Надавачі
Психолого-педагогічна реабілітація:	
<p>консультування психолого-педагогічна діагностика психолого-педагогічний патронаж психологічна та педагогічна корекція</p>	<p>психолого-медико-педагогічні консультації центри практичної психології та соціальної роботи центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями інші реабілітаційні установи, навчальні заклади всіх типів, навчальні заклади УТОГ</p>
<p>освітні послуги: колективна форма навчання, в тому числі інтегроване та інклюзивне навчання індивідуальна форма навчання дистанційна форма навчання</p>	<p>навчальні заклади всіх типів (крім закладів, що надають професійну освіту відповідно до пункту «Професійна реабілітація»)</p>
Фізична реабілітація:	
<p>консультування кінезотерапія лікувальний масаж лікувальна фізкультура</p>	<p>лікувально-профілактичні заклади органи медико-соціальної експертизи центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями, інші реабілітаційні установи</p>
Професійна реабілітація:	
<p>експертиза потенційних професійних здібностей</p>	<p>заклади охорони здоров'я навчальні заклади</p>
<p>професійна орієнтація професійний відбір</p>	<p>служба зайнятості реабілітаційні установи</p>
<p>професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації</p>	<p>служба зайнятості реабілітаційні установи навчальні заклади всіх типів, які здійснюють професійну підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації</p>

Вид послуги	Надавачі
професійна освіта	навчальні заклади, де створюються відповідні умови згідно з державними соціальними нормативами підприємства, установи УТОГ
Трудова реабілітація:	
приспосовання та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда	підприємства, установи, організації незалежно від відомчого підпорядкування служба зайнятості Фонд соціального захисту інвалідів підприємства, установи УТОГ
Рациональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)	служба зайнятості підприємства, установи, організації незалежно від відомчого підпорядкування підприємства, установи УТОГ
Фізкультурно-спортивна реабілітація:	
навчання заняттям з фізичної культури органи у справах сім'ї, молоді та спорту оздоровлення у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту, заняття спортом	Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» та відповідні регіональні центри дитячо-юнацькі спортивні школи інвалідів громадські організації інвалідів фізкультурно-спортивної спрямованості, в тому числі клуби, спортивні федерації реабілітаційні установи, в тому числі Національний центр паралімпійської і дефлімпійської підготовки та реабілітації інвалідів в м. Євпаторії і Західний реабілітаційно-спортивний центр навчальні заклади всіх типів установи соціального обслуговування

Вид послуги	Надавачі
Соціальна та побутова реабілітація:	
<p>навчання основних соціальних навичок соціально-побутовий патронаж працетерапія</p>	<p>органи праці та соціального захисту населення навчальні заклади всіх типів установи соціального обслуговування реабілітаційні установи УТОГ центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями інші реабілітаційні установи</p>
Забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації	
<p>Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдо-технічні засоби</p>	<p>органи праці та соціального захисту населення УТОГ</p>
<p>Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар: тренажери фізкультурно-спортивне обладнання</p>	<p>органи у справах сім'ї, молоді та спорту регіональні центри з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» дитячо-юнацькі спортивні школи інвалідів громадські організації інвалідів фізкультурно-спортивної спрямованості, в тому числі клуби, спортивні федерації центри соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями інші реабілітаційні установи</p>
<p>Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю: комп'ютерні програми для навчання спеціальні підручники</p>	<p>навчальні заклади всіх типів</p>
Забезпечення виробами медичного призначення	
<p>слухові апарати ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно із стандартами МОЗ</p>	<p>заклади охорони здоров'я</p>

9.6. ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДА

Згідно з статтею 23 Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Індивідуальна програма реабілітації інваліда є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, організаціями, у яких працює або перебуває інвалід, дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності».

Індивідуальна програма реабілітації (ІПР) інваліда — це спеціально розроблений комплекс медичних, побутових, професійних та інших заходів, покликаний заповнити функціональні обмеження, допомогти інвалідам адаптуватися в суспільстві, розвинути і реалізувати свої можливості і, в кінцевому рахунку, зайняти гідне місце в житті.

Інвалід (законний представник дитини-інваліда) самостійно вирішує питання про вибір та забезпечення конкретними засобами чи послугами реабілітації, включаючи засоби пересування, виробу медичного призначення, друковані видання зі спеціальним шрифтом, звукопідсилювальну апаратуру, санаторно-курортне лікування тощо в межах його індивідуальної програми реабілітації.

Індивідуальна програма реабілітації видається районними МСЕК, а людям, що отримали інвалідність до 2007 року, ІПР повинна складати ЛКК. У разі згоди на складену ІПР інвалід повинен написати в двох екземплярах заяву з проханням про її розробку на ім'я начальника МСЕК, яка проводить експертизу. Другий примірник має бути підписаний начальником МСЕК і залишитися у інваліда на руках, щоб при необхідності можна було проконтролювати розробку та виконання складеної ІПР. У заяві про розробку ІПР необхідно вказати ті заходи, технічні засоби і послуги у всіх видах реабілітації (медичної, психолого-педагогічної, фізичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної та побутової реабілітації), в рекомендаціях з яких

інвалід потребує забезпечення рівних можливостей з іншими людьми.

Фінансування ІПР здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, Фонду соціального захисту інвалідів, Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань, місцевих бюджетів, а також інших джерел.

Записи в ІПР здійснюють працівники районних МСЕК, ЛКК, реабілітаційні комісії реабілітаційних установ, виконавці реабілітаційних заходів з урахуванням побажань інваліда, дитини-інваліда (її законного представника) та завіряються печаткою.

Зразок форми

індивідуальної програми реабілітації дитини-інваліда, що видається лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів

ІНДИВІДУАЛЬНА ПРОГРАМА
реабілітації дитини-інваліда № _____
(вікова категорія **від 0 до 18 років**)

Дата заповнення _____ ЛКК _____
_____ (найменування лікувально-профілактичного закладу)

1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда _____

2. Дата народження _____ 3. Стать _____

4. Місце проживання _____ тел. _____

5. Освіта (необхідне підкреслити): немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта.

6. Професія _____

7. Працює (спеціальність, посада) _____

8. Наявність інвалідності _____

9. Загальна тривалість перебування на інвалідності _____

10. Програма реабілітації складена (необхідне підкреслити):
уперше, удруге.

11. Клініко-функціональний діагноз та код за МКХ-10 _____
 12. Супутні захворювання (код за МКХ-10) _____
 13. Обмеження життєдіяльності:

№	Види обмеження	Ступінь обмеження					
		до виконання ІПР			після виконання ІПР		
		I	II	III	I	II	III
13.1	до самообслуговування						
13.2	до пересування						
13.3	до орієнтації						
13.4	до спілкування						
13.5	до контролю за своєю поведінкою						
13.6	до трудової діяльності						
13.7	до навчання						
13.7.1	до професійного навчання						
13.7.2	до здобуття освіти						

14. Реабілітаційні заходи та їх реалізація:

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	терміни проведення	місце проведення		
I. Послуги					
1. Медична реабілітація:					
відновна терапія					
профілактичні заходи					
санаторно-курортне лікування					
реконструктивна хірургія					
психіатрична допомога					
слухопротезування кохлеарна імплантація					

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	терміни проведення	місце проведення		
медичне спостереження					
2. Психолого-педагогічна реабілітація					
консультування					
психолого-педагогічна діагностика					
психолого-педагогічний патронаж					
психологічна та педагогічна корекція					
освітні послуги: — колективна форма навчання, у тому числі інтегроване та інклюзивне навчання — індивідуальна форма навчання — дистанційна форма навчання, екстернат					
3. Фізична реабілітація					
консультування					
ерготерапія					
кінезотерапія					
лікувальний масаж					
лікувальна фізкультура					
4. Професійна реабілітація					
професійна орієнтація					
професійний відбір					
професійна освіта					
експертиза потенційних професійних здібностей					
професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації					
5. Трудова реабілітація					

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	терміни проведення	місце проведення		
приспосовання та створення робочого місця з урахуванням безпеки та фізичних можливостей інваліда					
раціональне працевлаштування (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)					
види професій і спеціальності, доступні за станом здоров'я					
6. Фізкультурно-спортивна реабілітація					
навчання заняттям з фізичної культури					
оздоровлення та реабілітація у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів					
навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту					
заняття спортом					
7. Соціальна та побутова реабілітація					
навчання основним соціальним навичкам					
соціально-побутовий патронаж					
працетерапія приспосовання меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень					
II. Технічні та інші засоби реабілітації					
1. Засоби пересування: — крісла-колісні (візки) різних типів — палиці — милиці — допоміжні засоби для ходіння					

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	терміни проведення	місце проведення		
2. Спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією: — мобільні телефони для письмового спілкування, факси та інші сурдотехнічні засоби — спеціальні магнітофони — електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом — телевізійні збільшувальні прилади — тифломагнітоли — машини, що читають					
— прилад для письма шрифтом Брайля — папір для писання рельєфно-крапковим шрифтом Брайля — диктофони — плеєри для відтворення звукозапису — годинник — тростини тактильні					
3. Спеціальні засоби для самообслуговування: — допоміжні побутові пристрої					
4. Спеціальні засоби для догляду: — допоміжні засоби для туалету — допоміжні засоби для підіймання — крісла-стілці із санітарним оснащенням					
5. Спеціальні засоби для освіти і занять трудовою діяльністю — меблі спеціального призначення — комп'ютерні програми для навчання — спеціальні підручники, література шрифтом Брайля					
6. Протезні вироби: — ортопедичні вироби — ортопедичне взуття — спеціальний одяг					

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів	Відмітка про виконання
	обсяг	терміни проведення	місце проведення		
7. Спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар: — спеціальні крісла-візки для занять окремими видами спорту — шведська стінка, інші спеціальні тренажери — спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання					
III Вироби медичного призначення					
— протезування клапанів — забезпечення кардіостимуляторами (ШВРС) — ендопротези та інші вироби медичного призначення згідно зі стандартами МОЗ — сечоприймачі — калоприймачі — слухові апарати — очні протези (тимчасові або індивідуальні) — окуляри — контактні лінзи — лупи — гіперокуляри — світлофільтри — діафрагмальні, мінусові ручні лінзи — акустичні окуляри — епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока — протези зубів, щелеп					

Реабілітаційний потенціал (необхідне підкреслити): високий, середній, низький.

Мета реабілітації (необхідне підкреслити): відновлення обмеження життєдіяльності (часткове, повне), відновлення соціально-

побутового стану (часткове, повне), відновлення професійної та трудової діяльності (часткове, повне), технічна компенсація обмеження життєдіяльності, інше (вписати) _____

17. Проведена співбесіда з дитиною-інвалідом, її законним представником:

Дата _____ Підпис фахівця _____

18. Додаткові відмітки (побажання дитини-інваліда, її законного представника) _____

19. Дата контролю за виконанням ІПР _____

20. Підпис інваліда (законного представника дитини-інваліда) _____

Підпис голови ЛКК _____ Печатка ЛКК _____

21. Результати реабілітації:

21.1. Обмеження життєдіяльності (необхідне підкреслити): відновлено повністю; відновлено частково; не відновлено, погіршено.

21.2. Побутова активність (необхідне підкреслити): повністю відновлена; частково; без динаміки; погіршилась.

21.3. Технічні засоби (необхідне підкреслити): компенсують обмеження життєдіяльності в повному обсязі; частково; не компенсують.

21.4. Рекомендації щодо подальшої реабілітації (необхідне підкреслити): не потребує, потребує продовження реабілітаційних заходів (вказати яких) _____

21.5. ІПР виконана (необхідне підкреслити): у повному обсязі; частково; не виконана.

21.6. Мета ІПР (необхідне підкреслити): досягнута; не досягнута.

21.7. Причини невиконання ІПР (необхідне підкреслити): небажання законного представника дитини-інваліда; ускладнення при отриманні реабілітаційної допомоги; інше _____.

Підсумки ЛКК щодо результатів реабілітації _____

Підпис голови та членів ЛКК _____

(ініціали, прізвище)

Печатка ЛКК _____ Дата _____

Окремо існує форма ІПР інваліда, що видається МСЕК для вікової категорії від 18 років і старше, яка за змістом подібна вищевказаному зразку від 0 до 18 років. В кінці документу підписуються голова та члени МСЕК.

Пам'ятайте, що коли Вам на руки видається довідка МСЕК про інвалідність, вона не містить у собі ніяких гарантій того, що найважливіші питання Вашої чи дитини персональної реабілітації та життєзабезпечення будуть поставлені на порядок денний і зможуть успішно вирішуватися. Лише за наявності ІПР Ви маєте законне право на отримання відповідних видів реабілітаційної допомоги та право вимагати безумовного надання їх Вам.

Розділ 10

МІЖНАРОДНЕ ЗАКОНОДАВСТВО



10.1. КОНВЕНЦІЯ ПРАВ ІНВАЛІДІВ

З метою заохочення, захисту і забезпечення повного та рівного здійснення усіма інвалідами всіх прав людини і основних свобод, а також заохочення поваги до їхньої гідності 13 грудня 2006 р. Організація Об'єднаних Націй прийняла Конвенцію про права інвалідів. Наприкінці березня 2007 р. 81 країна світу у Нью-Йорку підписала Конвенцію з прав інвалідів. Із колишніх пострадянських країн — лише Вірменія, Литва, Молдова. Крім того 43 країни підписали Факультативний протокол до Конвенції.

16 грудня 2009 підписано факультативний протокол Конвенції ООН Україною, а ратифіковано — 6 березня 2010 р. (№ 1767-VI від 16.12.2009).

У **преамбулі** документу зазначено, що Держави — учасниці цієї Конвенції:

а) визнаючи, що Організація Об'єднаних Націй проголосила й закріпила в Загальній декларації прав людини (995_015) та в Міжнародних пактах про права людини (995_042, 995_043), що кожна людина має всі передбачені в них права й свободи без будь-якого розрізнення;

б) визнаючи, що інвалідність — це поняття, яке еволюціонує, і що інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і відносницькими та середовищними бар'єрами, і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими;

в) визнаючи важливість, яку принципи й керівні орієнтири, що містяться у Всесвітній програмі дій стосовно інвалідів (995_427) та в Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів (995_306), мають з погляду впливу на заохочення, фор-

мулювання та оцінку стратегій, планів, програм і заходів на національному, регіональному та міжнародному рівнях для подальшого забезпечення інвалідам рівних можливостей;

г) наголошуючи на важливості актуалізації проблем інвалідності як складової відповідних стратегій сталого розвитку;

г) визнаючи також, що дискримінація стосовно будь-якої особи за ознакою інвалідності є ущемленням гідності й цінності, прияманних людській особистості;

д) визнаючи необхідність заохочувати й захищати права всіх інвалідів, зокрема тих, хто потребує активнішої підтримки;

е) визнаючи, що для інвалідів важливою є їхня особиста самостійність і незалежність, зокрема свобода робити власний вибір;

е) підтверджуючи загальність, неподільність, взаємозалежність і взаємопов'язаність усіх прав людини й основоположних свобод, а також необхідність гарантувати інвалідам повне користування ними без дискримінації;

ж) визнаючи, що діти-інваліди повинні в повному обсязі користуватися всіма правами людини й основоположними свободами нарівні з іншими дітьми, і нагадуючи у зв'язку із цим про зобов'язання, узяті на себе державами — учасницями Конвенції про права дитини (995_021);

з) беручи до уваги, що кожна окрема людина, маючи зобов'язання стосовно інших людей і того колективу, до якого вона належить, повинна добиватися заохочення й дотримання прав, що визнаються в Міжнародному біллі про права людини (995_015, 995_042, 995_043).

Стаття 2 включає відповідні визначення для цілей цієї Конвенції:

— **«спілкування»** включає використання мов, текстів, абетки Брайля, тактильного спілкування, великого шрифту, доступних мультимедійних засобів, так само, як і друкованих матеріалів, аудіозасобів, звичайної мови читців, а також підсилювальних і альтернативних методів, способів та форматів спілкування, зокрема доступної інформаційно-комунікаційної технології;

— **«мова»** включає вербальні й жестові мови та інші форми мов;

— **«дискримінація за ознакою інвалідності»** означає будь-яке розрізнення, виключення чи обмеження з причини інвалідності, метою або результатом якого є применшення або заперечення визнання, реалізації або здійснення нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод у політичній, економічній, соціальной, культурній, цивільній чи будь-якій іншій сфері. Вона включає всі форми дискримінації, у тому числі відмову в розумному пристосуванні;

— **«розумне пристосування»** означає внесення, коли це потрібно в конкретному випадку, необхідних і підхожих модифікацій і коректив, що не стають недомірним чи не виправданим тягарем, для цілей забезпечення реалізації або здійснення інвалідами нарівні з ін. всіх прав людини й основоположних свобод;

— **«універсальний дизайн»** означає дизайн предметів, обстановок, програм та послуг, покликаний зробити їх максимально можливою мірою придатними для використання для всіх людей без необхідності адаптації чи спеціального дизайну. «Універсальний дизайн» не виключає допоміжних пристроїв для конкретних груп інвалідів, де це необхідно.

Важливо, що Конвенцією до інвалідів відносяться особи із стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їх повній і ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

Основними принципами цієї Конвенцією проголошені (**стаття 3**):

а) повага до властивої людині гідності, її особистої самостійності, включаючи свободу робити свій власний вибір, і незалежності;

б) недискримінація;

в) повне й ефективне залучення до суспільства;

г) повага до особливостей інвалідів та їх прийняття як компоненту людського різноманіття і частини людства;

г) рівність можливостей;

- д) доступність;
- е) рівність чоловіків і жінок;
- е) повага до здібностей дітей-інвалідів, що розвиваються, і повага до права дітей-інвалідів зберігати свою індивідуальність.

У **статті 4** зазначені загальні зобов'язання держав-учасниць у забезпеченні та заохочуванні повної реалізації всіх прав людини й основоположних свобод всіма інвалідами без будь-якої дискримінації за ознакою інвалідності, зокрема:

- а) вживати всіх належних законодавчих, адміністративних та ін. заходів для здійснення прав, що визнаються в цій Конвенції;
- б) вживати всіх належних заходів, зокрема законодавчих, для зміни чи скасування існуючих законів, постанов, звичаїв та підвалин, які є дискримінаційними стосовно інвалідів;
- в) враховувати в усіх стратегіях і програмах захисту і заохочення прав людини інвалідів;
- г) утримуватися від будь-яких дій або методів, які не узгоджуються із цією Конвенцією, і забезпечувати, щоб державні органи та установи діяли відповідно до цієї Конвенції;
- г) уживати всіх належних заходів для усунення дискримінації за ознакою інвалідності з боку будь-якої особи, організації або приватного підприємства.

Конвенція визначає зобов'язання держав-учасниць у запровадженні загальноприйнятих вимог рівноправності в усіх галузях, які мають вирішальне значення для забезпечення якісної життєдіяльності інвалідів, а саме:

- **статтею 7** передбачені необхідні заходи для забезпечення повного здійснення дітьми-інвалідами всіх прав людини і основних свобод нарівні з ін. дітьми. При цьому декларується право дітей-інвалідів вільно виражати з усіх питань, що їх торкаються, свої погляди, які повинні одержувати належну вагомість у відповідності з їх віком і зрілістю, нарівні з ін. дітьми, а також одержувати допомогу в реалізації цього права відповідно до інвалідності і віку;
- **статтею 9** надається інвалідам можливість вести незалежний спосіб життя й усебічно брати участь у всіх аспектах життя, держа-

ви-учасниці вживають належних заходів для забезпечення інвалідам доступу нарівні з ін. до фізичного оточення, до транспорту, до інформації та зв'язку, зокрема інформаційно-комунікаційних технологій і систем, а також до ін. об'єктів і послуг, відкритих або таких, що надаються населенню, як у міських, так і в сільських районах. Ці заходи, які включають виявлення й усунення перепон і бар'єрів, що перешкоджають доступності, мають поширюватися, зокрема, слід надавати різні види послуг помічників і посередників, провідників, читців і професійних сурдоперекладачів, для полегшення доступності;

● **статтею 21** передбачено свободу висловлення думки та переконань і доступ до інформації, щоб інваліди могли користуватися правом на свободу висловлення думки та переконань, зокрема свободу шукати, отримувати й поширювати інформацію та ідеї нарівні з ін., користуючись за власним вибором усіма формами спілкування, визначеними в Статті 2 цієї Конвенції, зокрема шляхом:

✓ забезпечення інвалідів інформацією, призначеною для широкої публіки, у доступних форматах і з використанням технологій, що враховують різні форми інвалідності, своєчасно й без додаткової плати;

✓ прийняття та сприяння використанню в офіційних відносинах: жестових мов, абетки Брайля, підсилювальних і альтернативних способів спілкування й усіх ін. доступних способів, методів та форматів спілкування за вибором інвалідів;

✓ активного спонукання приватних підприємств, що надають послуги широкій публіці, зокрема через Інтернет, до надання інформації та послуг у доступних і придатних для інвалідів форматах;

✓ спонукання засобів масової інформації, зокрема тих, що надають інформацію через Інтернет, до перетворення своїх послуг на доступні для інвалідів;

✓ **визнання й заохочення використання жестових мов;**

● **статтею 23** сім'я визначена природним і основним осередком суспільства, який має право на захист з боку суспільства і держави. Ні за яких обставин дитина не може бути розлучена з

батьками внаслідок інвалідності самої дитини, одного або обох батьків. Водночас, у разі, якщо родичі дитини-інваліда не в змозі доглядати за нею, держави-учасники зобов'язані організувати догляд шляхом створення сімейних умов для проживання дитини в місцевому співтоваристві;

● **статтею 24** передбачено створення умов для інклюзивної освіти на всіх рівнях, зокрема, з метою полегшення для інвалідів освітнього процесу держави-учасниці зобов'язуються забезпечувати навчання сліпих, глухих, сліпоглухих осіб за допомогою найвідповідніших для індивіда мов, методів і способів спілкування в обстановці, яка максимально сприяє оволодінню знань і соціальному розвитку:

✓ сприяють засвоєнню абетки Брайля, альтернативних шрифтів, підсилювальних та альтернативних методів, способів і форматів спілкування, а також навичок орієнтації та мобільності й сприяють підтримці з боку однолітків і наставництву;

✓ **сприяють засвоєнню жестової мови та заохоченню мовної самобутності глухих;**

Також у пункті 4 зазначено про сприяння забезпеченню реалізації цього права, держави-учасниці вживають належних заходів для залучення до роботи вчителів, зокрема й учителів-інвалідів, які володіють жестовою мовою та (чи) абеткою Брайля, та для навчання спеціалістів і персоналу, що працюють на всіх рівнях системи освіти. Таке навчання охоплює освіту в питаннях інвалідності й використання підходяжих підсилювальних і альтернативних методів, способів та форматів спілкування, навчальних методик і матеріалів для надання підтримки інвалідам;

● **статтею 25** передбачені всі належні заходи для забезпечення доступу інвалідів до відповідних послуг у сфері охорони здоров'я, зокрема держави-учасниці:

✓ забезпечують інвалідам той же набір, якість і рівень безкоштовних або недорогих послуг і програм з охорони здоров'я, що й ін. особам;

✓ надають послуги, які необхідні особам безпосередньо внаслідок їх інвалідності, включаючи ранню діагностику, корекцію

і послуги для зменшення і запобігання подальшого виникнення інвалідності;

- **стаття 26** зобов'язує держави-учасниці організовувати і розширювати комплексні абілітаційні і реабілітаційні послуги та програми, особливо у сфері охорони здоров'я, зайнятості, освіти і соціального обслуговування;

- **статтею 27** визнано право інвалідів на працю нарівні з іншими, на отримання можливості заробляти собі на життя працею, яку інвалід вільно вибрав або на яку він вільно згодився, в умовах відкритого, інклюзивного і доступного для інвалідів ринку праці і виробничого середовища;

- **стаття 30** вимагає всіх належних заходів для забезпечення участі інвалідів у культурному житті, організації дозвілля, відпочинку, занять спортом. Інваліди мають право нарівні з іншими на визнання й підтримку їхньої особливої культурної та мовної самобутності, зокрема жестових мов і культури глухих.

10.2. СТАНДАРТНІ ПРАВИЛА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ІНВАЛІДІВ

*Прийняті резолюцією 48/96 Генеральної Асамблеї від 20 грудня 1993 року.
(друкуються у скороченні)*

I. ПЕРЕДУМОВИ ДЛЯ РІВНОПРАВНОЇ УЧАСТІ

Правило 1. Поглиблення розуміння проблеми

Державам слід взяти заходів для поглиблення розуміння в суспільстві саноновища інвалідів, їхніх прав, потреб, можливостей і їх внеску.

1. Державам слід забезпечити, щоб компетентні органи поширювали серед інвалідів, їхніх сімей, фахівців і широкої громадськості найостаннішу інформацію про програми і послуги, призначені для інвалідів. Така інформація повинна надаватися інвалідам в доступній формі.

2. Державам слід організовувати і підтримувати інформаційні кампанії, що стосуються проблем інвалідів і політики відносно інвалідів, повідомляючи при цьому, що інваліди є громадянами з таки-

ми ж правами і обов'язками, що й інші громадяни. Це виправдовувало б вживання заходів, спрямованих на усунення всіх перешкод на шляху до всесторонньої участі інвалідів в житті суспільства.

3. Державам слід заохочувати, щоб засоби масової інформації показували інвалідів у позитивному світлі; з цього питання необхідно проводити консультації з організаціями інвалідів.

4. Державам слід забезпечити, щоб в програмах освіти громадськості відображалися всі аспекти принципу всесторонньої участі інвалідів в житті суспільства і їхнього рівноправ'я.

5. Державам слід запрошувати інвалідів, членів їхніх сімей і їхніх організації брати участь в програмах освіти громадськості, що стосуються становища інвалідів.

6. Державам слід заохочувати, щоб підприємства в приватному секторі включали питання, що стосуються інвалідів, у всі аспекти їхньої діяльності.

7. Державам слід розробляти і заохочувати здійснення програм, спрямованих на поглиблення розуміння інвалідами їхніх прав і можливостей. Підвищення самозабезпечення і розширення прав дозволить інвалідам скористатися можливостями, що надаються їм.

8. Поглиблення розуміння проблеми має стати важливою частиною освітніх програм для дітей-інвалідів і програм реабілітації. Інваліди могли б також надавати один одному допомогу в поглибленні розуміння проблеми в межах заходів своїх власних організацій.

9. Поглиблення розуміння проблеми повинно стати частиною освітніх програм для всіх дітей і має бути включено у навчальні курси для викладачів і підготовки всіх фахівців.

Правило 2. Медичне обслуговування

Державам слід забезпечити ефективне медичне обслуговування інвалідів.

1. Державам слід вжити заходів для розробки програм раннього виявлення, оцінки і лікування дефектів, здійсненням яких займатимуться багатодисциплінарні групи фахівців. Це дозволить попереджати і скорочувати масштаби інвалідності або усувати її

наслідки. Слід забезпечити всебічну участь в таких програмах інвалідів і членів їхніх сімей на індивідуальній основі, а також організації інвалідів в процесі планування і оцінки діяльності.

2. Слід організувати підготовку працівників місцевих спільнот для участі в такій діяльності як раннє виявлення дефектів, надання першої допомоги і спрямування до відповідної установи сфери соціального обслуговування.

3. Державам слід забезпечити надання інвалідам, особливо немовлятам і дітям, медичного обслуговування на тому ж рівні в рамках тієї ж системи, що й іншим членам суспільства.

4. Державам слід забезпечити належну підготовку і оснащення лікарів та іншого медичного персоналу всім необхідним для медичного обслуговування інвалідів і забезпечити їм доступ до відповідних методів і засобів лікування.

5. Державам слід подбати, щоб лікарі й інший медичний персонал одержували належну підготовку з тим, щоб вони не пропонували батькам неправильні рекомендації, що обмежують тим самим вибір для їх дітей. Цей процес підготовки повинен йти постійно і ґрунтуватися на найостаннішій інформації.

6. Державам слід забезпечити, щоб інваліди мали доступ до будь-яких видів постійного лікування і одержували лікарські препарати, які потрібно їм для підтримки або підвищення рівня їхньої життєдіяльності.

Правило 3. Реабілітація

Державам слід забезпечити надання інвалідам послуг з реабілітації, з тим щоб дозволити їм досягти і підтримувати оптимальний рівень їхньої самостійності і життєдіяльності.

1. Державам слід розробляти національні програми реабілітації для всіх груп інвалідів. В основі таких програм повинні бути фактичні потреби інвалідів і принципи всесторонньої участі в житті суспільства і рівноправ'я.

2. У подібні програми слід включати широкий діапазон заходів, зокрема базову підготовку для відновлення або компенсації втраченої функції, консультиування інвалідів і членів їхніх сімей,

розвиток самозабезпечення і надання, в міру необхідності, таких послуг як здійснення оцінки і надання рекомендацій.

3. Всі інваліди, зокрема з високим ступенем інвалідності і/чи множинною інвалідністю, що потребують реабілітації, повинні мати доступ до неї.

4. Інваліди та їхні сім'ї повинні мати можливість брати участь у розробці і здійсненні заходів, пов'язаних з їхньою реабілітацією.

5. Всі служби реабілітації повинні знаходитися у спільнотах, в яких проживають інваліди. Втім, у певних випадках і в конкретних навчальних цілях можуть, якщо це доцільно, організовуватися спеціальні часові курси з реабілітації, при навчанні на яких інваліди проживатимуть у відповідних установах.

6. Слід заохочувати участь інвалідів і їхніх сімей у роботі з реабілітації, наприклад як викладачі, інструктори або консультанти.

II. ЦІЛЬОВІ ОБЛАСТІ ДЛЯ СТВОРЕННЯ РІВНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ

Правило 5. Доступність

Державам слід визнати важливість забезпечення доступності в процесі створення рівних можливостей для інвалідів у всіх сферах життя суспільства. Що стосується осіб, що мають будь-які форми інвалідності, то державам необхідно:

а) здійснювати програми дій з тим, щоб зробити матеріальне оточення доступним для інвалідів;

б) вживати заходів для забезпечення їм доступу до інформації і комунікацій.

а) *доступ до матеріального оточення*

1. Державам слід вживати заходів для усунення бар'єрів, що перешкоджають використанню матеріального оточення. У перелік таких заходів слід включити розробку стандартів і керівних принципів, а також розгляд питання про ухвалення законодавчих актів, спрямованих на забезпечення доступу до різних об'єктів загального користування, таких як житлові приміщення, будівлі, послуги суспільного транспорту й ін. транспортні засоби, вулиці й ін. об'єкти вуличного оточення.

2. Державам слід забезпечити, щоб архітектори, інженери-будівельники й ін. фахівці, які через свою професію займаються проектуванням і створенням матеріального оточення, мали доступ до адекватної інформації про політику з питань, що стосується інвалідів, і про заходи по забезпеченню доступності.

3. При проектуванні і створенні матеріального оточення необхідно з самого початку процесу проектування включати вимоги про його доступність.

4. При розробці стандартів і норм, що регулюють доступність для інвалідів, варто проводити консультації з організаціями інвалідів. Їх слід також залучати до участі в цій діяльності на місцях з самого початку етапу планування при розробці проектів будівництва суспільних об'єктів, що дозволить забезпечити максимальний ступінь доступності для інвалідів до матеріального оточення.

б) *доступ до інформації і комунікацій*

5. Інвалідам і, за необхідності, їхнім сім'ям і захисникам їхніх інтересів слід на всіх етапах надавати доступ до всієї інформації, що стосується діагнозу, наявних послуг і програм. Таку інформацію слід представляти у формі, доступній для інвалідів.

6. Державам слід розробляти стратегії, покликані зробити інформаційні послуги і документи доступними для різних груп інвалідів. Повинні застосовуватися шрифт Брайля, фонографічні записи, крупні шрифти й ін. відповідні технології з тим, щоб особи з дефектами зору мали доступ до письмової інформації і документації. Так само слід застосовувати відповідні технології для забезпечення доступу до звукової інформації осіб з порушеннями слуху або труднощами розуміння.

7. Слід потурбуватися про те, щоб мова жестів застосовувалася для навчання глухих дітей, в їхніх сім'ях і спільнотах. Слід також надавати послуги з сурдоперекладу з тим, щоб сприяти спілкуванню глухих з ін. людьми.

8. Слід також потурбуватися про потреби осіб з іншими комунікативними порушеннями.

9. Державам слід залучати засоби масової інформації, особливо телебачення, радіо і газети, забезпечувати доступність їхніх послуг.

10. Державам слід забезпечувати, щоб нові комп'ютерні інформаційні системи послуг, що надаються населенню, були із самого початку їхнього використання або в результаті необхідної адаптації доступними для інвалідів.

11. При розробці заходів із забезпечення доступу до послуг у сфері інформації слід проводити консультації з організаціями інвалідів.

Правило 6. Освіта

Державам слід визнавати принцип рівних можливостей у сфері початкової, середньої і вищої освіти для дітей, молоді і дорослих, що мають інвалідність, в інтегрованих структурах. Їм слід забезпечувати, щоб освіта інвалідів була невід'ємною частиною системи загальної освіти.

1. Відповідальність за освіту інвалідів в інтегрованих структурах слід покласти на органи загальної освіти. Слід потурбуватися, щоб питання, пов'язані з освітою інвалідів, були складовою частиною національного планування у галузі освіти, розробки навчальних програм і організації освітнього процесу.

2. Навчання у звичайних школах припускає забезпечення послуг перекладачів й ін. належних допоміжних послуг. Слід забезпечити адекватний доступ й допоміжні послуги, покликані задовольнити потреби осіб з різними формами інвалідності.

3. До процесу освіти на всіх рівнях слід залучати батьківські групи й організації інвалідів.

4. У тих державах, де освіта є обов'язковою, її слід забезпечувати для дітей обох статей з різними формами і ступенями інвалідності, включаючи найважчі форми.

5. Особливу увагу слід приділяти наступним особам:

- ✓ дітям наймолодшого віку, що є інвалідами;
- ✓ дітям-інвалідам дошкільного віку;
- ✓ дорослим-інвалідам, особливо жінкам.

6. Для забезпечення інвалідам можливостей у сфері освіти у звичайній школі державам необхідно:

- ✓ мати чітко сформульовану політику, що розуміється і що

приймається на рівні шкіл і в ширших рамках спільноти;

✓ забезпечити гнучкість навчальних програм, можливість вносити в них уточнення і зміни;

✓ надавати високоякісні освітні матеріали, забезпечити на постійній основі підготовку викладачів і надавати їм підтримку.

7. Сумісне навчання і громадські програми слід розглядати як взаємодоповнювальні елементи економічно ефективної системи навчання і професійної підготовки інвалідів. В рамках національних програм, в основі яких лежать програми спільнот, необхідно заохочувати їх використовувати і розвивати наявні ресурси в цілях забезпечення освіти для інвалідів на місці.

8. У випадках, коли система загальної шкільної освіти все ще не задовольняє адекватним чином потреби всіх інвалідів, можна передбачити спеціальне навчання. Воно спрямовується на підготовку учнів до навчання в системі загальної шкільної освіти. Якість такого навчання повинна відповідати тим же стандартам і цілям, що і навчання в системі загальної освіти, і повинно бути тісно з ним пов'язано. Для учнів-інвалідів слід, як мінімум, виділяти ту ж частку ресурсів на освіту, що й для учнів, які не є інвалідами. Державам слід прагнути до поступової інтеграції спеціальних навчальних закладів в систему загальної освіти. Як відомо, в даний час спеціальне навчання, можливо, є у низці випадків найбільш прийнятною формою навчання учнів-інвалідів.

9. Зважаючи на особливі комунікативні потреби глухих і сліпоглухих, доцільно організувати їхнє навчання у спеціальних школах або спеціальних класах для таких осіб або в спеціальних групах у звичайних школах. Зокрема, на первинному етапі особливу увагу необхідно приділяти умовам, що відповідають культурним особливостям навчання. Це, в свою чергу, приведе до ефективного оволодіння навичками спілкування і досягненню глухими або сліпоглухими максимальної самостійності.

Правило 8. Підтримка доходів і соціальне забезпечення

Держави несуть відповідальність за надання послуг соціального забезпечення інвалідам і підтримку їх доходів.

1. Державам слід забезпечити підтримку належних доходів інвалідів, які через непрацездатність або з причини, пов'язаної з непрацездатністю, тимчасово втратили можливість заробляти кошти для існування, або заробіток яких зменшився, або які не мають можливості знайти роботу. Державам слід забезпечити, щоб при наданні допомоги до уваги приймалися витрати, які часто несуть інваліди і їхні сім'ї в результаті інвалідності.

2. У країнах, в яких існують або створюються системи соціального забезпечення, соціального страхування або інші, подібні системи для всього населення, державам слід подбати, щоб такі системи не ігнорували інтереси інвалідів і не були дискримінаційними для них.

3. Державам слід також забезпечувати матеріальну підтримку і соціальний захист особам, які взяли на себе турботу про інваліда.

4. У системи соціального забезпечення слід включати заходи з відновлення потенціалу інвалідів в отриманні доходів. У цих системах слід передбачати також організацію, розвиток і фінансування професійно-технічного навчання і надання сприяння такому навчанню. Вони мають також сприяти службам, що забезпечують зайнятість.

5. Програми соціального забезпечення повинні також стимулювати зусилля самих інвалідів, спрямовані на пошук роботи, яка приносила б дохід або відновлювала їх доходи.

6. Матеріальну допомогу інвалідам слід надавати до цього часу, поки зберігається стан інвалідності, причому так, щоб інваліди прагнули знайти роботу. Таку допомогу слід скорочувати або припиняти лише після того, як інвалід починає одержувати адекватний і гарантований дохід.

7. Держави, де послуги у сфері соціального забезпечення значною мірою надаються приватним сектором, повинні заохочувати місцеві спільноти, добродійні організації і сім'ї розробляти власні заходи і стимули для забезпечення зайнятості і пов'язаної з нею діяльності для інвалідів.

III. ЗАХОДИ ПО ЗДІЙСНЕННЮ

Правило 13. Інформація і дослідження

Держави беруть на себе основну відповідальність за збір і розповсюдження інформації про умови життя інвалідів і сприяють проведенню комплексних досліджень з усіх аспектів, включаючи бар'єри, що ускладнюють життя інвалідів.

1. Державам слід регулярно збирати статистичні дані про умови життя інвалідів різних категорій, а також іншу інформацію про інвалідів. Збір таких даних може здійснюватися паралельно з проведенням національних переписів населення і обстежень домашніх господарств і, зокрема, проводиться за тісної співпраці з університетами, науково-дослідними інститутами та організаціями інвалідів. Такі дані мають включати питання про програми і послуги про їхнє використання.

2. Державам слід розглянути питання про створення банку даних про інвалідів, в яких містилися б статистичні дані про наявні служби і програми, а також про різні групи інвалідів. Держави мають враховувати при цьому необхідність захисту особистого життя і свободи особи.

3. Державам слід розробляти і надавати підтримку програмам вивчення соціальних і економічних питань, а також питань участі, що стосуються життя інвалідів та їх сімей. Такі дослідження повинні включати аналіз причин, видів і масштабів інвалідності, наявності і ефективності існуючих програм та необхідності розвитку і оцінки служб, заходів з надання допомоги.

4. Державам слід розробляти і удосконалювати термінологію і критерії, необхідні для проведення національних обстежень, в співпраці з організаціями інвалідів.

5. Державам слід вживати заходів для сприяння участі інвалідів щодо збору і вивчення даних. Для проведення подібних досліджень урядам необхідно, зокрема, сприяти набору кваліфікованих співробітників-інвалідів.

6. Державам слід надавати підтримку обмінів результатами наукових досліджень і досвідом.

7. Державам слід вживати заходи для розповсюдження інформації і знань з питань, що стосуються інвалідів, серед всіх політичних і адміністративних органів на національному, регіональному і місцевому рівнях.

Правило 15. Законодавство

Держави несуть відповідальність за створення правової основи для вживання заходів з метою забезпечення участі інвалідів повною мірою у житті суспільства та їх рівноправ'я.

1. У національному законодавстві, в якому визначені права і обов'язки громадян, повинні зазначатися також права і обов'язки інвалідів. Держави зобов'язані забезпечувати інвалідам можливість користуватися своїми правами, включаючи цивільні і політичні права людини, на рівній основі з іншими громадянами. Держави повинні забезпечувати участь організацій інвалідів в розробці національного законодавства, що стосується прав інвалідів, а також в оцінці цього законодавства, що проводиться.

2. Можуть виявитися необхідними законодавчі заходи для усунення чинників, які можуть негативно впливати на життя інвалідів, включаючи утиск гідності особи і схильність інвалідів ставати жертвами порушень їхніх прав. Необхідно усунути будь-які положення, що є дискримінаційними стосовно до інвалідів. Національне законодавство повинне передбачати ухвалення відповідних санкцій у разі порушення принципів недопущення дискримінації.

3. Національне законодавство, що стосується інвалідів, може існувати в двох видах. Права і обов'язки можуть бути закріплені або в загальному законодавстві, або міститися в спеціальному законодавстві. Спеціальне законодавство для інвалідів може бути встановлено за допомогою таких заходів, як:

- ✓ ухвалення окремого законодавства, що стосується виключно інвалідів;
- ✓ включення питань, що стосуються інвалідів, в закони, що відносяться до конкретних областей;
- ✓ спеціальна згадка інвалідів у текстах, які призначені для тлу-

мачення існуючого законодавства.

Можлива також комбінація кількох вищезгаданих підходів. Може бути також розглянута можливість ухвалення положень про позитивну дискримінацію.

4. Держави можуть розглянути можливість створення офіційних механізмів подачі позовів у законодавчому порядку для захисту інтересів інвалідів.

Правило 19. Підготовка персоналу

Держави несуть відповідальність за забезпечення належної підготовки на всіх рівнях персоналу, який бере участь у розробці і здійсненні програм та наданні послуг, що стосуються інвалідів.

1. Державам слід забезпечити, щоб всі органи, відповідальні за надання послуг інвалідам, здійснювали належну підготовку свого персоналу.

2. При підготовці фахівців з питання, що стосується інвалідів, а також при включенні у загальні навчальні програми інформації, що стосується інвалідів, слід належним чином здійснювати принцип рівності і повноправної участі.

3. Державам слід за узгодженням з організаціями інвалідів розробляти навчальні програми; інвалідів слід залучати до участі у розробці навчальних програм для персоналу як викладачів, інструкторів або консультантів.

Правило 20. Національний контроль і оцінка програм

Держави несуть відповідальність за постійний контроль і оцінку виконання національних програм і надання послуг, спрямованих на забезпечення рівних можливостей для інвалідів.

1. Державам потрібно періодично і систематично проводити оцінку національних програм, що стосуються інвалідів, і розповсюджувати початкові дані з результатами таких оцінок.

2. Державам потрібно розробляти і використовувати термінологію та критерії оцінки програм і послуг, що стосуються інвалідів.

5. Оцінку різних програм, що стосуються інвалідів, слід перед-

бачати вже на етапі планування програм, з тим, щоб можна було оцінити загальну ефективність виконання поставлених завдань.

Правило 21. Технічне і економічне співробітництво

Держави, як і промислово розвинені, так і ті що розвиваються, несуть відповідальність за вживання заходів для поліпшення умов життя інвалідів в країнах, що розвиваються, і співпрацюють в цих цілях.

4. Пріоритетні сфери технічного і економічного співробітництва передбачають:

✓ розвиток людських ресурсів за допомогою розвитку навичок, здібностей і потенціалу інвалідів і за допомогою здійснення заходів, пов'язаних зі створенням робочих місць для інвалідів;

✓ розробку і розповсюдження технологій і навиків, що враховують особливості інвалідів.

6. Державам слід вживати заходів, що спрямовуються на поглиблення розуміння проблем інвалідів особами, що займаються на всіх рівнях здійсненням програм у сфері технічного і економічного співробітництва.

IV. МЕХАНІЗМ КОНТРОЛЮ

1. Мета механізму контролю полягає в тому, щоб сприяти ефективному здійсненню Правил. Він допомагатиме кожній державі аналізувати хід здійснення Правил і оцінювати досягнутий прогрес. При здійсненні контролю повинні виявлятися труднощі і рекомендуватися необхідні заходи, що сприяють успішному здійсненню Правил. Механізм контролю діятиме з урахуванням економічних, соціальних і культурних особливостей, що існують в конкретних державах. Важливим елементом діяльності повинно також стати надання консультаційної допомоги та обмін досвідом з інформацією між державами.

9. Державам слід заохочувати національні координаційні комітети або аналогічні органи щодо участі в здійсненні Правил і контролю за ними. Як координаційні центри з питань інвалідності на національному рівні їх слід заохочувати для встановлення про-

цедур координації контролю за здійсненням Правил. Організації інвалідів слід заохочувати для активної участі у здійсненні контролю на всіх рівнях.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА



1. Адамюк Н.Б. Сурдопедагогіка навчає не лише читати, а й пізнавати світ // Педагогічна газета. — №7(144). — липень — 2006.
2. Базоев В.З. Человек из мира тишины / В.З. Базоев, В.А. Паленный. — М.: Академкнига, 2002.
3. Банникова Л. По обе стороны стеклянной стены. — К., 2009.
4. Барташнікова О. Інтелектуальна ігротека / О. Барташнікова, І. Барташнікова. — Львів, 1996.
5. Беземчук Л. Творчий розвиток школярів засобами музичного мистецтва // Мистецтво та освіта. — 2001. — №1.
6. Близнюк В.В. Страна УТОГ / В. В. Близнюк, С. Л. Зворский; ред. кол. Максименко Ю. П., Н. М. Каменська та ін. — Київ: Поліграфічний центр УТОГ, 2006. — 400 с.
7. Богуш А. Мовленнєвий розвиток дітей від народження до 7. — К.: Видавничий Дім «Слово», 2002. — 374 с.
8. Верботональна система, реабілітація слухання та мовлення, діагностика, слухопротезування: симпозиум з міжнародною участю, 26 — 29 вересня 2001 р. / М-во охорони здоров'я, Головне управління охорони здоров'я населення м. Києва. — К., 2001. — 64 с.
9. Витковская Н.С. Формирование эстетической культуры младших школьников. — К.: Радянська школа, 1980.
10. Волкова Н.П. Основні напрямки естетичного виховання // Педагогіка: Посібник. — К., 2001.
11. Воспитание школьников во внеурочное время / Под ред. Л.К. Баянской. — М.: Просвещение, 1980.
12. Воспитательная работа в интернате школы для глухих детей / Под ред. С.А. Зыкова. — М., 1961.
13. Гайдук В. «Райдугу» можна побачити взимку // Наше життя. — 1993. — № 2.
14. Гайштут О.Г. Розвиваючі стежки. — Київ, 1997.
15. Гайштут О.Г., Сулява О.М. Їжачок-дошколярник: Зошит з підготовки навичок. — Київ, 1997.
16. Герои спорта из мира тишины : Сборник очерков о лучших глухих спортсменах XX столетия / Составитель А.М. Мережко. — Киев, 2005. — 190 с.
17. Гільбух Ю.З., Георгієвська В.А. Розвивайте розум дітей. — Київ, 1993.
18. Горобець М. Формування естетичних почуттів у молодших школярів засобами мистецтва // Рідна школа. — 1999. — № 11.

19. Грицькова Н. Світло в тіні «Райдуги» або що заважає розкриттю творчого потенціалу театру // Наше життя. — 1988. — № 7.
20. Дем'янчук О.М. Естетичний інтерес як педагогічна проблема // Педагогіка і психологія. — 1994. — № 2. — (Вісник АПН України)
21. Джола Д.Н. Теорія і методика естетичного виховання школярів: [навч. посібник] / Д.Н.Джола, А.Б.Щербо. — К.: ІЗМН, 1998 — (Ін-т змісту і методів навчання).
22. Донець О.П. Роль естетичного виховання у розвитку дитини // Шкільний світ. — 1998. — № 3.
23. Дробот О.А. Батькам нечуючого дошкільника: [метод.рекомендації]. — Чернігів: РВК «Деснянська правда», 2006. — 32 с.
24. Дмитрієва О.І. Комп'ютерна програма «Українська жестова абетка» / О.І. Дмитрієва, В.І.Романишин. — Кам'янець-Подільськ, 2005.
25. Дулиба Е. Серебряная радуга // Наше життя. — 1995. — № 25.
26. С.В. Кульбіда, І.І. Чепчина, Н.Б. Адамюк, Н.В. Іванюшева. Український жестівник для батьків / НАПН України, Ін-т спец. педагогіки, Лаб. жестової мови, Укр. т-во глухих. — К.: СПКТБ УТОГ, 2011. — 380 с.
27. Энциклопедический справочник Украинского общества глухих / Мережко А.М., Скурчинский В.В. — К.: УТОГ, 2010. — 238 с.
28. Эстетическое воспитание в школе-интернате: сборник статей / [под ред. О.А. Апраксиной]. — М., 1961.
29. Естетичні проблеми сучасності / [відповід. ред К.Д. Шудря]. — К.: Мистецтво, 1971.
30. Естетичне виховання з досвіду роботи середніх спеціальних навчальних закладів. — К.: «Вища школа», 1976.
31. Естетичне виховання: довідник / [упор. Н.О. Яранцева]. — К.: Політвидав, 1998.
32. Жестова мова й сучасність: зб. наук. праць / [відповід. за випуск С.В. Кульбіда]. — Вип. 1. — Київ, 2006. — 176 с.
33. Жестова мова й сучасність: зб. наук. праць / [відповід. за випуск С.В. Кульбіда]. — Вип. 2. — Київ, 2007. — 281 с.
34. Жестова мова й сучасність: зб. наук. праць / [гол. ред. Засенко В.В.]. — Вип. 3. — К.: Пед. думка, 2008. — К. — 192 с.
35. Жестова мова й сучасність: зб. наук. праць / [гол. ред. Засенко В.В.]. — Вип. 4. — К.: «Центродрук», 2009. — 348 с.
36. Жестова мова й сучасність: зб. наук. праць / [гол. ред. Засенко В.В.]. — Вип. 5. — К.: «Наукова думка», 2010. — 307 с.
37. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». — Відомості Верховної Ради, 2004. — № 21.

38. Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідів з дитинства та дітям-інвалідам» від 16.11.2000 (зі змінами та доповненнями 16.04.2009). — Відомості Верховної Ради. — № 38.
39. Зборовська Н.А. До проблеми спілкування чуючих батьків глухої дитини // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Науково-методичний збірник. — Вип. 7. — Київ, 2006.
40. Зуева Е.М. Театр — наша любов, боль, надежда... // Наше життя — 1998. — № 19.
41. Зязюн І.А. Виховання естетичної культури школярів: навч.посбн. / І.А. Зязюн, Н. Є. Миропольська [та ін.]. — К.: ІЗМН, 1998.
42. Іванюшева Н.В. Українська жестова абетка / Н.В. Іванюшева, С.В. Кульбіда. — Київ, 2004. — 64 с.
43. Іванюшева Н.В. Тематичний відеословник жестової мови. — Київ: Глас, 2006. — 4383 Мб.
44. История Всероссийского общества глухих / [состав. В.А. Паленный]. — Т.2. — М.:Загрей, 2010. — 544 с.
45. Каменская Н.Н. Крылья на сцене // Наше життя. — 1998. — № 50.
46. Каменська (Калініченко) Н.М. Жестова мова як засіб навчання // Наше життя. — № 4. — 2003.
47. Кащенко В. Театр «Райдуга» і глухі актори // Україна молода. — 1999. — №225.
48. Книга жестов для неслышающих людей / [авт.-сост. Р.Г. Маринина]. — М.: ООО «Издательство АСТ»; Донецк: «Сталкер», 2004. — 317 с.
49. Кобалевський Д.Б. Прекрасне пробуджує добре: статті, доповіді, виступи. — К.: Муз. Україна, 1978.
50. Компанець Н.М. Зачаровані картинки. — Київ, 1995.
51. Концепція жестової мови в Україні. — Київ, 2010. — 28 с.
52. Королева И.В. Современный подход к диагностике периферических и центральных нарушений слуха у детей: учеб. пособие. СПб.: ЛОР, 2000.
53. Королева И.В. Нарушения слуха у детей в раннем возрасте: диагностика и реабилитация: пособие для врачей. — СПб., 2004.
54. Королева И.В. Реабилитация детей с кохлеарными имплантами: пособие для врачей. — СПб., 2004.
55. Косяк Л.І. Вивчення та аналіз стану сформованості естетичних інтересів старшокласників // Творча особистість вчителя: проблеми теорії і практики: зб. наук. праць. — Вип. 4. — К., 2000.
56. Кульбіда С.В. Українська дактилологія: наук.-метод. посібник. — К.: Пед. думка, 2007. — 256 с.

57. Кульбіда С.В. Аналіз спілкування глухих і чуючі дітей (на основі зарубіжних досліджень) // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі: Науково-методичний збірник. — Вип. 8. — Т.1. — Запоріжжя, 2006.
58. Кульбіда С.В. Білінгвальне навчання нечуючих (стан, перспективи розвитку) // Дефектологія. — № 3. — 2006.
59. Кульбіда С.В. Теоретико-методичні засади використання жестової мови у навчанні нечуючих: монографія / С.В.Кульбіда. — К.К.: ТОВ «Поліпром», 2010. — 503 с.
60. Лексикон жестів / [уклад. Д.Ф. Кравченко та ін.]. — Донецьк, 2004. — 559 с.
61. Методичні рекомендації до програми розвитку та виховання дитини раннього віку «Зернятко» / Під ред. О.Л. Кононко. — К., Кобза, 2004. — 188 с.
62. Мій перший буквар. Ілюстрований дактильно-жестовий словник. — Донецьк, 1999.
63. Наказ МОН України від 04.07.2006 р. №504 «Про затвердження переліку вищих навчальних закладів для організації прийому на навчання осіб з обмеженими фізичними можливостями (вадами слуху): // www.president.gov.ua
64. Організація роботи районних (міських) ПМПК та шкільних психолого-медико-педагогічних комісій: довідник / [авт.-уклад. Кулик В.Г.]. — Х., 2005. — 88 с.
65. Порадник для батьків наймолодших дітей: Листи про виховання дітей з вадами слуху. — Львів, 2007.
66. Мережко Г.М. Почесні члени УТОГ. — Київ, 2003. — 208 с.
67. Про першочергові заходи щодо створення сприятливих умов життєдіяльності осіб з обмеженими фізичними можливостями: Указ Президента України від 1 червня 2005 р. №900/2005 // www.president.gov.ua
68. Про соціальні послуги: збірник нормативно-правових актів щодо надання соціальних послуг відповідно до Закону України. — К., 2005. — 150 с.
69. Програма розвитку та виховання дитини раннього віку «Зернятко» / [наук. керівник Кононко О.Л.]. — К., 2004. — 192 с.
70. Преображенский Н.А. И снова слышит человек. — М.: Медицина, 1969. — 37 с.
71. Рибальченко М.П. Етапи розвитку спортивного руху нечуючих в Україні. — Київ, 1998. — 64 с.
72. Рибальченко М.П. Обираю баскетбол. — К.: Поліграфічний центр УТОГ, 2007. — 205 с.
73. Савченко О.Я. Розвивайте свої здібності. — Київ, 1995.
74. Савченко О.Я. Барвистий клубок. — Київ, 1998.

75. Світло безмовний зірок : Збірка нарисів. — Видання 2, виправлене і доповнене. — Київ: Поліграфічний центр УТОГ, 2006. — 383 с.
76. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей інвалідів. — Резолюція Генеральної Асамблеї ООН 48/96, — Розділ II.
77. Структура та діяльність Українського товариства глухих: довідник / [укладач Ю.П. Максименко та ін.]. — К., 2003. — 72 с.
78. Узорова О.В., Нефедова Е.А. 350 упражнених для подготовки детей к школе. — Москва, 1999.
79. Цукерман И.В. Беседы о глухоте и технике, помогающей глухим: [тексты лекций]. — Ленинград, 1973. — 64 с.

ЯК НАС ЗНАЙТИ:

№ п/п	Назва організації	Посилання
1.	Газета УТОГ «Наше життя»	http://utog.org/pages/p1__08.htm
2.	Всесвітня федерація глухих	www.wfdeaf.org
3.	Всеукраїнська молодіжна організація глухих	www.deafua.net
4.	Київська міська ПМПК	http://kmpmpk.edu.kiev.ua
5.	Київська міська федерація з фізичної культури і спорту глухих	hwww.deafsport.kiev.ua
6.	Культурний центр УТОГ	www.i-deaf.com.ua
7.	Лабораторія жестової мови	http://usllab.ucoz.ua
8.	Навчально-виробниче підприємство «ВАБОС»	http://vabos.com.ua
9.	Національна Асамблея інвалідів України	http://naiu.org.ua
10.	Об'єднання нечуючих педагогів	www.onp-ua.narod.ru
11.	Рада перекладачів жестової мови	http://csli.ucoz.ua
12.	Слуховий центр «РеОтон»	www.reoton.com.ua
13.	Спортивна федерація глухих України	www.deafsport.org.ua
14.	Українсько-канадський альянс для глухих та слабочуючих	www.deafalliance.com
15.	Українське товариство глухих	www.utog.org
16.	Центр реабілітації дітей з порушеннями слуху та мови СУВАГ	www.suvag.info
17.	Центр слухової реабілітації «Аврора»	www.aurora.ua

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

ДИТИНА ЗІ СВІТУ ТИШІ

На допомогу батькам нечуючої дитини

Науково-методичний посібник
(доповнений і доопрацьований)

За редакцією
С.В. Кульбіді

**Видано за рахунок гранту
Міжнародного фонду «Відродження»**

Художньо-технічна редакція: Н.А. Зборовська,
Н.М. Каменська,
П.В. Моргунов
Комп'ютерна верстка
та дизайн обкладинки: П.В. Моргунов

Підписано до друку 07.10.2011. Формат 60x84/16
Гарнітура Таймс. Друк. Офс. Папір офс.
Ум.друк.арк. 20,25. Обл.-вид.арк. 14,93.
Наклад 300 прим. Замовлення 333.

Видавництво «Поліграфічний центр УТОГ»,
03038, м. Київ, вул. Нововокзальна, 8.