

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ**

**ДИПЛОМНА РОБОТА**

Магістра

на тему: **«РОБОТА СОЦІАЛЬНОГО ПЕДАГОГА В УМОВАХ  
ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ»**

Виконала: студентка 2 курсу,

групи 8.2318-сп-1з

спеціальності

231 соціальна робота

освітня програма

соціальна педагогіка

Черевата Анастасія Віталіївна

Керівник к.пед.н., доцент

Самсонова О. О.

Рецензент \_\_\_\_\_

Запоріжжя - 2020

## ЗМІСТ

Вступ .....	5
Розділ 1. Теоретичні основи роботи соціального педагога в умовах сучасного інклюзивного навчання .....	9
1.1. Психофізіологічні особливості розвитку дитини .....	9
1.2. Типологія патологій розвитку дітей .....	17
1.3. Нормативно-правова база інклюзивної освіти .....	24
Розділ 2. Діяльність соціального педагога в умовах сучасного інклюзивного навчання.....	29
2.1. Соціально-педагогічний супровід дітей з різними формами затримки психічного розвитку в закладах освіти.....	29
2.2. Соціально-педагогічний супровід дитини-аутиста в закладах освіти.....	42
2.3 Соціально-педагогічний супровід дитини з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги .....	56
2.4. Соціально-педагогічний супровід дитини з порушенням опорно-рухового апарату в закладах освіти .....	68
2.5. Соціально-педагогічний супровід дитини з порушенням зору або слуху в закладах освіти.....	74
Розділ 3. Технології соціально-педагогічної роботи з батьками в системі інклюзивного навчання.....	91
3.1. Правила реабілітації дітей з різними порушеннями психофізичного розвитку .....	92
3.2. Технології соціально-педагогічної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами .....	93

3.3. Результати соціально-педагогічного дослідження проблеми	99
Висновки	102
Список використаних джерел	104
ДОДАТКИ	

## ВСТУП

В процесі демократизації нашого суспільства неабиякого поширення набули ідеї гуманізації освіти. На зміну державоцентриській освітній системі приходить, так звана, дитиноцентриська система освіти, зорієнтована на інтереси дитини та задоволення її потреб.

На жаль, останнім часом кількість дітей з психофізіологічними потребами постійно зростає. Практика європейських країн, показує, що діти з особливими потребами можуть одержувати освіту в звичайному навчальному закладі за моделлю інтегрованого та інклюзивного навчання, яка дає можливість не відокремлювати таких учнів від інших. Тому розбудова національної школи в Україні зумовлює новий підхід до спеціальної освіти. Важливого теоретико-практичного значення набуває проблема інклюзивного навчання, що передбачає спільне перебування дітей із різними порушеннями психофізичного розвитку з їхніми здоровими однолітками.

Радикальним кроком є внесення змін, необхідних для успішного навчання таких дітей, адже ідея інклюзії базується не на спеціальній освіті, а на ефективному навчанні всіх дітей. Для оптимального включення дитини в інклюзивне освітнє середовище з метою повноцінного розвитку і працює соціальний педагог, основне завдання якого полягає у спрямуванні позитивних впливів середовища на соціальне виховання учнів.

Запровадження сучасних моделей організації навчання й виховання в українських школах потребує особливої підготовки педагогів та організації соціально-психологічної служби школи, оскільки ефективність інтегрованого та інклюзивного навчання залежить від правильного соціально-педагогічного та психолого-педагогічного супроводу цих дітей. І тому актуальним питанням виступає в першу чергу, особливість соціально-педагогічної роботи з учнями з особливими освітніми потребами. Адже важливу роль у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами відіграє соціальний педагог, який сприяє соціальній адаптації дитини в загальній ситуації її соціальних відносин. У результаті цього діти долучаються до всіх соціальних систем, структур, соціальних зв'язків та беруть активну участь в основних сферах життя і діяльності школи та суспільства, готуючи себе до повноцінного майбутнього життя. Усі напрями роботи соціального педагога з учнями з особливими освітніми потребами та педагогічним колективом, батьками в умовах школи потребують розвитку знань та практичних навиків.

Незважаючи на те, що професія соціального педагога в Україні існує вже не перший рік, організація його роботи у загальноосвітніх закладах все ще перебуває в процесі розвитку і становлення, а особливо з уведенням сучасних моделей інтегрованого та інклюзивного навчання. Всебічний аналіз проблеми навчання й виховання дітей з особливими освітніми потребами в освітніх закладах нашої держави доводять необхідність впровадження інноваційних підходів до навчально-виховної діяльності цих учнів.

Питання діяльності соціального педагога в закладах загальної середньої освіти вивчали вітчизняні дослідники О. Безпалько, В. Бочарова, Т. Веретенко, І. Зверєва, А. Капська, Л. Коваль, С. Хлебик та ін.

Так, О. Безпалько виділяє послуги, які можуть надавати соціальні працівники, виходячи з мети організації соціально-педагогічної діяльності в школах.

Н. Сейко переконує, що діяльність соціального педагога повинна орієнтуватись на особистість, індивідуальність дитини з метою надання їй комплексної соціально-психологічно-педагогічної допомоги.

О. Колесникова розділяє цю думку та наголошує на необхідності створення відповідних умов у закладах освіти для розв'язання соціально-педагогічних та психологічних проблем учнів з урахуванням їхніх освітніх потреб. Це сприяє залученню до освітнього процесу всіх учнів шляхом створення інклюзивного середовища в закладах загальної середньої освіти.

Інклюзивному навчанню присвячені праці Н. Макаренко, Л. Никонової, І. Єрмакової, в яких науковці розглядають особливості інклюзивного середовища, наводять приклади застосування інклюзії в різних закладах освіти. Аналіз притягнення дітей з особливими освітніми потребами до навчання в закладах загальної середньої освіти здійснювали Л. Андрушко, В. Бондар, Т. Євтухова, О. Савченко, М. Сварник.

Теоретичні положення, що розкривають соціально-педагогічні аспекти роботи соціального працівника з учнями з особливими освітніми потребами, представлено в працях В. Ляшенка, В. Тесленка, С. Харченка та ін. [2, с. 29].

Об'єкт дослідження – процес роботи соціального педагога в системі інклюзії.

Предмет дослідження – технології соціально-педагогічної роботи з учнями з особливими освітніми потребами.

Мета – визначити основні технології роботи соціального педагога в інклюзивному середовищі закладів освіти.

Завдання дослідження:

- вивчити психолого-педагогічну літературу по проблемам розвитку дітей, типологію патологій;

- визначити основні напрямки та завдання роботи соціального педагога з учнями з різними порушеннями психофізичного розвитку;
- проаналізувати технології соціально-педагогічної роботи в системі інклюзивного навчання.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз літературних джерел з метою визначення науково-теоретичного підґрунтя дослідження, аналіз і синтез передового науково-практичного досвіду з даної проблеми; аналіз нормативних документів;
- емпіричні: спостереження, опитування, анкетування.

В основу дослідження було покладено припущення про те, що тісний процес взаємодії соціального педагога та учня з порушеннями психофізичного розвитку буде сприяти більш ефективному соціально-психологічному розвитку дитини та її соціальній адаптації, готуючи її до повноцінного майбутнього життя.

## **РОЗДІЛ 1**

### **ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РОБОТИ СОЦІАЛЬНОГО ПЕДАГОГА В УМОВАХ СУЧАСНОГО ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ**

#### **1.1. Психофізіологічні особливості розвитку дитини**

Психічний розвиток дітей відбувається нерівномірно. У ньому спостерігаються періоди відносно повільних, поступових змін, коли дитина протягом тривалого часу зберігає ті самі основні риси психологічного вигляду, і періоди набагато більш різких, стрибкоподібних змін, пов'язаних з відмиранням, зникненням старих і появою нових психічних рис, що часом роблять дитину буквально невпізнанною для навколишніх. Ці стрибкоподібні переходи називають кризами розвитку. Вони виникають у всіх дітей, що живуть у подібних умовах, приблизно в тому самому віці і дозволяють поділяти період дитинства на кілька вікових етапів.

У період від народження до вступу до школи дитина проходить (якщо не вважати кризи, пов'язаної із самим народженням) три кризових моменти: у рік, у три роки і, нарешті, у сім років. Відповідно в цьому періоді виділяють

три вікових етапи: дитинство (від народження до року), раннє дитинство (від року до трьох років) і дошкільне дитинство (від трьох до семи років) [ ]

Для нормального розвитку дитини із самого її народження важливе значення має спілкування. Тільки в процесі спілкування дитина може освоїти людську мову, що, у свою чергу, відіграє ведучу роль у діяльності дитини й у пізнанні й освоєнні нею навколишнього світу.

За ведучими видами спілкування і діяльності дітей виділяють такий віковий ряд: безпосередньо-емоційне спілкування (дитячий вік), предметно-маніпулятивна діяльність (ранній вік), рольова гра (дошкільний вік), навчальна діяльність (молодший шкільний вік), інтимно-особистісне спілкування (підлітковий вік), учбово-професійна діяльність (ранній юнацький вік). [ ]

З народження і протягом усього періоду дорослішання послідовно і періодично перемінюючи один одного ведучі види діяльності і форми спілкування, у кінцевому рахунку, і забезпечують розвиток особистості дитини.

Вікові етапи психологічного розвитку не тотожні біологічному розвитку. Вони мають історичне походження. У психічному розвитку дітей спостерігаються також істотні індивідуальні розходження. Ці розходження стосуються насамперед темпу психічного розвитку. Маються відомі середні терміни виникнення вікових криз. В окремих дітей вони можуть настати значно раніше і значно пізніше.

Діти, безперечно, розрізняються між собою за природними особливостями. Так, навіть безумовні рефлекси виражені в немовлят у різному ступені. У різних дітей з різною швидкістю утворюються умовні рефлекси.

Добре відомо, що різного роду дефекти мозку – спадкоємні захворювання, недорозвинення, травми під час пологів – ведуть до затримки



психічного розвитку, а в особливо важких випадках роблять його взагалі неможливим. Виходячи з цього, іноді припускають, що випадки особливо швидкого чи особливо яскравого психічного розвитку, прояв незвичайних здібностей теж пов'язані з якимись вродженими особливостями мозку [ ].

Відразу після народження в дитини включаються безумовні рефлексії: ті, що забезпечують роботу основних систем організму (подиху, кровообігу; захисні рефлексії; орієнтовні і деякі інші). Більшість вроджених реакцій необхідні для життя дитини. Вони допомагають їй пристосуватися до нових умов існування.

Новонародженість є єдиним періодом у житті людини, коли ще можна спостерігати в чистому виді прояв вроджених, інстинктивних форм поведінки, спрямованих на задоволення органічних потреб (потреб у кисні, їжі, теплі). Ці органічні потреби не можуть, однак, скласти основу психічного розвитку – вони тільки забезпечують виживання дитини.

Основна особливість немовляти – безмежні можливості засвоєння нового досвіду, придбання властивих людині форм поведінки. Якщо органічні потреби в достатній мірі задовольняються, вони незабаром втрачають своє ведуче значення, і в умовах правильного режиму і виховання формуються нові потреби (потреби в одержанні вражень, у русі, у спілкуванні з дорослими); на їх основі здійснюється психічний розвиток.

Ще одна важлива особливість немовляти полягає в тому, що розвиток зору і слуху відбувається в нього швидше, ніж розвиток тілесних рухів. Необхідна умова нормального дозрівання мозку в період новонародженості – вправи для органів почуттів (аналізаторів), надходження в мозок одержуваних при їх допомозі різних сигналів зовнішнього світу. Якщо дитина попадає в умови сенсорної ізоляції, її розвиток різко сповільнюється. Вже в дитячому віці яскраво виявляється загальна закономірність психічного розвитку дитини, яка полягає в тому, що психічні процеси і якості

складаються у неї під вирішальним впливом умов життя, виховання і навчання.

Нормальний розвиток здорової дитини в період від новонародженості до трьох років відображено в таблиці 1.1.

*Таблиця 1.1*

Розвиток дитини в період від новонароджуваності до трьох років

Вік дитини	Фізіологічні показники, у нормі	Число дихальних рухів у хвилину	Частота пульсу в хв.	Збільшення в масі, г	Збільшення в рості, см
Новонароджений	Виконує всі основні вроджені рефлекси, ріст і вага відповідають терміну вагітності	40-45	140-160		
1 місяць	Поворот голови в сторони самостійно, рух очима вправо і вліво. Короткочасно фіксує погляд на великій яскравій іграшці; рухає ручками і ніжками.	40-45	120-125	600	3
2 місяці	Розглядає іграшки, що лежать над ліжечком, посміхається при звертанні до нього, утримує голову у вертикальному положенні і лежачи на животі піднімає її	40-45	110-115	800	3
3 місяці	Добре тримає голову, лежачи на животі спирається на лікті і піднімає верхню частину тулуба. Голосно сміється. Тягнеться до іграшок і добре утримує їх у ручці.	40-45	105-110	800	2,5
4 місяці	Повертається зі спини на живіт. Міцно упирається на ніжки.	35-40	100-105	750	2,5
5 місяців	Сидить з підтримкою, впізнає близьких. Розрізняє інтонації голосу; гулить.	35-40	98-100	700	2
6 місяців	Сидить. Повертається з живота на спинку; вільно бере і грається з іграшками, добре їсть з ложки.	35-40	90-95	650	2

7 місяців	Встає на коліна і сідає тримаючись за ліжечко. Стоїть із підтримкою за обидві ручки. Белькоче.	30-35	85-90	600	2
8 місяців	Сідає, лягає, встає в ліжечку, повзає, пересувається з підтримкою; п'є з чашки.	30-35	80-85	550	2
9 місяців	Ходить з підтримкою за одну руку. Самостійно грає в іграшки. Виконує прості прохання. Повторює за дорослими склади і звуки.	30-35	80-85	500	1,5
10 місяців	Ходить самостійно.	30-35	78-85	450	1,5
11 місяців	Перші осмислені слова.	30-35	78-84	400	1,5
12 місяців	Говорить 10-12 слів і ними обходиться.	30-35	75-82	350	1,5
2-3 роки	Починає говорити реченнями, знає 500-700 слів	25-30	75-80	2000	
3 роки	Повинна бути самостійною, активною, допитливою. Розрізняє кольори по картинках. Правильно називає предмети довкола себе.	25-30	75-80	2000	

Дошкільним віком вважається період від 3 до 6-7 років. Основними особливостями цього віку є те, що складається нова соціальна ситуація розвитку, провідною діяльністю стає гра, під час якої дошкільники опановують інші види діяльності, виникають важливі новоутворення у психічній та особистісній сферах, відбувається інтенсивний інтелектуальний розвиток дитини, формується готовність до навчання у школі.

Протягом дошкільного віку в психіці дитини виникають особливо важливі для її подальшого життя психологічні новоутворення:

1) починає розвиватися творча діяльність, яка виражається у здатності перетворювати навколишню дійсність, створювати нове. Проявляється це в конструкційних іграх, технічній і художній творчості;

2) пізнавальні психічні процеси починають працювати в режимі єдиної інтелектуальної діяльності, проявляється об'єднання зовнішніх і внутрішніх дій;

3) виникає та починає успішно функціонувати внутрішнє мовлення як засіб мислення, з'являється опосередкована певними уявленнями довільна поведінка;

4) дитиною усвідомлюються норми і правила. Вони починають керувати її поведінкою, перетворювати її дії на довільні та морально регульовані вчинки;

5) виникають первинні моральні настанови, передусім розрізнення того, що є добрим і поганим;

6) дитина вже не може жити у безладі. Все, що бачить, вона намагається впорядкувати, збагнути закономірні відношення навколишнього світу, що є свідченням виникнення первинного, хоча ще схематичного дитячого світогляду.

Молодшим шкільним вважається вік від 6-7 до 11-12 років. Це є період рівномірного росту організму дитини. Зазвичай дівчатка дещо переважають у рості хлопців. Кістки скелету молодшого школяра є досі гнучкими, тому необхідно слідкувати за осанкою. Відбувається окостеніння фаланг пальців. Окостеніння зап'ястя завершується в 10-13 років, тому діти цього віку швидко стомлюються при малюванні та письмі. Також поступово зростаються кістки тазу, тому дитину обмежують у перенесенні ваги.

Випадають до 20 молочних зубів, замість них виростають постійні, які не відповідають розміру рота і здаються великими.

Активно розвивається м'язова система, діти майже постійно знаходяться у русі, але дрібні м'язи розвиваються повільніше, тому в дітей молодшого шкільного віку рухи мають недостатню координацію.

Очі дитини досить швидко змінюють свою форму залежно від відстані до предмету, тому потрібно слідкувати за правильністю відстані під час письма або читання.

Розвиток нервової системи характеризується підвищенням рухливості нервових процесів, збільшенням врівноваженості процесів збудження та гальмування, зростанням ролі другої сигнальної системи у вищій нервовій діяльності.

Психічний розвиток дітей дошкільного віку характеризується, насамперед, виникненням кризи семи років. Вона символізує перехід від дошкільного до молодшого шкільного дитинства.

Основними симптомами кризи є:

- втрата безпосередності поведінки (дитина починає думати перед тим як діяти);
- прояви манірності поведінки, кривляння (демонстрація невластивих дитині якостей);
- симптом "гіркої цукерки" (приховування почуттів, що символізує появу внутрішньої оцінки).

Зміст кризи семи років полягає у наступному:

- народжується "соціальне Я" дитини;
- з'являється нове внутрішнє життя дитини: переживання узагальнюються, це спричиняє появу стійких афективних комплексів, в результаті внутрішнє життя дитини накладається на зовнішнє, при цьому вони не відповідають одне одному;
- виникає новий рівень самосвідомості - внутрішня позиція, з'являється ставлення до самого себе, дитина розуміє ставлення інших до себе;
- з'являються цінності, моральні норми;
- закріплюється стійка особистісна риса: мотив досягнення успіху, на що впливає самооцінка і рівень домагань;
- змінюється структура поведінки: з'являється раціональна та емоційна оцінка результатів своїх дій.

Анатомо-фізіологічний розвиток та поступове розв'язання кризи призводять до таких психологічних новоутворень:

- 1) довільність психічних процесів;
- 2) з'являється внутрішній план дій;
- 3) з'являється рефлексія (осмислення умов, закономірностей і механізмів своєї діяльності), а також самооцінка та самоконтроль.

Підлітковий вік також називають пубертатним періодом - стадія, коли людина досягає статевого дозрівання (в середньому триває 3-4 роки). На цій стадії у підлітків інтенсивно росте скелет тіла. Спочатку дозрівають внутрішні органи, а потім збільшуються зовнішні розміри тіла.

Психічний розвиток підлітків характеризується тим, що фактично весь цей період супроводжується кризою, яку умовно називають "криза 13 років".

Її передумовою є руйнування старої структури особистості, внутрішнього світу, системи переживань дитини, що були сформовані до цього віку.

Основними причинами кризи є наступні:

- 1) дорослі не змінюють своєї поведінки у відповідь на появу в підлітків прагнень до нових форм взаємин із батьками та вчителями;
- 2) у поведінці з'являється пряме відображення статевого дозрівання.

Суть кризи полягає у глибокій якісній зміні всього процесу психічного розвитку дитини, її внутрішнього світу (а не в яскравих зовнішніх проявах поведінки).

До симптомів кризи належать:

1. Зниження продуктивності навчальної діяльності (а також спроможності нею займатися) навіть у тих сферах, де підліток обдарований (часто це зумовлюється переходом від конкретного до логічного мислення).

2. Негативізм. Підліток ніби відштовхується від оточуючих. Схильний до сварок, порушень дисципліни, у нього часто виникає внутрішнє занепокоєння, невдоволення, прагне самотності та самоізоляції.

Бурхливий розвиток та криза підліткового віку зумовлюють появу психологічних новоутворень, центральним з яких є самосвідомість. Іншим новоутворенням є відчуття дорослості. Це проявляється не у вигляді наслідування (як було в дошкільному та молодшому шкільному дитинстві), а в приналежності до світу дорослих - постійному намаганні зайняти місце дорослого в системі реальних стосунків між людьми. Звичайно дорослість підлітків є суб'єктивною, проявляється вона в емансипації від батьків, новому ставленні до навчання, у романтичних стосунках з однолітками іншої статі, у зовнішньому вигляді й манері одягатися.

Розвиток особистості підлітка характеризується такими психологічними особливостями:

- поява відчуття дорослості визначає спрямованість та зміст активності дитини;
- вони прагнуть визнання своєї дорослості, оскільки не відчують себе дорослими повною мірою;
- з'являється велика чутливість до засвоєння норм, цінностей, способів поведінки;
- посилюється прагнення бути самостійним;
- виникає постійна потреба у доброзичливому ставленні, тактовності з боку дорослих;
- у діяльності підлітки самостійно ставлять мету, складають план дій, підбирають засоби. Але часто неповністю усвідомлюють свої дії, не прагнуть самоаналізу. Їх вчинки характеризуються імпульсивністю;
- в підлітковому віці також розвиваються специфічні особливості самосвідомості, що проявляється в самооцінці. Механізмом розвитку

самосвідомості підлітків є їх постійна рефлексія, тому вони часто є невдоволеними самими собою;

- підлітки дуже цікавляться іншими. Їм подобається аналізувати дії та думки знайомих, розмовляти про свій внутрішній світ, переживання, почуття;
- розвиваються такі вольові якості як наполегливість, цілеспрямованість. Але часто їх вольові дії спрямовані тільки на щось одне;
- бурхливо розвивається вольова сфера підлітків. Практично усе їх життя і діяльність супроводжуються яскравими емоціями, почуттями, переживаннями, особливо у спілкуванні з однолітками протилежної статі;
- інтенсивно формується спрямованість, інтереси. [ ]

## 1.2. Типологія патологій розвитку дітей

Основні напрями проблеми аномального розвитку дітей досліджували Т.В. Ахутіна, Т.А. Власова, М.С. Певзнер; В.В. Лебединський; В.А. Лапшин, А.Р. Лурія, А.І. Мещеряков, Б.П. Пузанов, А.В. Семенович, Є.Г. Симерницька, І.О. Соколянський, О.І. Скороходова, О.Н. Усанова та інші. Проте питання виникнення причин аномалій розвитку у дітей залишається на часі актуальним.

Як стверджують науковці, наявність того або іншого дефекту не свідчить про аномальний розвиток, адже втрата одного із парних аналізаторів не обов'язково призводить до дефекту розвитку, оскільки в цих випадках зберігається можливість сприймати аудіальні та візуальні сигнали. Дефекти такого походження не впливають на процес взаємодії з оточуючими, не заважають оволодінню загальним навчальним матеріалом. Проте це впливає на самосприйняття та самооцінку [\_\_, с. 27- 35].



Так, аномальними вважаються діти з порушенням психічного розвитку внаслідок дефекту, які потребують спеціального навчання й виховання, позаяк у них спостерігаються відхилення у фізичному або психічному розвитку, викликані різними за характером та часом виникнення причинами. Доцільно зазначити, що фізичний недолік, тимчасовий або постійний, обумовлений недоліком функціонування органу або системи людини внаслідок хронічного соматичного чи інфекційного захворювання. А психічні вади у розвитку людини, включаючи порушення мовлення, емоційно-вольової сфери, є наслідком ушкодження мозку [ ].

Залежно від причин виникнення аномалій та порушень розвитку їх поділяють на вроджені та набуті. Так, вроджені порушення залежать від таких чинників, як захворювання матері в період вагітності: токсикоз, інтоксикація, порушення обміну речовин, імунно-патологічні стани та різнобічна акушерська патологія (вужкий таз, затяжні або стрімкі пологи, обвивання пуповиною тощо). Окрім того, негативно впливають на розвиток дитини хімічні речовини, радіоактивне випромінювання; внутрішньоутробні інфекцій нервової системи, котрі спричиняють мікроцефалію (зменшення розмірів черепа (мозку), гідроцефалію (накопичення ліквору унаслідок дисбалансу його секреції і всмоктування), спастичні паралічі і парези, мимовільні нав'язливі рухи (гіперкінези). Можливі різні ембріональні мозкові ураження унаслідок резус-конфлікту крові матері та плоду. В цьому випадку часто страждають підкоркові утворення, скроневі частини кори та слухові нерви. Чим раніше в ембріогенезі ушкоджується мозок плоду, тим більше виражені порушення.

До групи вроджених порушень належать спадкові генетичні ураження, котрі характеризуються різноманітними спадково обумовленими відхиленнями в обміні речовин. Порушення хромосомного набору генів батьків можуть призвести до спадкоємства деяких форм розумової відсталості (хвороба Дауна ), глухоти, дефектів зорового аналізатору. Набуті

порушення включають різноманітні відхилення у розвитку, викликані пологовими та післяпологовими ураженнями організму дитини. Чільне місце в даній групі патології посідають асфіксія (киснева недостатність) і внутрішньочерепна пологова травма. Внутрішньочерепними травмами, які виникають у період перебігу пологів, є крововиливи в речовину мозку і в його оболонки в результаті механічної травми головки плоду і пошкодження її судин, а також розладу мозкового крово обігу. Особливу групу порушень у розвитку складають дитячі церебральні паралічі (ДЦП), які є наслідком пошкоджень мозку, викликаних хронічними захворюваннями майбутньої матері, перенесених нею інфекційних захворювань, інтоксикацій, несумісності крові за резус-чинником, іноді – асфіксією новонароджених і пологовою травмою.

Окрім того, до набутих порушень належать нейроінфекції: менінгіти та енцефаліт. Причинами набутих аномалій можуть бути різні травматичні ушкодження (переважно слухового та зорового аналізатора, а також черепно-мозкові травми). Унаслідок патологічних змін нервової системи черепно-мозкові травми можуть супроводжуватися вираженими змінами рухових і психічних функцій (паралічами, розладами слуху, зору, уваги, пам'яті та мовлення, порушенням інтелектуальної діяльності, неврозами та епілепсією) [ ].

Класифікація дітей з порушеннями у розвитку більшість дослідників, які займались вивченням проблем дітей з відхиленнями у розвитку, визначають серед них 10 категорій, до яких включають дітей з порушеннями одного з аналізаторів: повною (тотальною) або частковою втратою слуху – слабонечуючі (глухі), слабочуючі (туговухі), або зору – незрячі (сліпі), слабозорі; зі специфічними розладами мовлення (алалія, загальне недорозвиток мовлення, заїкання тощо); з порушеннями опорно-рухового апарату (церебральний параліч, наслідки травм хребта або перенесеного поліомієліту), з розумовою відсталістю і з різним ступенем вираженості

затримки психічного розвитку (різні форми психічного недорозвинення переважно з несформованістю інтелектуальної діяльності), із складними порушеннями (незрячі, розумово відсталі, сліпоглухі, сліпоглухі з розумовою відсталістю, сліпі з порушеннями мовлення), аутичні (активне уникання спілкування з оточуючими) [ ].

Усі діти з відхиленнями у розвитку вирізняються низкою різко виражених специфічних для кожної групи особливостей, які не властиві дітям з нормальним розвитком: грубе порушення просторового орієнтування і координації рухів у незрячих дітей, збитковість моторики у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату тощо, що перешкоджають адаптації дітей до соціального середовища; своєрідність і ускладнення в оволодінні рідною мовою наявні у дітей з вадами слуху та специфічними мовленнєвими порушеннями; відхилення у прийомі, переробці та використанні інформації, що надходить ззовні.

Доцільно зазначити, що розумово відсталі діти, розглядаючи предмет, охоплюють його частково, не осмислюючи його властивостей і значення. На часі у спеціальній психології і корекційній педагогіці існує декілька класифікацій порушень у розвитку особистості, проте не існує єдиних критеріїв класифікації цих порушень.

Загалом дослідники виокремлюють наступні групи дітей з порушеннями у розвитку:

- 1) з сенсорною неповноцінністю (з порушеннями слуху, зору, мовлення, функцій опорно-рухового апарату і сенсомоторики);
- 2) із затримкою психічного розвитку;
- 3) із астеничним або реактивним станом і конфліктними коливаннями;
- 4) з психопатичними формами поведінки (емоційні порушення);

5) розумово відсталі (олігофренія у ступені дебільності, імбецильності, ідіотії); 6) з початковими проявами психічної патології (шизофренія, епілепсія, істерія тощо) [ ].

О.Н. Усанова дає іншу класифікацію порушень розвитку:

- 1) обумовлені органічними порушеннями;
- 2) функціональною незрілістю;
- 3) психічною депривацією [ , с. 43].

В.В. Лебединський диференціював наступні варіанти психічного дизонтогенезу:

- 1) загальне стійке недорозвинення через ураження на ранніх етапах онтогенезу спостерігається виражена незрілість мозкових систем, типовим прикладом стійкого недорозвинення є олігофренія;
- 2) затриманий розвиток, що характеризується сповільненим темпом формування пізнавальної діяльності та емоційної сфери з тимчасовою фіксацією на більш ранніх вікових етапах; його варіантами є конституційна, соматогенна, психогенна, церебральна, церебрально-органічна затримка розвитку;
- 3) уражений розвиток, в етіології якого спадкові захворювання, внутрішньоутробні, пологові і післяпологові інфекції, інтоксикації та травми центральної нервової системи, проте патологічний вплив на мозок виявляється на віддалених етапах онтогенезу (після 2-3 років); характерною моделлю враженого розвитку є органічна деменція;
- 4) дефіцитарний розвиток, пов'язаний з порушеннями систем аналізаторів (зору, слуху, мовлення, опорно-рухового апарату);
- 5) спотворений розвиток [ ].

В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов розрізняє:

- 1) вади слуху і зору: з тотальним, повним випадінням слуху або залишковим слухом, який не може бути самостійно використаний для накопичення мовленнєвого запасу;
- 2) розумова відсталість та затримка психічного розвитку (стійке порушення пізнавальної діяльності у результаті органічного ураження головного мозку, олігофренія та деменція). Олігофренія виявляється на більш ранніх етапах онтогенезу (до 1,5-2 років), деменція (розпад психіки) – на більш пізніх етапах онтогенезу (після 2 років). Деменція може мати дві форми: резидуальна (залишкова) і прогресивна (прогресуюча). Розрізняють три ступені інтелектуального недорозвинення: ідіотія (найбільш важкий ступінь), імбецильність (середня та більш легка, у порівнянні з ідіотією), дебільність – найлегший ступінь (у порівнянні з ідіотією та імбецильністю). Затримка психічного розвитку диференціюються за чотирма категоріями: затримка психічного розвитку конституційного генезу (гармонійний інфантилізм); соматогенного генезу, психогенного генезу; цереброастенічного змісту;
- 3) важкі порушення мовлення. Всі види мовленнєвих порушень розподіляються на дві групи: порушення усного мовлення (дисфонія, браділалія, тахилалія, логоневроз, дислалія, ринолалія, дизартрія, а лалія, афазія); порушення письмового мовлення (дислексія, дисграфія);
- 4) порушення опорно-рухового апарату. Основний контингент цієї категорії – діти, які страждають на дитячий церебральний параліч – захворювання незрілого мозку, що виникає під впливом різних шкідливих чинників, які діють в період внутрішньоутробного розвитку, у момент пологів і на першому році життя дитини;
- 5) змішаний (складний) дефект: розумово відсталі, які не чують або слабо чують; розумово відсталі слабозорі або незрячі; сліпоглухонімі;
- 6) спотворений розвиток – психопатії (стійкий дисгармонійний склад психіки) та патології захоплень. Основою цього типу дизонтогенезу є вроджена або

набута стійка диспропорційність психіки, переважно в емоційно-вольовій сфері, а також формування розладів особистості у результаті несприятливих або неадекватних умов виховання [ ; ].

Наведена типологія відхилень у розвитку не вичерпує усіх аспектів у період раннього онтогенезу формування дитячої особистості, при яких виникає необхідність у новій організації психолого-педагогічного процесу, спрямованого на їх соціалізацію у соціумі.

Психічний розвиток в онтогенезі передбачає низку якісних переходів від одного етапу розвитку до іншого, де кожний попередній етап є генетичною основою наступних етапів або стадій розвитку. Такі складні психічні функції, як пам'ять, активна увага є взаємопов'язаними з іншими психічними процесами, а недорозвинення одних не дає можливості розвитку іншим, що унеможливорює адекватний процес навчання і виховання. Наведені новоутворення розвитку формуються під впливом біологічних і соціальних чинників. Дана єдність це не механічне, статичне поєднання спадкових та соціальних чинників, а є складною, диференційованою, динамічною і мінливою єдністю як щодо окремих психічних функцій, так і до різних етапів вікового розвитку дитини. Тому для розуміння процесу психічного розвитку дитини важливим є визначення ролі та значення кожного із цих чинників.

Важливою закономірністю порушень психічного розвитку дітей є ускладнення їх соціальної адаптації, утруднення стосунків та взаємодії у макро- та мікросередовищі. При всіх видах порушень у розвитку домінуючим є порушення мовленнєвого спілкування, коли у дитини порушена здатність до прийому, передачі і переробки інформації. Це загальні закономірності для всіх дітей з аномальним розвитком. Тому доцільно у процесі корекції та впливу враховувати та аналізувати прояви конкретного порушення, враховуючи індивідуальні характерологічні особливості кожної дитини. Одна категорія аномальних проявів відрізняється від іншої низкою діагностичних і прогностично значущих показників. Порушення розвитку у

дітей індивідуальні та багатоаспектні, оскільки простежуються в усіх сферах психосоматичних рівнів.

### **1.3. Нормативно-правова база інклюзивної освіти**

Конституція України у статті 53 гарантує всім громадянам право на освіту. В Основному Законі не передбачено жодних винятків чи подвійних тлумачень стосовно дітей з особливими потребами. Разом з положенням про охорону державою сім'ї, материнства й дитинства це дає певні підстави говорити про пріоритет інклюзивної форми навчання порівняно з навчанням у школі-інтернаті.

Закон України «Про освіту» згадує про можливість навчатись екстерном і вдома, але ніяк не згадує про інтегроване навчання. У законі України «Про загальну середню освіту» є згадка про існування дітей з особливими потребами в освітньому полі як «дітей для навчання у спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах)» без згадки про можливість їх інтеграції. Закон України «Про загальну середню освіту» містить доволі контраверсійне твердження про дітей з особливими потребами.

Закон України «Про охорону дитинства» у статті 26 «Захист прав дітей-інвалідів та дітей із вадами розумового або фізичного розвитку» стверджує, що «дискримінація дітей-інвалідів та дітей із вадами розумового або фізичного розвитку забороняється. Держава сприяє створенню дітям-інвалідам і дітям з вадами розумового або фізичного розвитку необхідних умов, рівних з іншими громадянами можливостей для повноцінного життя та розвитку...». З іншого боку, стаття 27 передбачає, що існують «діти-інваліди та діти з вадами розумового або фізичного розвитку, які не можуть навчатись

у загальних навчальних закладах» і тим самим заперечує рівність прав дітей з особливими освітніми потребами на доступ до освіти. [ ]

Інклюзивне навчання є одним із основних напрямів реформування системи освіти в багатьох країнах світу, мета якого – реалізація права на освіту осіб з особливими освітніми потребами (далі – осіб з ООП) без дискримінації.

В основі трансформації системи освіти і розвитку інклюзивного навчання лежать, перш за все, правові акти – конвенції, декларації – провідних міжнародних організацій: Організації Об'єднаних Націй (ООН), ЮНЕСКО та ін.

Сучасне міжнародне законодавство визнає право осіб з ООП, які традиційно розглядалися як одержувачі соціальної допомоги, суб'єктами права, які мають право на освіту на засадах рівних можливостей. Такі документи, як Загальна Декларація прав людини (ООН, 1948), Конвенція про боротьбу з дискримінацією (ЮНЕСКО, 1960), Конвенція про права дитини (ООН, 1989), Всесвітня декларація «Освіта для всіх» (1990), Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю (1993), Саламанкська декларація і рамки дій (1994), Дакарські рамки дій «Освіта для всіх»: виконання наших загальних зобов'язань (2000) передбачають заходи, що свідчать про зростання розуміння і обізнаності про права осіб з ООП на освіту.

Визнання інклюзії як ключової передумови для забезпечення права на освіту активізувалось впродовж останніх років і закріплене в Конвенції про права осіб з інвалідністю – першому обов'язковому для всіх держав до виконання документі, що містить концепцію інклюзивної освіти.

Інклюзивна освіта має пріоритетне значення для забезпечення якісної освіти усіх дітей, у тому числі дітей з ООП, а також для побудови інклюзивного суспільства. Інклюзивне навчання слід розуміти як:



1. Фундаментальне право усіх дітей з особливими освітніми потребами. Причому важливо, що це право належить кожній конкретній дитині, а не батькам чи опікунам. Зокрема, при виборі закладу та форми освіти батьки мають керуватись потребами та можливостями дитини, а не власними інтересами;
2. Принцип забезпечення благополуччя дітей, поваги до їхньої гідності та самостійності, визнання індивідуальних особливостей дітей та їхньої спроможності до ефективної участі в суспільному житті;
3. Засіб реалізації інших прав. Це першочерговий засіб, за допомогою якого особи з особливими потребами реалізують своє право на працевлаштування та повноправну участь у житті своїх громад. Це також основний засіб для побудови інклюзивних суспільств;
4. Результат удосконалення державної політики у сфері освіти разом з відповідними змінами у практиці роботи закладів загальної освіти з метою створення відповідних умов для навчання усіх учнів.

Базові цінності, на яких ґрунтується інклюзивна освіта:

- Кожна дитина – особистість.
- Навчатися можуть усі – нездібних дітей немає.
- Кожна дитина має унікальні здібності, особливості та інтереси.
- Право кожної людини на участь у житті суспільства, у тому числі людей з особливими потребами.
- Терпимість один до одного: готовність жити разом у світі один з одним; прийняття людей з їхніми індивідуальними відмінностями.
- Виховання в дусі толерантності як «гармонія в розмаїтті». Заборона на дискримінацію в будь-якій формі.

Створення інклюзивного середовища, в якому всі діти мають можливість брати активну участь в освітньому процесі, одержувати якісну освіту та успішно інтегруватись у суспільство, є одним із ключових пріоритетів ЮНЕСКО (Програма «Освіта для всіх»).

Станом на початок 2019 року основною нормативною базою інклюзивної освіти в Україні є:

1. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.08.2019 р. №773 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 23 квітня 2003 р. № 585» [ ];
2. Постанова Кабінету Міністрів України від 21.08.2019 р. №779 «Про організацію інклюзивного навчання в закладах позашкільної освіти [ ];
3. Лист МОН України №1/9-498 від 05.08.2019 р. «Методичні рекомендації щодо організації навчання осіб з ООП в закладах освіти в 2019/2020 н.р.» [ ];
4. Наказ МОН України від 10.07.2019 р. №955 «Про внесення змін до наказу Міністерства освіти і науки України від 12 січня 2016 року №8» [ ];
5. Наказ МОН України від 21.06.2019 №873 «Про внесення змін до наказу Міністерства освіти і науки України від 23 квітня 2018 року № 414» [ ];
6. Наказ МОН України від 01.04.2019 р. №423 «Про затвердження Типового переліку спеціальних засобів корекції психофізичного розвитку дітей з особливими освітніми потребами, які навчаються в інклюзивних та спеціальних групах закладів дошкільної освіти» [ ];
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 06.03.2019 р. №221 «Про затвердження Положення про спеціальну школу та Положення про навчально-реабілітаційний центр» [ ];
8. Наказ МОН України від 08.06.2018 № 609 «Про затвердження Примірного положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти» [ ];
9. Лист МОН №-1/9-414 від 27.06.2019 Деякі питання щодо створення у 2019/2020 н. р. безпечного освітнього середовища, формування в дітей та учнівської молоді ціннісних життєвих навичок. [ ];

10.Лист № 1/9-409 від 26.06.2019 Щодо організації інклюзивного навчання у закладах освіти у 2019-2020 н.р. [ ].

## **РОЗДІЛ 2**

### **ДІЯЛЬНІСТЬ СОЦІАЛЬНОГО ПЕДАГОГА В УМОВАХ СУЧАСНОГО ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ**

#### **2.1. Соціально-педагогічний супровід дітей з різними формами затримки психічного розвитку в закладах освіти**

У дослідженнях останніх років відмічається тривожна тенденція зростання кількості дітей з відхиленнями у розвитку психіки. Значну частину серед цих дітей займають діти із затримками психічного розвитку (ЗПР). Це

поняття вживається відносно дітей зі слабо вираженою органічною недостатністю ЦНС. У дітей даної категорії не спостерігаються специфічні порушення слуху, опорно-рухового апарату, зору, важкі порушення мовлення, вони не є розумово відсталими.

Проблема затримки психічного розвитку дітей дошкільного та молодшого шкільного віку гостро постала перед психолого-педагогічною наукою вже давно. Питаннями діагностики та корекції цієї вади першими почали займатися дефектологи (Н.А.Бастун, І.Д.Бех, В.І.Бондар, Т.П.Вісковатова, Т.О.Власова, Т.Д.Ілляшенко, К.С.Лебединський, В.І.Лубовський, Н.О.Ципіна та ін.)

Ця проблема вивчалася і в загальному психолого-педагогічному напрямі (Т.Ю.Андрющенко, А.М.Богущ, Т.В.Карabanова, Н.Ю.Максимова та ін.), розроблялися методи компенсального навчання (Г.Ф.Кумаріна, Є.М.Мастюкова та ін.), визначалися засоби реабілітації розумової працездатності дітей (К.Д.Корольова, М.Раттер та ін.).

Г.М.Касаткіна, Н.А.Фоміна розглядали роль фізичних вправ різної спрямованості в розвитку рухової діяльності і психіки дітей дошкільного віку.

Деякі питання корекції вад психічного розвитку дітей розглядалися в контексті проблеми психологічної готовності дітей до школи та труднощів шкільного навчання (І.Н.Агафонова, М.І.Безруких, С.І.Єфімова, А.В.Фурман, Б.Г.Круглов та ін.).

Сучасні знання про затримку психічного розвитку дають змогу розглядати її як межовий стан між нормою та патологією. Затримка психічного розвитку – один із різновидів відхилень у психічному розвитку дітей. Затримку психічного розвитку дітей психологи розуміють як відставання психічного розвитку від вікової норми, зумовлене, з одного боку, негрубими порушеннями функціонування центральної нервової системи

(мінімальна мозкова дисфункція), а з іншого, – несприятливими умовами виховання й розвитку в ранньому й дошкільному дитинстві, зокрема, емоційно збідненим спілкуванням та дефіцитом інформації.

Затримка психічного розвитку може зумовлюватися багатьма чинниками. Зокрема, це спадкова схильність, порушення функціонування мозку в період внутрішньоутробного розвитку, пологові ускладнення, хронічні й тривалі захворювання в ранньому дитинстві, невідповідні умови виховання тощо.

Залежно від цих факторів виокремлюють такі форми затримки:

1. Конституційного та соматогенного походження – дитина мініатюрна й зовні тендітна; структура її емоційно-вольової сфери відповідає більш ранньому вікові; часті хвороби знижують вимогливість батьків; загальна слабкість організму знижує продуктивність її пам'яті, уваги, працездатності, гальмує розвиток пізнавальної діяльності.
2. Психогенного походження – зумовлена невідповідними умовами виховання (надмірна опіка чи не достатнє піклування про дитину). Розвиток затримується внаслідок обмеження комплексу подразнень, інформації, що надходить із навколишнього середовища.
3. Церебрально-органічного походження – найстійкіша й найскладніша, зумовлена ураженням головного мозку дитини внаслідок патологічних впливів (переважно в другій половині вагітності). Характеризується зниженою навчуваністю, з огляду на низький рівень розумового розвитку, і виявляється в труднощах засвоєння навчального матеріалу, відсутністю пізнавального інтересу та мотивації навчання [ ].

Через недостатню діагностику розвитку дітей у дошкільному віці ЗПР виявляється переважно з початком їхнього навчання в школі, де вони зазнають надмірних труднощів. Тому завдання психолога та соціального педагога дошкільного закладу полягає у своєчасному реагуванні на ті вади,

під впливом яких спотворюється психічний розвиток дитини, відхиляється від нормального перебігу, властивого здоровим дітям цього віку [ ].

Вирішальна роль у роботі практичного психолога та соціального педагога належить правильній організації психологічного та соціально-педагогічного супроводу дитини із ЗПР. Найперше, що робить психолог спільно з соціальним педагогом при виявленні дитини із ЗПР – це поглиблена діагностика, за допомогою якої виявляються проблеми в розвитку дитини й характер необхідної допомоги.

Наступним кроком є надання консультаційної допомоги батькам дитини. Під час консультації батькам надається інформація про результати діагностики, надаються рекомендації щодо розвитку дитини й обов'язково береться згода на психологічний та соціально-педагогічний супровід дитини. У батьків слід дізнатися про перебіг вагітності, пологів і раннього розвитку дитини, чи проходить дитина лікування і які приймає препарати.

Надаються рекомендації вихователям щодо роботи з дитиною та її соціалізації в колективі. Для дитини розроблюється індивідуальна розвивальна програма. Протягом року надаються консультації батькам і педагогам щодо розвитку й виховання дитини. Провідні функції психолога й соціального педагога в цьому напрямі: психодіагностична, психокорекційна, профілактична і консультаційна. Слід зазначити, що позитивним результатом в роботі з такими дітьми є основа, яка базується на п'яти етапах психолого-педагогічного супроводу дитини.

### *1. Підготовчий етап*

- установлення контакту з усіма учасниками супроводу дитини;
- визначення обсягу робіт;
- підготовка необхідної документації;
- складання графіку роботи.

### *2. Орієнтовний етап*

- установлення контакту з батьками дитини;
- установлення контакту з групою, вихователями;
- ознайомлення фахівців з результатами психоло-педагогічного обстеження;
- спільне обговорення психічного розвитку дитини.

### *3. Планування*

- створення індивідуальної програми;
- затвердження програми фахівцями.

### *4. Реалізація*

- надання допомоги педагогам групи, батькам у створенні умов для повноцінного життя дитини, успішного оволодіння нею навчальними програмами з урахуванням її психічних та фізичних можливостей;
- надання необхідної психоло-педагогічної допомоги батькам дитини, родичам з метою гармонізації міжособистісних стосунків;
- психолого-педагогічна просвіта й консультування батьків, педагогів та інших фахівців, які працюють із дитиною.

### *5. Заключний етап*

- визначення ефективності роботи. Розробка рекомендацій щодо подальшого супроводу дитини.

Дитина, яка має подібні труднощі, потребує ретельного психолого-педагогічного вивчення для визначення оптимальних та ефективних методів навчання.

Включення дітей із ЗПР у навчання потребує систематичної корекційно-відновлювальної та розвивальної роботи, спрямованої на формування в них інтелектуальної діяльності та заповнення прогалін у знаннях про навколишній світ. Корекція затримки психічного розвитку дітей потребує тривалої системної роботи, яка охоплює всі види її діяльності. Через це дуже важливо, щоб корекційним завданням було підпорядковане не тільки заняття, а й організація дозвілля дитини, де знайдуть корисне

застосування різні розвивальні ігри відповідно до віку і можливостей дитини. Однак основним коригуючим чинником у розвитку дитини із затримкою психічного розвитку є навчальний процес із відповідними до її розвитку темпом засвоєння матеріалу, методами його викладу та тривалості навчання, високою індивідуалізацією педагогічної роботи з кожною дитиною.

Діти даної нозології потребують високого рівня індивідуалізації, виходячи з рівня знань і навичок дитини та з її темпу засвоєння навчального матеріалу. Переважна кількість дітей із затримкою психічного розвитку потребує допомоги логопеда, а саме: обстеження та занять із ним.

Завдяки систематичній корекційній роботі протягом початкового навчання дитина із затримкою психічного розвитку досягає такого рівня навчальної діяльності, що може надалі навчатися в загальноосвітній школі. Діти з важкими симптомами затримки психічного розвитку продовжують навчатися або в спеціальній школі інтенсивної педагогічної корекції, або в спеціальному класі при загальноосвітній школі, або за індивідуальною формою навчання.

Важливою умовою успішної корекції розвитку дитини є підтримання її активності та інтересу до виконуваної справи. Збуджує інтерес тільки те завдання, яке дитина може свідомо й успішно виконати. Водночас воно не повинно бути надто легким, таким, що не потребує жодних зусиль. Поступове нарощування складності завдань тренує інтелектуальні та вольові здібності дитини.

Для подолання пасивності дітей із затримкою психічного розвитку, яка становить серйозну перешкоду в конкретній роботі з ними, виняткове значення має позитивна оцінка їхньої діяльності. Слід мати на увазі, що пасивність цих дітей часто зумовлюються не тільки об'єктивною складністю для них важкого завдання, а й невпевненістю у власних силах. Відстаючи в розвитку від своїх сверсників, вони вже встигли закріпити негативний досвід



невдач, бо завжди були серед невмілих і гірших в групі. Кожен, кому доводилося працювати з такими дітьми, не раз переконувався, як під впливом доброзичливого ставлення, похвали, часом перебільшеної, дитина ставала вправнішою, сміливішою і справді поліпшувала результати виконуваної роботи. Тому яким би маленьким не був успіх дитини, він не повинен пройти непоміченим. Цим успіхом підтримується й розвивається в дитини впевненість, повага до себе, яку вона будь-що захоче зберегти й намагатиметься утриматися на рівні зростаючих вимог до неї.

Корекційна робота з дітьми із затримкою психічного розвитку вимагає постійної організації їхньої діяльності, бо, на відміну від дітей, які розвиваються відповідно до норми, дитина, яка має подібні труднощі, потребує ретельного психолого-педагогічного вивчення для визначення оптимальних та ефективних методів навчання. Робота з батьками таких дітей має виключно важливе значення, оскільки їхнє розуміння природи труднощів і відповідна допомога в колі родини сприятимуть подоланню труднощів у навчанні.

Звертаючись до досвіду навчання дітей, слід зазначити, що він переконливо довів виключно позитивне значення педагогічного впливу, особливо раннього, для виправлення, тобто корекції, недоліків порушеного розвитку дитини, нівелювання ускладнень, породжених тим чи іншим ушкодженням. Якщо своєчасно розпочати корекційну роботу, ураховуючи труднощі дитини й застосовуючи особливі методи і прийоми для їх подолання, то можна домогтися вагомих результатів. Теза «що раніше, то краще» в цьому контексті має визначальне й доленосне значення. По-перше, багато недоліків розвитку дитини в цьому процесі будуть подолані, чи, принаймні, ослаблені вже в дошкільному віці. По-друге, надзвичайно цінним результатом корекційної роботи є попередження виникнення додаткових порушень психічного розвитку. По-третє, вдається максимально ослабити деформуючий вплив негативних факторів розвитку дитини на засвоєння нею

знань, формування вмінь, особистісну зрілість, самостійне суспільне функціонування [ ].

Значна частина дітей із затримкою психічного розвитку, отримавши своєчасну корекційну допомогу в дошкільному закладі, може розпочати навчання разом з однолітками; повністю засвоює програмовий матеріал і «вирівнюється» до закінчення початкової школи. Тому тісна співпраця психолога та соціального педагога дошкільного закладу з психологічною службою шкільних установ дає змогу відстежувати динаміку розвитку дитини. Водночас чимало учнів і в наступні роки шкільного навчання потребують особливих умов організації педагогічного процесу через значні труднощі в засвоєнні навчального матеріалу.

Робота з батьками дітей із ЗПР має винятково велике значення, оскільки їхнє розуміння природи труднощів і відповідна допомога в колі родини сприяють подоланню труднощів у навчанні та вихованні. Зумовлено це тим, що будь-яка вада негативно позначається не лише на ушкодженій функції, але й впливає на розвиток інших. Тому в дітей із різними видами порушень виникають особливі труднощі пізнавального характеру й ризику зниження соціальної повноцінності дитини в усіх її проявах. Працюючи з батьками, слід акцентувати увагу на формах затримки психічного розвитку дітей, їх походженні та особливостях дітей із ЗПР.

Серед особливостей дітей із затримкою психічного розвитку найбільш типовими є такі:

1. Запас знань та уявлень про оточуючий світ обмежений.
2. Активний та пасивний словниковий запас бідний. Діти відчують труднощі при виконанні звукового аналізу слів.
3. Низька працездатність у зв'язку з високою виснажуваністю.
4. Увага нестійка. Спостерігаються труднощі зосередження.

5. Виконання завдань наочно-дієвого характеру виконуються краще порівняно із словесно-логічними.
6. Не вміють використовувати додаткові допоміжні засоби запам'ятовування.
7. При виконанні завдань потребують допомоги з боку дорослого для засвоєння способу дії та здійснення переносу засвоєного способу на інші предмети. Діти із ЗПР виявляють здатність приймати допомогу, засвоювати принцип дії та його перенос.

Дітей із затримкою психічного розвитку за рівнем сформованості когнітивних процесів об'єднують у чотири основні групи [ ]:

1. Діти з відносною сформованістю психічних процесів, але зі зниженою пізнавальною активністю. До групи належать діти із ЗПР внаслідок психофізичного інфантилізму та діти із соматогенною та психогенною формами.
2. Діти з нерівномірним проявом пізнавальної активності та продуктивності. До групи належать діти з легкою формою ЗПР церебрально-органічного генезу, з вираженою формою ЗПР соматогенної форми та з ускладненою формою психофізичного інфантилізму.
3. Діти з явним порушенням інтелектуальної продуктивності, але зі сформованою пізнавальною активністю. До групи належать діти із ЗПР церебрально-органічного генезу, у яких спостерігається виражена дефіцитарність окремих психічних функцій (пам'яті, уваги).
4. Діти, для яких характерне поєднання низького рівня інтелектуальної продуктивності і слабовиражена пізнавальна активність. До групи належать діти з важкою формою ЗПР церебрально-органічного генезу, у яких спостерігається первинна дефіцитарність у розвитку всіх психічних функцій уваги, пам'яті та недорозвиток орієнтовної основи діяльності.

Педагогам, які виховують і навчають дітей із різними формами ЗПР важливо розуміти, що затримка психічного розвитку може зумовлюватися

багатьма чинниками (спадкова схильність, порушення функціонування мозку в період внутрішньоутробного розвитку, пологові ускладнення, хронічні й тривалі захворювання в ранньому дитинстві, невідповідні умови виховання тощо). Досвід роботи з дітьми із різними формами ЗПР дозволяє скласти рекомендації, які допоможуть педагогам у роботі з дітьми цієї категорії.

- Слід зосередити увагу на сильних сторонах дитини і спиратися на них у процесі навчання. Водночас будьти готовим до того, що доведеться поступово заповнювати прогалини у знаннях, уміннях і навичках дитини.
- Подавати зміст навчального матеріалу невеликими частинами, використовуючи мультисенсорний підхід (слуховий, візуальний, маніпуляційний). Якомога більше повторювати та закріплювати вивчене.
- Заохочувати дитину, підтримувати позитивну мотивацію навчання.
- Дещо сповільнити темп навчання, зважаючи на знижені психічну витривалість і розумову працездатність дитини. Будьти терплячими, якщо дитині потрібно пояснити чи показати щось багаторазово. Віднайти оптимальний варіант взаємодій з нею.
- Розчленовувати завдання на окремі невеличкі частини. Якщо необхідно, виконання завдання слід поділити на етапи. Усні інструкції до кожного етапу давати по одній, доки дитина не навчиться утримувати в пам'яті одразу декілька.
- Практикувати прикладне застосування набутих дитиною знань.
- Спільно з дитиною поетапно аналізувати виконання завдання.
- Урізноманітнювати навчальну діяльність, однак забезпечувати плавний перехід від одних видів діяльності до інших.
- Завдання мають відповідати можливостям дітей і виключати відчуття стійких невдач.
- Надавати дітям достатньо часу для виконання завдання та практичного застосування нових умінь і навичок, водночас надто тривале виконання однієї справи може стомити їх.

- Не перекладати подолання проблем у навчанні виключно на батьків. Допомогати їм усвідомлювати найменші успіхи дитини та закріплювати їх. Діти із труднощами в навчанні потребують не авторитарних підходів у сімейних стосунках, а виваженого, доброзичливого ставлення.
- Подолання труднощів у навчанні та розвитку – це результат спільної тривалої та копіткої роботи вихователів, соціальних педагогів, психологів, батьків і інших спеціалістів (логопедів, дефектологів).

Таким чином, діти з різними формами затримки психічного розвитку потребують спеціально організованого соціально-педагогічного та психологічного супроводу, що передбачає глибоке вивчення особливостей їхньої психіки, визначення психолого-педагогічних умов навчання та виховання, складання індивідуальної освітньої траєкторії, надання консультативної допомоги батькам та педагогам.

Здійснення такого супроводу допоможе успішно коригувати хід їхнього психічного розвитку та становлення особистості.

### Стратегії підтримки в освітньому середовищі

*Загальні рекомендації щодо просторово-фізичного середовища:*

- використання спеціальних засобів навчання з урахуванням особливих освітніх потреб;
- уповільнення темпу роботи та контроль за динамікою втомлюваності дитини. Ці заходи спрямовуються на активізацію пізнавальної діяльності дітей, підтримку працездатності та передбачають зміну видів діяльності з метою запобігання втомі; використання у процесі навчання цікавих фактів, прикладів тощо; емоційність викладу; організація фізкультхвилин на уроці; створення ситуацій успіху;
- розміщення у класі поряд з дітьми, які не мають таких труднощів.

*Загальні рекомендації щодо розвитку мовленнєво-комунікативної сфери:*

- мовленнєве або невербальне схвалення (усмішка, аплодування, похвала тощо); фізичний контакт (дотик до плеча, потиск руки, обійми тощо); забезпечення доступу до улюблених занять; нагороди тощо;
- мотивація дитини до розповіді про побачене на прогулянці, в парку, на вулиці, що сприятиме розвитку зв'язного мовлення; навчання говорити виразно, дослухатися, як говорять дорослі; під час читання оповідання (казки) створення правдивої картини сюжету (хвилювання дівчинки, яка заблукала в лісі, радість зайчика, котрий знайшов свою маму тощо), що викликатиме у дитини відповідні почуття й безпосередньо впливатиме на її мовленнєвий та емоційний розвиток;
- пояснення виконання завдання на схожих зразках з використанням наочного матеріалу; демонстрування зразків дії або відповідей з метою формування навичок відповіді за аналогією; надання вибору дії (відповіді з 2-3 варіантів); виконання завдання разом з дитиною;
- використання коротких, чітких і зрозумілих коментарів стосовно всього, що відбувається з дитиною та навколо неї в момент взаємодії. Мета таких коментарів – покращення орієнтування дитини в навколишньому середовищі, формування зв'язку між об'єктами, діями і їх вербальним позначенням, формування та активація мовленнєвої активності.

*Загальні рекомендації щодо розвитку когнітивної сфери:*

- проводити заняття з розвитку всіх видів сприймання, особливо зорового та слухового, на базі яких розвиваються вищі психічні функції. Так збагачуються різноманітні знання про навколишній світ і розуміння зв'язків між предметами та явищами, розвивається мислення й мовлення дітей;
- під час навчання необхідно розвивати працездатність, уміння зосереджувати увагу та цілеспрямовано працювати: ставити перед собою

мету, усвідомлювати способи її досягнення, адекватно оцінювати результати;

- доцільно розвивати навчальну мотивацію, бажання вчитися, віру дитини у власні можливості;
- розвивати пізнавальну діяльність. Спеціально вчити розрізняти та називати колір, форму, розмір предметів, їх розташування у просторі, застосовувати ці знання практично; виділяти та пояснювати просторові відношення між предметами, використовувати це у практичній діяльності;
- формувати вміння орієнтуватися в сторонах предметів, які знаходяться перед дитиною – визначати орієнтири на аркуші паперу, в альбомі; вміти знаходити верх і низ, правий і лівий бік тощо. Розуміння просторових відношень впливає і на мовленнєвий розвиток дитини;
- формувати вміння працювати за інструкцією, послідовно виконувати завдання. Таку роботу можна проводити під час конструювання, малювання. Разом з дитиною слід аналізувати зразок, визначити послідовність складання конструкції, здійснення окремих дій малювання. Для розвитку дитини із ЗПР корисні заняття ліпленням. Виготовлення навіть простих фігурок з пластиліну чи глини потребує узгоджених рухів і актів сприймання, аналізу зразка за різними ознаками та відтворення цих ознак у виробі. Крім того, робота з пластичним матеріалом розвиває дрібні рухи кисті руки, що позитивно впливає не тільки на вдосконалення рухових функцій, а й на інші функції, зокрема, мовлення.

*Загальні рекомендації щодо розвитку емоційно-вольової сфери:*

- похвала, підтримка, надання допомоги, створення психологічного комфорту дають змогу дитині повною мірою реалізувати свій потенціал;
- підтримка найменших позитивних проявів у навчанні, спілкуванні, поведінці;

- створення умов, за яких проблеми психічного розвитку дитини не перешкоджають досягненням у навчанні;
- виявлення сильних сторін, здібностей дитини і використання їх для компенсації порушень розвитку;
- допомога у побудові взаємин з однолітками;
- моделювання ситуацій, у яких дитина здобуває позитивний досвід адекватних емоційних реакцій, дотримання норм поведінки тощо.

*Загальні рекомендації щодо навчальної діяльності:*

- з метою запобігання втомлюваності дитини під час освітнього процесу слід змінювати види діяльності, використовувати у процесі викладу матеріалу цікаві факти, приклади, організовувати фізкультхвилинки;
- акцентувати увагу на розвиток спостережливості, формуванні навичок і вмінь самостійно оволодівати знаннями та користуватись ними;
- виявляти прогалини у знаннях з метою їх поступового заповнення, аби не допустити посилення відставання від інших учнів;
- стимулювати активність під час занять, підтримувати навіть незначні успіхи;
- створювати атмосферу позитивного і дружнього ставлення до дитини у колективі;
- враховувати труднощі запам'ятовування. У процесі виконання практичних завдань додатково пояснювати навчальний матеріал, надавати можливість виконувати завдання у повільнішому темпі, ставити додаткові запитання з метою глибшого розкриття змісту завдання, наводити вже відомі дітям приклади;
- використовувати поетапну інструкцію, додавати письмові інструкції до завдання, формувати вміння планувати свою діяльність, словесно звітувати, поступово підвищувати темп роботи дитини;
- адаптувати завдання з урахуванням особливих освітніх потреб дитини.



Як правило, для надання психолого-педагогічної допомоги дітям з ЗПР використовується набір дидактичних ігор з розвитку логіки та творчості, розвиваючі конструктори, різні пірамідки, спеціальні підручники та інтерактивні комп'ютерні програми.

## **2.2. Соціально-педагогічний супровід дитини-аутиста в закладах освіти**

Сучасний етап розвитку теорії і практики педагогіки, психіатрії та психології характеризується посиленою увагою до поглибленого вивчення особливостей психічного та фізіологічного розвитку аномальних дітей. Аутичні діти багато років були позбавлені доступних для інших осіб форм медико-психолого-педагогічної допомоги, оскільки аутизм є надзвичайно складною проблемою як у теоретичному, так і в практичному аспектах. Саме тому залишається актуальним поглиблене вивчення особливостей розвитку дітей з розладами аутичного спектру.

Проблема аутизму вивчалась і висвітлювалася в науковій, медичній, психологічній і педагогічній літературі багатьма науковцями. В основному це були зарубіжні дослідження (Н. Asperger, L. Bender, M. Bristol, S. Harris, V. Hermelin, L. Kanneretc).

Українські дослідники також займалися і продовжують займатися проблематикою аутизму (Я. Багрій, І. Марценківський, К. Островська, О. Романчук, Г. Смоляр, В. Тарасун, Г. Хворова, А. Чуприков, Д. Шульженко та ін.).

Що ж стосується останніх досліджень, то свою увагу на даній проблемі зосереджували багато науковців. Т. Скрипник присвятила свою монографію

феноменології аутизму, К. Островська розкрила у своїй роботі основні проблеми психологічної допомоги дітям аутистам, В. Тарасун розробив навчальний посібник щодо концепції розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом, Д. Шульженко у своїх працях дуже доцільно описав генезис понять і категорій аутизму, О. Хаустов у своїй науковій статті розкриває основні шляхи організації навколишнього середовища для соціалізації та розвитку комунікації у дітей з розладами аутичного спектру та ін.

Н. Пахомова звертає нашу увагу на те, що термін «аутизм» належить Е. Блейлеру (1911 рік), який першим застосував його для позначення особливого виду мислення, що регулюється емоційними потребами людини і не залежить від реальної дійсності, а вже у 1943 році вперше був описаний психіатром Л. Каннером [ , ст.158].

Т. Скрипник стверджує, що аутизм – це загальне (первазивне) порушення розвитку, що позначається на вербальній і невербальній комунікації та соціальній взаємодії, а також ускладнює становлення адаптаційних процесів; розлади аутичного спектра в цілому виявляються у віці до трьох років. Інші характеристики, які часто пов'язують з аутизмом: обмежені повторювані стереотипні рухи, нетолерантність до змін навколишнього середовища або повсякденності, незвичайні реакції на сенсорні подразники [ ].

В. Тарасун розглядає таке поняття, як дитячий аутизм (від лат. *aitos* – сам) є одним з клінічних варіантів такого типу дизонтогенезу, як спотворений розвиток (за термінологією В. Лебединського). Стосовно частоти випадків цієї патології розвитку, на думку автора, існують різні дані: від 6–17 (за В. Каганом) до 57 (за К. Гілбертом) на 10000 дитячого населення (у хлопчиків аутизм зустрічається частіше, ніж у дівчаток). При цьому типі психічного дизонтогенезу спостерігаються складні поєднання загального психічного недорозвинення дитини, а саме:

затриманий, ушкоджений та прискорений розвиток її окремих психічних функцій [ ].

Т. Галах вважає, що аутизм – це специфічний діагноз, який характеризується комплексом симптомів, які проявляються відхиленнями у мовленні, соціалізації і стереотипних рухах. Автор зазначає, що аутизм – це не захворювання, а комплекс розладів розвитку нервової системи, це порушення в розвитку емоційно-особистісної сфери дітей та підлітків. Дитина відчуває труднощі при встановленні емоційного контакту із зовнішнім світом. Проблемним стає вираження власних емоційних станів і розуміння інших людей. Труднощі виникають при встановленні зорового контакту, у взаємодії з людьми за допомогою жестів, міміки, інтонацій.

А от розлади аутичного спектру Т. Галах розглядає, як порушення психічного розвитку, що характеризується вираженим дефіцитом соціальної взаємодії, здатністю до спілкування та пізнання довкілля, втратою інтересу до реальності. Зокрема, батьків дитини з розладами аутичного спектра турбує, що вона не притискається до матері, а навіть чинить спротив спробам взяти її на руки, обійняти; не усміхається, уникає погляду в очі, у неї відсутній емоційний зв'язок з батьками [ , 5–7].

Н. Пахомова особливості психічного розвитку дітей з аутизмом, в залежності від ступеня тяжкості афективної патології, виділяє у 4 групи.

Група 1 – спілкування практично відсутнє. Спостерігається самоагресія як прояв аутичного захисту. Характерні неадекватні бредоподібні страхи. При безцільних рухах можуть спостерігатися висококоординовані, пластичні рухи, що проявляються через активні форми аутоstimуляції. У процесі обстеження предметів використовує нюхові, вестибулярні і тактильні відчуття. Потребує постійної опіки з боку дорослих в умовах спеціальної установи або в сім'ї.

Група 2 – спілкування обмежене, особливо в незвичних умовах. Страху обумовлені підвищеною гіперчутливістю. Активність вибіркова, виражена прихильність до сталості. Спостерігається скутість, напруженість м'язового тону, недорозвинення тонкої моторики. Когнітивні процеси проявляються через символічні ігри, які відрізняються вираженою стереотипністю. Можуть користуватися мовою при афективно-значимих ситуаціях. Прогноз: можливе навчання на дому за індивідуальною програмою, оволодіння елементарним рахунком, читанням. Дитина потребує постійної опіки. Можливо володіє елементарними трудовими навичками.

Група 3 – при обмеженій потребі спостерігається виражене виборче спілкування, переважно з дорослими. Можлива агресія та афективні переживання частіше проявляються в вербальних формах, в однотипних малюнках. Спостерігається моторна невправність, порушення м'язового тону, слабка координація рухів. На ефективність сприйняття істотний вплив робить афективна установка. Сприйняття вибіркоче. Високий рівень розвитку пам'яті, особливо на афективно значущі події. Характерний нерівномірний темп інтелектуальної діяльності, доступні узагальнення, судження з істотними ознаками, але мотивування відповідей утруднене. Обмеженість (зацикленість) інтелектуальних інтересів. Прогноз: можливе навчання надому або в корекційному класі за спеціальною програмою, самостійне проживання під наглядом родичів чи опікунів та оволодіння трудовими навичками.

Група 4 – діти не проявляють ініціативи в процесі спілкування. Характерні неврозоподібні розлади: надзвичайна гальмівність, боязкість, полохливість, особливо в контактах, почуття власної неспроможності, що підсилює соціальну дезадаптацію. Поведінка в цілому цілеспрямована. При нарузі ситуації можуть спостерігатися моторні стереотипії, неспокій, зниження концентрації уваги. Характерні труднощі в засвоєнні моторних

навичок. Затримка руху на відміну від здорових дітей. Прогноз сприятливий. Можливе навчання по масовій програмі в школі [ , 160–162].

В. Помогайбо звертає увагу на те, що дитячий аутизм — захворювання, ознаками якого є порушення спілкування дитини з навколишнім світом, насамперед з іншими людьми, мимовільна самоізоляція, що призводить до порушення розвитку емоційної сфери, мови, пізнавальних функцій та поведінки загалом [ , с. 219].

К. Островська вважає, що згідно з МКХ-10, аутистичні синдроми введені в підрозділ «Загальні розлади розвитку» розділу «Порушення психологічного розвитку». Їх класифіковано:

- F84 Загальні розлади розвитку. Розлади, що належать до цієї групи, характеризуються якісними відхиленнями в реципрокних соціальних взаємодіях і в способах комунікації, а також обмеженим, стереотипним набором інтересів та занять, які повторюються.

- F84.0 Дитячий аутизм. Цей вид загального розладу розвитку визначається наявністю патологічного і (чи) порушеного розвитку, який вперше виявляється у віці до трьох років, і є характерним типом аномального функціонування у всіх трьох таких сферах: реципрокна соціальна взаємодія, комунікація, поведінка (простежується обмежений набір її стереотипних форм, що повторюються).

- F84.1 Атиповий аутизм. Цей різновид загального розладу розвитку відрізняється від дитячого аутизму або за часом прояву, або неповною відповідністю вимогам за трьома наборами діагностичних критеріїв.

- F84.10 Атиповість за часом прояву.

- F84.11 Атиповість за симптоматикою.

- F84.12 Атиповість як за часом прояву так і за симптоматикою.

- F84.2 Синдром Ретта. У цьому стані за раннім періодом зовнішньо нормального розвитку простежується часткова або повна втрата мовлення, набутих локомоторних і мануальних навичок поряд з уповільненням росту голови.

- F84.3 Інший дезінтегративний розлад дитячого віку. Це загальний розлад розвитку, який характеризується періодом в цілому нормального розвитку до його початку, після чого протягом декількох місяців відбувається виразна втрата раніше набутих навичок в декількох сферах розвитку.

- F84.4 Гіперактивний розлад, що поєднується з розумовою відсталістю і стереотипними рухами. Це нечітко описаний розлад невизначеного нозологічного походження.

- F84.5 Синдром Аспергера. Цей розлад, нозологічна самостійність якого не визначена, характеризується тим самим типом якісного порушення рецепторної соціальної взаємодії, що й типовий аутизм, та обмеженим набором стереотипних, повторюваних інтересів і занять.

- F84.8 Інші загальні розлади розвитку.

- F84.9 Загальний розлад розвитку, неуточнений. Цю діагностичну категорію варто використовувати для розладів, які відповідають опису загальних розладів розвитку, у тому випадку, коли, зважаючи на суперечливість даних або через відсутність адекватної інформації, немає можливості з'ясувати, чи задовольняються діагностичні критерії якої-небудь з попередніх рубрик у F84 [ , 15–18]

Що стосується ігрової діяльності, то на думку В. Помогайбо, у дітей з розладами аутичного спектру вона особливо різко змінена. Гра нерідко зводиться до одноманітного пересипання, перекладання предметів, постукування ними, торкання ними обличчя, обнюхування, облизування. Звертають на себе увагу то надто швидке пересичення будь-якою грою, то

зациклення на одній і тій самій маніпуляції, відсутність сюжетності, ускладнення гри, її стереотипність. Замість гри діти можуть повзати, ходити, іноді підстрибувати, крутитися. Після трьох років така поведінка іноді поєднується зі ставленням до певних предметів (іграшок, стрічок, коліс тощо) як до особливої цінності [ , 221].

На думку В. Тарасун основними причинами розладів аутичного спектру є:

- а) біологічна недостатність всіх регуляторних систем (активуючої та інстинктивно-афективної), а також дефіцитарність аналізаторних систем (гностичних, мовленнєвих, рухових);
- б) соціальні (вторинні) фактори. Вихідна енергетична недостатність дітей (швидка виснаженість, швидке перенасичення будь-якою діяльністю, низькі сенсорні пороги з вираженим негативним фоном тощо) підвищує їхню готовність до формування реакції страху, що створює хронічну ситуацію дискомфорту.

Тому, як вважає дослідник, аутизм для таких дітей є своєрідною компенсаторною реакцією, спрямованою на захист від травмуючого зовнішнього середовища [ ].

Перші ознаки аутизму, на думку В. Помогайбо, можуть проявлятися вже в немовлят у вигляді відсутності комплексу поживлення при контакті з матір'ю та іншими близькими людьми. У старшому віці виявами аутизму є «занурення у себе», зниження або повне ігнорування контактів з навколишнім світом. Зовнішній вигляд хворих на аутизм дітей характеризується застиглим виразом обличчя, спрямованим у пустоту або немовби всередину себе поглядом, відсутністю реакції «очі в очі». Однак їм властива підвищена чутливість до світлових, звукових та інших подразників [ , 219].

Л. Мардахаев звертає нашу увагу на те, що аутизм найбільш яскраво проявляється у віці 3–5 років, і в числі найбільш характерних його проявів можна назвати наступні:

- аутична дитина не фіксує погляд, особливо на обличчі, деталях особи іншої людини, не виносить прямого зорового контакту;
- перша посмішка хоча і з'являється вчасно, але не адресується комусь конкретно, чи не провокується сміхом, радістю, іншими афективними реакціями інших людей;
- до оточуючих аутична дитина ставиться індиферентно: на руки не проситься, часто воліючи перебувати у ліжечку, в манежі, в колясці, на руках не пристосовується, не вибирає зручної пози, залишається напруженою; позу готовності не проявляє або проявляє дуже мляво; в той же час іноді легко йде на руки до всіх;
- своїх близьких аутична дитина впізнає, але при цьому досить насиченої і тривалої емоційної реакції не проявляє;
- до ласки дитина з аутизмом відноситься незвично: іноді байдуже (терпить її) або навіть неприязно, але навіть якщо відчуває приємні відчуття і переживання, то швидко перенасичується;
- відношення до моментів дискомфорту (наприклад, порушень режиму харчування) парадоксальне: аутична дитина або взагалі їх не переносить, або байдужа до них;
- потреби в контактах з іншими людьми (навіть близькими) також парадоксальні: в одних випадках дитина не відчуває такої потреби, прагне уникати контактів; в більш важких випадках до контакту (особливо до тактильного) відноситься байдуже, мляво [ , 136–137].

На думку Т. Скрипник діти з аутизмом мають великий потенціал до розвитку. Ті обмеження, які ускладнюють їхнє поступальне, за принципом



нарощування, зростання – брак соціальних якостей та порушення сомато-сенсорних і психомоторних процесів – можуть бути подолані. З іншого боку, спеціально підібрані методи навчання і розвитку таких дітей (з опорою на світовий досвід) сприятимуть успішному формуванню їхніх інтелектуальних здібностей і адаптивних можливостей.

Оптимальний розвиток дітей з аутизмом, на думку автора, ґрунтується на таких взаємопов'язаних умовах:

1. Раннє виявлення розладів розвитку і долучення до дієвих корекційно-розвивальних програм (в межах програм раннього втручання, або системної ранньої допомоги);
2. Позитивні перетворення в межах родини аутичної дитини, створення найсприятливішого для її розвитку середовища;
3. Сплановане введення дитини у загальноосвітній простір у відповідності до стану і можливостей її розвитку (які постійно переглядаються з наміром перегляду умов продуктивного навчання та розвитку дитини);
4. Модифікація загальноосвітнього простору, що має для дитини з аутизмом підтримувальний, стимулюючий і корекційно-розвитковий потенціал. Використання середовищних ресурсів, серед яких:
  - предметні та просторові (структурування простору, навчальне місце, предмети пристосувального характеру, підтримувальна і альтернативна комунікація);
  - організаційно-сміслові (структурування таких сфер життєдіяльності, як навчання, побут, дозвілля; дозування навантаження, візуальна підтримка, елементи програми ТЕАССН; правила, що регулюють відносини з довкіллям);
  - соціально-психологічні (значущі інші люди, соціальні ролі, соціальні потреби, прихильності, звички).

5. Здійснення грамотного психолого-педагогічного супроводу групою фахівців різного профілю та батьків, які складають індивідуальну програму розвитку дитини та послідовно її виконують;
6. Організація системної корекційно-розвивальної роботи з дитиною (в паралель з навчальним процесом), спрямованою на становлення базових психічних властивостей дитини (тонічної регуляції, почуття безпеки та довіри, сенсорної інтеграції).
7. Навчально-методичне забезпечення процесів навчання та розвитку дітей з аутизмом.

Впровадження у виховання та навчання кожної з цих умов та їх узгодженість між собою прямим чином впливають на позитивний розвиток дитини аутичного спектру [ , 13–14].

Процес освіти дитини з особливими потребами (у тому числі з аутизмом) набуває конкретику лише тоді, коли навколо неї гуртуються фахівці, які разом з батьками створюють міждисциплінарну, полісуб'єктну команду психологопе-дагогічного супроводу і розпочинають колегіальну роботу в напрямі продумування та реалізації компетентного освітнього маршруту для цієї дитини. [ ]

Особливості проявів, рівень здібностей дітей, а також інші характеристики при розладах аутистичного спектру можуть бути у різноманітних комбінаціях, а порушення можуть мати різні ступені тяжкості (від цілковитого занурення у власний світ та відсторонення від оточення до мінімальних аутистичних про-явів, таких як: захоплення винятково власними інтересами та значні труднощі під час спілкування, взає-модії з людьми). Причини виникнення аутизму наразі залишаються недостатньо диференційованими.

Головна особливість інтелектуального розвитку дітей з розладами аутистичного спектру– це здатність виконувати завдання абстрактного

характеру і нездатність виконати завдання аналогічної складності з конкретним змістом.

### Стратегії підтримки дітей у освітньому середовищі

#### *Загальні рекомендації щодо просторово-фізичного середовища:*

- Під час планування простору приміщення групи (класу) необхідно враховувати його багато-функціональність та передбачати такі зони:
  - навчальна (організація навчальних занять і предметно-практичної діяльності);
  - ігрова (організація ігор і проведення занять з розвитку рухів);
  - «жива природа» (організація спостережень за рослинами, тваринами);
  - релаксаційна (місце відпочинку і усамітнення дитини).
- Просторові ресурси навчального приміщення мають бути взаємопов'язані з предметними ресурсами (для кожної зони закладу освіти): навчальна зона – посібники, дидактичні матеріали, необхідне приладдя; ігрова зона – ігровий матеріал.
- Для підвищення адаптивних можливостей дитини необхідно послідовно працювати над: вирівнюванням тону, вивільненням напруги, досягненням гравітаційної стійкості, статичною та динамічною рівновагою, узгодженням координації тощо. Це передбачає також розвиток вправності, мобільності та витривалості дитини.
- Використання візуальних стимулів (малюнки, піктограми, графіки тощо).

#### *Загальні рекомендації щодо розвитку мовленнєво-комунікативної сфери:*

- Розвивати здатність встановлювати і підтримувати контакт з оточуючими людьми.
- Навчати керувати власною поведінкою під час спілкування.
- Вчити правильно вступати у процес взаємодії, підтримувати спілкування.

- Розширювати коло спілкування, налагоджувати правила взаємодії через наслідування навичок дорослого.
- Вчити оптимально використовувати вербальні й невербальні комунікативні засоби.
- Розвивати спостережливість, вміння оцінювати свої стосунки з людьми.
- В початкових класах розвивати читацькі вміння за допомогою методу заучування написаних слів (глобального читання), озвучувати власні бажання за допомогою складання речення з карток з окремими словами тощо.
- Формувати комунікативні навички шляхом розвитку мовлення, розуміння мови (вербальні або візуальні засоби, за допомогою конкретних понять або образних символів; за допомогою жестів або письма; використання засобів допоміжної комунікації).

*Загальні рекомендації щодо розвитку когнітивної сфери:*

- Підтримка нормального розвитку (соціалізація, розвиток комунікації, моторних навичок, уяви).
- Добір завдання за принципом максимальної зрозумілості для дитини та мінімальної інструкції.
- Використання засобів мистецтва (малювання, ліплення, колаж), ігор з водою та іншими предметами побуту.
- Розширення уявлень про навколишній світ (за тематичними блоками з використанням малюнків тощо).
- Впровадження візуальної підтримки, що дає змогу отримати сталі й незмінні орієнтири, які поступово скеровують різні прояви дітей. Використання різновидів візуальної підтримки (розклади, правила, алгоритми дій тощо).
- Вдосконалення моторики (рухливі ігри, вправи з використанням спортивного обладнання, маніпулювання предметами тощо).

- Розвиток пізнавальних процесів (спонукання до зацікавлення довкіллям; опанування технік читання, писання, лічби тощо).

*Загальні рекомендації щодо розвитку емоційно-вольової сфери:*

- Встановлення меж дозволеної поведінки для дитини не тільки під час занять і в родинному колі.
- Дитину з розладами аутистичного спектру необхідно навчити поважати дорослого та орієнтуватися на нього. Незважаючи на те, що такі діти, начебто, не звертають увагу на інших людей, більшість з них, з притаманною їм кмітливістю і спостережливістю, дуже швидко навчаються керувати своїм оточенням, чинити свавілля, роблячи лише те, що хочуть самі. Як наслідок, діти підпорядковують своїм бажанням дії дорослих, легко маніпулюють ними.
- Усвідомлено маніпулювати поведінкою дитини з розладами аутистичного спектру, після чого вона має зробити вибір: 1) підтримувати подібні прояви й залишити все в незмінному стані; 2) припинити їх, і тоді всі дорослі, як справжні вихователі, послідовно і систематично дають їй зрозуміти, що вона – дитина, і має слухатися дорослого, мати повагу до нього, бути уважною, коли він щось робить або говорить.
- Відслідковувати особливі поведінкові прояви дитини, а також фіксувати ситуації, коли у неї з'являється проблемна поведінка.
- Для формування в дитини соціальних якостей доцільно застосовувати такі підходи та методи: «Терапія з однолітками», «Соціальні історії», «Структурована гра», «Тренінг комунікативних умінь», «Відеомодельовання».

*Загальні рекомендації щодо навчальної діяльності*

- Визначити перешкоди, які заважають дитині адаптуватися до освітнього процесу. З'ясувати характерні для дитини з аутизмом «бар'єри навчання».

- Найважливішим елементом організаційних питань навчання є розклад, який оформлюється як серія картинок, фотографій, піктограм (з надписами або без них). Так дитину вчать розуміти зміст розкладу, привчають послідовно виконувати певні завдання, брати участь у різних видах навчальної діяльності. Форматом розкладу може бути альбом або папка з файлами, де розміщено у певній послідовності малюнки, фотографії, піктограми або надписи.
- Візуалізовані правила. Зокрема, правила, що пов'язані з вимогами до учня в закладі освіти. Одні з перших правил, яким треба навчити дитину, – «Стоп», «Спочатку – потім», «Твоя черга – моя черга». При цьому слід враховувати:
  - Правил має бути не більше п'яти водночас.
  - Вони мають бути конкретними, простими, однозначними.
  - Правила мають бути привабливими (можливо, з гумором, у вигляді віршу тощо).
  - Правила мають бути розташовані у місці, яке бачать всі.
  - Правила мають бути змінними, враховувати актуальність розвитку конкретних учнів та усього класного колективу.
- Надання консультацій і зразків виконання будь-яких завдань, які дитина вважає занадто важкими для себе.
- Поступове збільшення кількості завдань, які потрібно виконати.
- Використання візуальних засобів, презентацій предметів.
- Сприяння соціальному розвитку і розвитку мовлення.
- Організація заходів, спрямованих на налагодження взаємин у колективі (пісні, ігри в м'яч тощо).

Для надання психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутистичного спектру слід використовувати спеціальне обладнання:

- засоби з обтяжувачами: жилети, манжети, килимки, пристосування («вужик»);
- різноманітне приладдя: еспандери (для п'ястей рук, різні за формою та сенсорними властивостями), сенсорні м'ячі, спеціальні пристосування («лабіринт» – м'який килимок з кулькою в середині), масажери, масажні м'ячі;
- сенсорні мішки («Яйце сови») м'який мат, балансири («пелюстка лотосу», доріжки рівноваги, балансувальні «камінці», балансир «Змійка», балансувальні дошки;
- комунікативні карточки PECS та ін. [ , ст. 184-186]

### **2.3 Соціально-педагогічний супровід дитини з гіперактивним розладом та дефіцитом уваги**

Гіперактивний Розлад з Дефіцитом Уваги (ГРДУ) – це поліморфний клінічний синдром, головними проявами якого є порушення здатності дитини контролювати та регулювати свою поведінку, що проявляється в моторній гіперактивності, порушенні уваги та імпульсивності.

Це нейропсихіатричний розлад, причиною якого є особливості будови та функціонування головного мозку або органічне ураження центральної нервової системи. У більшості випадків ГРДУ є генетичним розладом, що пов'язаний, зокрема, з генами, які відповідають за регулювання обміну та активності двох нейротрансмітерів – дофаміну та норадреналіну.

ГРДУ – розлад розвитку і його прояви спостерігаються з раннього дитинства й не є чимось тимчасово набутим. Гіперактивність, імпульсивність

і порушення уваги не відповідають віку дитини і призводять до суттєвих порушень її функціонування в основних сферах життя.

Недостатня зрілість лобної долі кори головного мозку призводить до розладів різних виконавчих функцій, що пов'язані з організацією та регулюванням поведінки:

- імпульс-контролю;
- прогнозування, планування та самоорганізації поведінки;
- контролю уваги та аналізу інформації;
- контролю емоцій;
- контролю над власною руховою активністю, регулювання процесу збудження / гальмування.

У 2004 р. Всесвітня асоціація дитячої, підліткової психіатрії та суміжних професій (ІАСАРАР) визнала ГРДУ проблемою № 1 у сфері охорони психічного здоров'я дітей і підлітків. ГРДУ не є розладом виключно дитячого віку, адже в більшості дітей він не минає (хоча прояви змінюються). Статистика свідчить, що приблизно у 3–5% дітей і 2–3% дорослих спостерігається ГРДУ. Цей розлад супроводжує людину впродовж усього життя. Його можна прирівняти до дитячого церебрального паралічу або порушень розумового розвитку; відмінність лише в тому, що прояви ГРДУ є менш помітними й менш зрозумілими оточуючим.

Найпоширеніші міфи про ГРДУ:

- ГРДУ – штучно створена проблема, яка не потребує лікування та психолого-педагогічної допомоги.
- ГРДУ є наслідком поганого виховання.
- ГРДУ є виключно дитячим розладом, і дитина з віком його «переростає».
- ГРДУ спостерігається виключно у хлопчиків.



Необхідно усвідомлювати соціальне значення проблеми. Адже без належної допомоги діти з ГРДУ можуть мати суттєві труднощі в дорослому житті та навряд чи знайдуть гідне місце в суспільстві. При своєчасному виявленні розладу, компетентному медичному та психолого-педагогічному супроводі ці діти здатні успішно самореалізуватись. Допомогти їм у цьому – найважливіше завдання педагогів і батьків.

Поведінкові проблеми гіперактивної дитини проявляються з перших років життя, але в більшості випадків до досягнення старшого дошкільного або молодшого шкільного віку їх пов'язують з особливостями темпераменту або неналежним вихованням дитини. Однак під час шкільного навчання розлади розвитку цієї категорії дітей неможливо ігнорувати.

Три основні проблеми при ГРДУ:

- дефіцит уваги;
- імпульсивність;
- надмірна моторна активність, рухливість.

Ці симптоми проявляються в безперервній надмірній руховій активності, неспроможності довго всидіти на одному місці. Такі діти багато розмовляють, переривають розмову інших, недоречно втручаються в діалог оточуючих, проявляють нетерпіння, коли треба чогось чекати (наприклад, своєї черги у грі), діють, не замислюючись про наслідки та не зважаючи на правила. [ ]

*Академічні труднощі, спричинені неуважністю*

Під час читання:

- У процесі читання губить місце в тексті.

- Не може зосередити увагу на тексті (особливо, якщо він складний, довгий, нецікавий) і, як наслідок, – пропускає слова, деталі, прочитане розуміє частково.
- Забуває прочитане та потребує повторного перечитування тексту.

Під час виконання письмових завдань:

- Труднощі із плануванням і завершенням.
- Найменший відсоток засвоєння навчального матеріалу.
- Повільне виконання.
- Значна кількість помилок.
- Недотримання правил каліграфії.
- Труднощі орієнтації на сторінках зошита.

Під час математичних обчислень

- Значна кількість помилок при обчислюванні внаслідок неуважності до математичних знаків.
- Труднощі розв'язування задач.
- Недотримання послідовності виконання завдань.

Діти з ГРДУ можуть мати супутні розлади: дисграфію – порушення навичок письма, що проявляється у специфічних і стійких помилках; дислексію – порушення навичок читання; дискалькулію – порушення навичок лічби.

Загальні характеристики гіперактивної дитини: порушення емоційної сфери та, як наслідок, неконтрольовані емоційні реакції (роздратування, пригнічення, прояви агресії, підвищена реакційність), труднощі зі зміною діяльності, проблеми з дисципліною, неможливість працювати задля досягнення віддаленої мети, заниження самооцінки, опозиційна поведінка.

Діти з ГРДУ мають соціальні проблеми, які проявляються у труднощах побудови стосунків і спілкування з оточуючими. Однак ці діти щирі та безпосередні і при кваліфікованому супроводі часто досягають успіху в навчанні та взаємодії з однолітками. [ ]

За статистикою, близько 40 % дітей з ГРДУ відчувають труднощі під час навчання. А саме: здобуття академічних навичок, проблеми з успішністю, які можуть бути як супутніми, так і самостійними. Навіть якщо дитина з ГРДУ не має виражених академічних труднощів, у неї спостерігаються проблеми з виконанням класних і домашніх завдань, найчастіше пов'язані з недотриманням часових рамок. Це є наслідком проблем з увагою та високим рівнем імпульсивності (дитині складно зосередитись на виконанні завдання). Унаслідок підвищеного реагування на сторонні подразники та неспроможності довго виконувати нецікаву роботу дитина з ГРДУ потребує більше часу на виконання завдання, ніж її однолітки. Варто враховувати, що труднощі в навчанні можуть спостерігатись не тільки в дітей з ГРДУ, а й учнів, які мають інші порушення.

Проблеми з поведінкою дитини найчастіше проявляються саме у школі. Переважно це труднощі в навчанні та поведінці, які виявляють учителі початкової школи. З метою підтвердження наявності гіперактивності в дитини педагог заповнює спеціально розроблений опитувальник.

Жоден з фахівців не зможе ефективно діагностувати та скорегувати проблемну поведінку дитини з ГРДУ без участі її батьків. Їм також пропонують заповнити опитувальник для батьків.

До психолого-педагогічного вивчення залучаються психолог та соціальний педагог, формується мультидисциплінарна група фахівців (в яку входять не тільки спеціалісти, які надають допомогу дитині, а й батьки).

Якщо психолого-педагогічне вивчення та висновки шкільного психолога вказують на високу вірогідність наявності в дитини ГРДУ, з метою

встановлення остаточного діагнозу її слід направити на обстеження до дитячого психіатра.

Діагноз треба визначати дуже ретельно, оскільки часто симптоматика є варіативною, а клінічна картина нехарактерною (залежно від ситуації та загального стану дитини).

Модель допомоги дитині з ГРДУ є універсальною, її окремі елементи можуть застосовуватись у роботі з дітьми, які мають інші порушення.

ГРДУ є поліморфним розладом і дуже різноманітним у своїх проявах. Не існує двох однакових дітей з ГРДУ. Отже, і план втручання буде змінюватись у кожному конкретному випадку.

Кінцевий результат допомоги дитині з ГРДУ залежатиме від її характерних рис та особливостей середовища.

#### *Поради, які допоможуть уникнути небажаної поведінки*

- не брати участь у суперечці; не читати нотацій; уникати довгих пояснень, розмовляти з дитиною без свідків;
- інколи ігнорувати неприйнятну поведінку, особливо, коли це сталось випадково; використовувати цю техніку дозовано;
- дати дитині можливість усвідомити, що ви розумієте її почуття, довіряєте їй;
- уникати запитань, що починаються з «Чому...» («Чому ти це зробив?» тощо); краще: «Як ти думаєш, чому це сталось?».

#### *Напрями організації допомоги дитині з ГРДУ*

1. Психоедукація – просвітницька робота з батьками, педагогами та іншими фахівцями з метою усвідомлення суті та шляхів корекції розладу.

#### *Основні методи психоедукації:*

- роз'яснювальна робота серед батьків із залученням фахівців;
- індивідуальні консультації для батьків;
- лекції/семінари/конференції/тренінги для батьків;
- поширення друкованих матеріалів (буклети, статті, книжки, історії інших сімей тощо);
- надання відеоматеріалів;
- використання Інтернет-ресурсів.

## 2. Поведінкова терапія

Доречним є використання різних стратегій і методів корекції поведінки (заохочень, поведінкових контрактів тощо). Дитина може отримувати додаткові послуги вузькопрофільних спеціалістів. Необхідно проводити роботу з розвитку соціальної та комунікативної сфер:

- продуктивне спілкування та вміння працювати в колективі;
- формування позитивної самооцінки, самоусвідомлення, емоційної компетентності, навичок самоорганізації;
- формування вміння вирішувати проблеми й конфлікти, контролювати агресію;
- розвиток емпатії.

### *Поради, які допоможуть уникнути небажаної поведінки*

- застосувати заспокоюючий жест (м'яко покласти руку дитині на плече) або невербальну підказку, що слід заспокоїтись;
- відвернути увагу дитини від подразника;
- можна дати дитині якесь доручення;
- нагадати дитині про наслідки (покарання, винагороди);

–зробити паузу.

### 3. Психофармакотерапія

У разі, якщо психолого-педагогічне втручання не дає бажаного ефекту, психіатр може призначати фармакопрепарати. У поєднанні з поведінковою терапією та правильно організованим навчальним процесом вони дають найкращий ефект при корекції ГРДУ. Дія препаратів спрямована на зменшення імпульсивності, гіперактивності, кращу концентрацію уваги, регуляцію емоцій.

Найважливішим є створення моделі повноцінної соціальної взаємодії в межах дитячого колективу, основними складовими якої є:

1. Позитивний приклад учителя.
2. Заохочення взірців належного спілкування між учнями.
3. Створення позитивних зразків командної співпраці членів дитячого колективу.

*У програму адаптації дитини входять:*

- тісна співпраця з батьками;
- залучення до співпраці шкільних психологів і соціальних педагогів;
- допомога інших фахівців;
- розвиток соціальних навичок;
- позитивне ставлення дитячого колективу до потреб дитини з ГРДУ.

*Допомога дитині з ГРДУ залежить від:*

- симптоматики;
- функціонально-поведінкового оцінювання дитини;
- наявності коморбідних (супутніх) розладів.

Починати роботу з дитиною слід з функціонально-поведінкового оцінювання (ФПО) та складання на його основі плану позитивного поведінкового втручання (ППВ). Ця техніка проводиться мультидисциплінарною командою фахівців із залученням батьків. План позитивного поведінкового втручання може бути частиною індивідуальної програми розвитку дитини.

Також необхідно проводити індивідуальне оцінювання навчальних можливостей дитини. Здебільшого достатньо незначної адаптації навчального матеріалу.

*Поради, які допоможуть уникнути небажаної поведінки*

- запропонувати перерву;
- використати фізичні вправи для зменшення напруги;
- стежити за своєю поведінкою і стилем спілкування (розмовляти спокійно й повільно, використовувати спокійну жестикуляцію, візуальні нагадування, пропонувати вибір);
- спокійний стиль спілкування – головне знаряддя взаємодії з неспокійним учнем.

Унаслідок труднощів зосередження уваги та невміння протистояти імпульсам діти з ГРДУ потребують чітко структурованого середовища класної кімнати. До ефективної роботи у класі належать: послідовні дії вчителя, наявність чітких правил поведінки, передбачуваність організації середовища та стилю викладання, побудова позитивних стосунків з дитиною.

Організація простору у класній кімнаті передбачає зменшення кількості сторонніх подразників, що допомагає зосередитись на виконанні завдань. Важливо правильно вибрати робоче місце для гіперактивного учня (близько до вчителя, щоби полегшити зоровий контакт та інструктування учня).

*Поведінкова терапія полягає у формуванні навичок:*

- сконцентрованості на виконанні завдання;
  - співпраці та адекватній взаємодії з іншими (увічливе спілкування, уникання сварок і бійок з однолітками, повага дорослих);
  - виконання вказівок учителя, правил класу, правил гри на майданчику;
  - належної готовності до уроку (виконані домашні завдання, наявність необхідного на-вчального приладдя, вчасний прихід у клас);
  - дотримання визначеного місця під час занять (не полишати місце за партою без дозволу);
  - контролю вербальних імпульсів (чекати своєї черги, не перериваючи інших; не вигукувати з місця; піднімати руку перед тим, як висловлюватись).
- Стратегії корекції поведінки узгоджуються з діями батьків дитини.

*Методи корекції поведінки дитини з ГРДУ*

#### 1. План досягнення бажаної поведінки

Учень визначає конкретну мету, над якою буде працювати день або тиждень. Наприклад: підготувати робоче місце, не битись, не залишати незавершене завдання. Він планує конкретні кроки, необхідні для досягнення мети, обговорює план з учителем. Наприкінці дня або тижня підбиваються підсумки.

#### 2. Щоденне звітування про шкільну поведінку за допомогою поведінкових карток.

Поведінкові картки – це чітко визначені одна або більше поведінкових проблем, які підлягають корекції. Щоденний моніторинг та оцінювання успіхів проводить учитель; він передає батькам поведінкову картку для ознайомлення. На її основі батьки винагороджують бажану поведінку або застосовують штрафні санкції за небажану.



### 3. Поведінковий контракт

Один з найпоширеніших способів корекції поведінки, особливо в середньому та старшому шкільному віці. Це дво- або тристороння угода, в якій окреслено роль кожного суб'єкта договору в досягненні кінцевої мети, тобто позитивної поведінки. Дорослі та дитина визначають одну або кілька цілей, над якими дитина погоджується працювати з метою покращення поведінки. Винагорода за бажану поведінку узгоджується.

### 4. Використання системи жетонів

Це ефективна система підкріплення бажаної поведінки. Дитина отримує жетони за прояви бажаної поведінки. Певна кількість жетонів обмінюється на винагороду (солодощі, іграшку чи можливість провести час у бажаний спосіб, наприклад, пограти у футбол тощо). В якості жетонів можуть використовуватись маленькі іграшки, картки, наліпки, календарики, камінці та ін. Ця система може застосовуватись для цілого класу. Найбільш ефективна в роботі з дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку.

#### *Рекомендації з підвищення здатності концентрації уваги*

- Проблеми з уважністю тісно пов'язані зі здатністю людини запам'ятовувати інформацію. Відомо, що люди запам'ятовують близько 10% з того, що вони читають, 20% з того, що вони чувають, 30% з того, що вони бачать, 50% з того, що вони бачать і чувають, 70% з того, що вони кажуть і пишуть, 90% з того, що вони роблять і проговорюють під час своєї діяльності.
- Щоби привернути та втримати увагу учня, навчання повинно бути активним.
- Необхідно максимально зменшити кількість сторонніх подразників, правильно вибрати робоче місце для учня.
- Слід використовувати яскравий наочний матеріал.
- Необхідно змінювати інтонацію, силу, висоту голосу.

- Вчити дітей конспектувати (це концентрує увагу та допомагає запам'ятовувати більше інформації).
- Взаємодіяти з дітьми, вони повинні відчувати, що за їх діяльністю спостерігають; якомога частіше практикувати використання зворотного зв'язку.
- Використовувати ресурси довкілля, щоби зробити презентацію навчального матеріалу максимально наближеною до життя.
- Поводитися так, щоб дітям було цікаво спостерігати, бути артистичними.
- Заохочувати дітей до повних відповідей на запитання; з'ясовувати, яким чином дитина зробила висновок.
- Заохочувати активність на заняттях.
- Зробити темп уроку жвавим, навчальну діяльність – різноманітною.
- Використовувати роздавальний матеріал.
- Використовувати роботу в парах і групах, кооперативне навчання. Дотримуватися чіткої структури занять.
- Використовувати комп'ютерні технології та нетрадиційні методи навчання (музика, драма, дизайн, метод проекту та ін.), це покращить мотивацію на навчання та допоможе втримати увагу.
- Використовувати контракти-жетони та інші засоби заохочення під час роботи.
- Можна застосовувати візуальне нагадування, індивідуальні правила та час від часу нагадувати про них.
- Чітко інструктувати учнів перед початком виконання завдання, переконатися, що всі все зрозуміли.
- Давати таку кількість роботи, яку реально дитині виконати за визначений час; передбачати спрощене завдання для непідготовлених учнів; у разі потреби запропонувати зразок виконання схожого завдання.
- Застосовувати таймер.
- Винагороджувати дітей за кожен частину успішно виконаного завдання.

- Діліти великі завдання на частини.

#### **2.4. Соціально-педагогічний супровід дитини з порушенням опорно-рухового апарату в закладах освіти**

Такі розлади спостерігаються у 5-7 % дітей і можуть бути вродженими чи набутими. Серед порушень опорно-рухового апарату виділяють:

- захворювання нервової системи: дитячий церебральний параліч; поліомієліт;
- вроджені патології опорно-рухового апарату: вроджений вивих стегна, кривошия, клишоногість та інші деформації стоп; аномалії розвитку хребта (сколіоз); недорозвиток і дефекти кінцівок: аномалії розвитку пальців кисті; артрогрипоз (природжене каліцтво);
- набуті захворювання та ураження опорно-рухового апарату: травматичні ушкодження спинного мозку і кінцівок; поліартрит; захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт); системні захворювання скелету (хондродитрофія, рахіт).

У всіх цих дітей провідним порушенням є недорозвиток, порушення або втрата рухових функцій. Домінуючим серед цих розладів є дитячий церебральний параліч (близько 90%). [ ]

Для пристосування соціального середовища, необхідно підготувати вчителів та учнів школи, класу до сприйняття ними дитини з такими порушеннями як звичайного учня.

Церебральний параліч виникає внаслідок уражень мозку плоду у допологовий період та під час пологів. Серед факторів, що призводять до церебрального паралічу - киснева недостатність, пологові черепно-мозкові

травми, інтоксикація в період вагітності, інфекційні захворювання тощо. Частота дитячого церебрального паралічу у популяції - 1,7 випадків на 1000 дітей.

Характерними для ДЦП є рухові розлади (паралічі, неповні паралічі), неспроможність контролювати та координувати рухи, мимовільність рухів, порушення загальної та дрібної моторики, рівноваги, просторової орієнтації, мовлення, слуху та зору, залежно від того, які відділи мозку зазнали ураження, підвищена виснажуваність, нестійкий емоційний тонус. Ці стани можуть посилюватися при хвилюванні, несподіваному зверненні до дитини, перевтомі, намаганнях виконати певні цілеспрямовані дії. Чим значніші ураження мозку, тим сильніші прояви церебрального паралічу. Проте церебральний параліч не прогресує з часом.

Залежно від тяжкості ураження, такі діти можуть пересуватися самостійно, на милицях, за допомогою "ходунка", у візку. Водночас, чимало з них можуть навчатися у звичайній школі за умови створення для них безбар'єрного середовища, забезпечення спеціальним устаткуванням (пристрої для письма; шини, які допомагають краще контролювати рухи рук; робоче місце, що дає змогу утримувати певне положення тіла тощо).

Зазвичай, діти із церебральним паралічем можуть потребувати різних видів допомоги. Спеціальне навчання та послуги можуть охоплювати фізичну терапію, окупаційну терапію та логопедичну допомогу.

*Фізична терапія* допомагає розвивати м'язи, навчитися краще ходити, сидіти та утримувати рівновагу.

*Окупаційна терапія* допомагає розвивати моторні функції (одягатися, їсти, писати, виконувати повсякденні дії).

*Логопедичні послуги* допомагають розвивати комунікаційні навички, коригувати порушену вимову (що пов'язано зі слабкими м'язами язика та гортані).

На додаток до терапевтичних послуг та спеціального обладнання дітям із церебральним паралічем може знадобитися допоміжна техніка. Зокрема:

*Комунікаційні пристрої* (від найпростіших до найскладніших).  
Комунікаційні дошки, наприклад, з малюнками, символами, буквами або словами. Учень може спілкуватися вказуючи пальцем або очима на малюнки, символи. Існують і більш складні комунікаційні пристрої, в яких використовуються голосові синтезатори, що допомагають «розмовляти» з іншими.

*Комп'ютерні технології* (від простих електронних пристроїв до складних комп'ютерних програм, які працюють від простих адаптованих клавіш).

### ***Стратегії підтримки дітей із порушеннями опорно-рухового апарату в освітньому середовищі***

*Загальні рекомендації щодо облаштування просторово-фізичного середовища*

- забезпечити доступності приміщень закладу освіти та прилеглої території з урахуванням вимог доступності будинів і споруд для маломобільних груп населення;
- застосовувати спеціальні сидіння, столи та подушечки для забезпечення правильного положення тіла й голови (пошук і застосування способів сприяння найзручнішому сидінню);
- попереджати дитину про те, в який спосіб буде змінено положення її тіла перед тим, як здійснити переміщення дитини;
- надавати необхідну кількість часу для пересування з місця на місце, організувати додаткові перерви у роботі з дитиною;
- забезпечити умови для уникнення прямого потрапляння сонячного проміння на дитину тощо.

*Загальні рекомендації щодо мовленнєвого розвитку*

Найбільшої уваги потребує розвиток мовлення дітей з ДЦП. Цей процес має свою специфіку, яка полягає у взаємозв'язку порушень мовленнєвої та загальної моторики з недостатністю кінестетичного сприймання: дитина слабо відчуває як положення своїх кінцівок, так і органів артикуляції. Саме тому важливим є формування відчуттів артикуляційних поз і рухів. Найбільш дієвий спосіб підвищення чутливості – використання вправ із спротивом (коли дитині пропонують штовхати одним з органів артикуляції (губами, язиком) предмет, застосовуючи силу тощо).

Розвиток мовленнєвої діяльності має відбуватися як на заняттях з вчителем-логопедом, так і у процесі надання допомоги всіма фахівцями КС.

*Загальні рекомендації щодо розвитку когнітивної сфери:*

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату потребують організації надання психолого-педагогічної допомоги, що спрямована на всі компоненти когнітивної сфери. Тому необхідно акцентувати увагу на:

- формуванні зорового, слухового і кінестетичного сприймання шляхом обстеження предметів на основі зору, слуху, дотику, вкладаючи до рук дитини різні за формою, розміром і фактурою предмети (у тому числі іграшки). З метою покращення відчуттів рекомендується зробити масаж кистей і кінчиків пальців рук за допомогою щіток різного ступеня жорсткості;
- стимуляції предметно-практичної та ігрової діяльності з метою формування уміння сприймати та діяти;
- заохоченні до предметно-дійового спілкування з оточуючими на основі закріплення зв'язку між словом, предметом та дією через називання дорослим предмету, пояснення його призначення, показу дій, які можна з ним виконувати;
- застосуванні регулятивної функції внутрішнього мовлення та ритмічної організації руху (методика навчання Андраша Петьо) шляхом виконання

рухів під лічбу від 1 до 5 на основі однотипних інструкцій (наприклад, «догори-вниз» для виконання руху, який триває, поки звучить лічба), що дає змогу розвинути розуміння простих фраз з опорою на показ і виконання, і поступово перейти до здійснення рухів під керівництвом внутрішнього мовлення;

- формуванні психологічних операцій і функцій уваги, пам'яті, мисленнєвих операцій (аналізу, синтезу, прогнозування, порівняння, класифікації, узагальнення та ін.) у процесі навчання.

*Загальні рекомендації щодо розвитку емоційно-вольової сфери:*

Дітям з порушеннями опорно-рухового апарату часто властиве порушення працездатності. Певна роль у виникненні таких порушень належить соціальним факторам, зокрема, вихованню дитини за типом гіперопіки. У результаті такого виховання може виникнути недорозвиток мотиваційної основи психічної діяльності, що призводить до недостатності прояву вольових зусиль, коли необхідно виконати завдання, рух або почати спілкування.

З метою забезпечення розвитку емоційно-вольової сфери рекомендується:

- мотивувати дитину за допомогою створення позитивної атмосфери з опорою на її досвід та інтереси (улюблені мультики, ігри та ін.);
- пропонувати спочатку завдання, які дитина здатна виконати з легкістю і отримати схвальну оцінку за їх виконання;
- продемонструвати на власному прикладі виконання завдання;
- не змушувати дитину виконувати завдання всупереч її бажанню, необхідно переключити її увагу на інший вид діяльності, і непомітно долучити знову, можливо, дещо змінюючи умови виконання;
- влаштовувати змагання, у яких непомітно навмисно «програвати», що сприятиме формуванню впевненості дитини у своїх силах;

- надавати можливість виконувати письмові роботи олівцем з метою попередження напруження, пов'язаного зі «страхом помилок» та постійних виправлень.

### *Загальні рекомендації щодо формування навчальної діяльності*

Під час організації навчальної діяльності дітей з порушеннями опорно-рухового апарату важливого значення має створення таких умов, які б дали змогу опанувати знання з опорою на збережені функції організму дитини.

Це може бути забезпечено за допомогою:

- застосування альтернативних методів спілкування (піктограм);
- надання перерви за перших ознак втоми;
- застосування електронних носіїв навчальної інформації;
- використання мобільних панелей для забезпечення доступності до джерел навчальної інформації;
- заохочення дитини до опису, уточнення виконання нового завдання;
- вибору (з боку батьків та дитини) і рекомендації (з боку педагогів) найзручнішого засобу для фіксації навчальної інформації (наприклад, аркуші у клітинку краще використати навіть на уроках української мови);
- пошук оптимального навантаження письмовими роботами з урахуванням порушень загальної та дрібної моторики пальців рук;
- передбачення варіативності письмових робіт – не лише самостійне письмо, а й роздаткові картки з друкованою основою; не лише ручка, а й магнітна дошка, комп'ютер;
- збільшення часу на виконання письмових завдань або заміни частини з них на усні.

У разі порушень зорово-просторової координації варто використовувати наступні прийоми:

- спеціально вказати (ручкою, олівцем) рядок і місце, де потрібно починати писати, малювати;



- позначати відстань між рядками чи частинами завдання;
- під час виконання арифметичних дій у стовпчик можна розфарбувати клітинки олівцем, наприклад, сотні – зеленим, десятки – синім, одиниці – червоним;
- використовувати перфокарти;
- під час читання використовувати спеціальні закладки з прорізами для фіксування слова, словосполучення чи речення;
- оцінюючи дитину, не знижувати бали за повільну відповідь, недостатню інтонаційну виразність, особливості письма.

До початку навчання також слід визначитись зі спеціальним обладнанням, що може збути потрібним дитині з порушенням опорно-рухового апарату, серед якого:

- реабілітаційний стілець для тренування нижніх та верхніх кінцівок, плечового суглоба;
- стіл для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату;
- стілець активності. Стендар з опорою на спину, на груди або стійка похила (вертикалізатор) для дітей із захворюваннями та порушеннями опорно-рухового апарату;
- підставка для підручників тощо.

## **2.5. Соціально-педагогічний супровід дитини з порушенням зору або слуху в закладах освіти**

Відповідно до міжнародної класифікації до категорії «порушення зору» включаються всі порушення від незначного та глибокого зниження зору до функціональної та/або повної (тотальної) сліпоти. Важливими показниками

стану зору є: гострота зору, функціональний стан очорухового апарату (наявність косоокості, ністагму) та поле зору, час набуття порушення, характер та своєчасність наданої допомоги, сформованість навичок зорового сприймання та ін

На сьогодні в Україні порушення зору посідають перше місце серед інших розладів. До цієї групи належать сліпі (близько 10%) та слабозорі (люди зі зниженим зором). Сліпими вважаються особи, у яких повністю відсутні зорові відчуття або ж ті, котрі мають лиш незначну частку світловідчуттів (гострота зору до 0,004). Слабозорими – ті, хто має значне зниження зору (в межах від 0,05 до 0,2 при використанні коригуючих окулярів).

Основною причиною зниження гостроти зору є вроджені захворювання або аномалії очей (70% випадків). Фактори, що спричинюють аномалії очей надзвичайно різноманітні. Серед ендогенних (внутрішніх) – спадковість, гормональні порушення у матері та плоду, резус-несумісність, вік батьків, порушення обміну речовин тощо. До ендогенних (зовнішніх) факторів можна віднести різноманітні інтоксикації, інфекційні та вірусні захворювання та ін.

Серед поширених розладів органів зору – мікрофтальм, анофтальм, катаракта, глаукома, атрофія зорового нерва, дегенерація сітківки, астигматизм, короткозорість, далекозорість і т. ін.

Захворювання очей призводить до складних порушень зорової функції – знижується гострота, звужується поле зору, порушується просторовий зір. Вік та рівень розвитку дитини на момент зниження чи втрати зору може суттєво впливати на її можливості здобувати знання та навички в майбутньому. Дітям з вродженою сліпотою складніше формувати уявлення про предмети та явища, особливо про ті, які неможливо обстежити на дотик, а діти з набутим порушенням зору можуть зберігати достатню візуальну пам'ять та сформовані уявлення. [ ]

Внаслідок неповного чи спотвореного сприйняття довкілля уявлення таких дітей певною мірою збіднені, фрагментарні, одержана інформація погано запам'ятовується. Діти відчувають труднощі під час читання, письма, практичних робіт; швидко стомлюються, що зумовлює зниження розумової та фізичної працездатності. Саме тому вони потребують дозованого зорового навантаження та охоронного режиму під час організації навчального процесу.

З огляду на те, що упродовж навчання зір учнів може змінюватися (відповідно змінюватимуться офтальмологічні рекомендації), необхідна скоординована робота педагогів, шкільного лікаря, офтальмолога та батьків, які мають тримати під контролем допустимі фізичні та зорові навантаження учня.

Важливим фактором для визначення зорових можливостей має також характер та своєчасність наданої психолого-педагогічної та медичної допомоги. Вчасно скорегований окулярами чи лінзами знижений зір та сформовані навички його використання суттєво покращують пізнавальні можливості дитини. У випадку, коли зір не можливо покращити, важливо якомога раніше розвивати у дитини вміння використовувати збережені аналізатори (слух, дотик) для сприймання та пізнання оточуючого.

Організовуючи навчальний процес для таких учнів, педагог має враховувати офтальмологічні дані щодо ступеня зниження зору, характеру захворювання, особливостей його перебігу та прогнозу на майбутнє (можливість погіршення чи покращення). З огляду на це, вчитель має бути поінформованим з рекомендаціями офтальмолога стосовно використання звичайних і спеціальних засобів корекції (окуляри, контактні лінзи тощо) та додаткових засобів, що покращують зір (збільшувані лінзи, проектори, тифлоприлади, аудіозаписи, спеціальні комп'ютерні програми, що трансформують письмовий текст у звуковий та ін.). Педагог має знати кому з учнів окуляри призначені для постійного використання, а кому для роботи

лише на далекій чи близькій відстані та контролювати дотримання дітьми визначеного режиму.

Лікар має надати рекомендації щодо освітлення робочого місця учня (це не завжди перша парта чи місце біля вікна).

### *Загальні стратегії підтримки дітей із порушеннями зору в освітньому середовищі*

Загальними стратегіями супроводу для дітей з порушеннями зору в освітньому середовищі є:

- безпечність та доступність простору закладу освіти (тактильні орієнтири, брайлівські надписи, наявність вільного доступу до місць навчання та відпочинку тощо);
- адаптація змісту навчання в залежності від способу сприймання (збільшення шрифту та контрастності, схематизація зображень, використання шрифту Брайля, освітлення тощо);
- зменшення часу зорового навантаження, заміна візуальної інформації тактильною та аудіоінформацією;
- розвиток навичок альтернативного зоровому сприймання (дотикове обстеження, слухове сприймання тощо);
- стимулювання активності та самостійності учня.

### *Загальні рекомендації щодо облаштування просторово-фізичного середовища для дітей з порушенням зору:*

- дитина з порушенням зору зустрічається з додатковими труднощами при звиканні до простору школи, класу, спортивної зали, їдальні, туалету, ігрового майданчика, тому потребуватиме додаткових орієнтирів у просторі: направляючі вздовж підлоги чи стіни, таблички зі збільшеним шрифтом та шрифтом Брайля з позначенням приміщень, контрастне виділення дверей (наприклад, темний короб дверей на світлій стіні, світлі двері та темна дверна ручка), контрастно пофарбовані сходи тощо;

- доцільно познайомити дитину з простором закладу освіти та класу перед початком навчального року. Необхідно показати дитині основні маршрути в приміщенні школи (маршрут від входу до класу, до їдальні, фізкультурної зали, кабінетів соціального педагога, практичного психолога тощо), на території школи (ігровий майданчик, стадіон) та за її межами (маршрут від дому до зупинки транспорту, від зупинки до школи);
- шафу для одягу слід розмістити біля дверей, щоб її легко було знайти. Можна позначити її певним дотиковим чи світловим орієнтиром (наклеїти іграшку тощо);
- необхідно слідкувати за порядком у коридорах, на сходах, у класі (розкидані речі у проході між столами заважатимуть безперешкодному доступу);
- дитину потрібно ознайомити із розташуванням меблів та обладнанням у класі та попереджати про їх переміщення, всі двері шаф, висувні шухляди слід тримати зачиненими;
- робоче місце дитини має бути недалеко від вчителя, щоб в разі потреби можна було швидко допомогти дитині (подати конкретний предмет, допомогти знайти предмет, який випадково впав, тощо);
- потрібно контролювати позу дитини за столом, не дозволяти їй низько нахилитися над зошитом чи книгою.

*Для дітей зі зниженим зором:*

- робоче місце дитини має визначатися відповідно до функціонального стану її зору, якщо зір кращий на правому оці – дитину необхідно посадити ліворуч від центральної лінії, та навпаки. Варто уникати прямих сонячних променів чи яскравого світла лампи, у деяких випадках дитину з порушенням зору необхідно посадити у затіненій частині класу, або спеціально захистити зір від яскравого освітлення;

- варто уникати відблисків глянцевого поверхню столу, паперу чи монітору комп'ютера, використовувати матеріали без блиску, захисний екран;
- якщо дитина використовує підставку для книг чи стіл з нахилом, слід налаштувати їх для найкращого зорового сприймання.

*Для незрячих дітей:*

- робоче місце дитини має бути ближче до вчителя, більшого розміру через необхідність використання додаткового обладнання (брайлівський прилад для письма, оптичні збільшувачі, додаткова наочність тощо);
- необхідно звертатися до дитини на ім'я, легко торкаючись до її плеча, щоб вона розуміла, що звертання стосується саме її, обов'язково слід попереджати дитину, коли її залишають;
- доки дитина не звикла до голосів оточуючих, варто навчити всіх дітей називати своє ім'я, коли вони спілкуються з дитиною;
- формувати навички орієнтування в просторі з використанням додаткових орієнтирів, тростини.

*Загальні рекомендації щодо мовленнєво-комунікативної сфери:*

- збагачувати словник, уточнювати поняття та уявлення, позначені словом;
- розвивати виразність та експресивність мовлення, виправляти порушення звуковимови;
- стимулювати до висловлювання власних думок, словесного опису плану виконання завдань;
- розвивати розуміння невербальних засобів спілкування;
- залучати учня до комунікативної діяльності в класі з однолітками, організовуючи виконання спільних проєктів, навчальних завдань;
- формувати навички комунікації: повертатись обличчям до співрозмовника, розпочинати і підтримувати комунікацію, контролювати силу голосу, розвивати навички модуляції голосу, стримувати нав'язливі

рухи під час говоріння (розхитування корпусом, головою, тертя очей) та ін.

*Для дітей зі зниженим зором:*

- через зниження зору дитина може підходити до співрозмовника занадто близько, що може стати перешкодою до спілкування, тому дитину необхідно навчити контролювати відстань під час спілкування.

*Для незрячих дітей:*

- формувати навички ініціювати розмову, визначати слухові індикатори у мовленні співрозмовника для розпізнавання його зацікавленості;
- формувати вміння задавати уточнюючі запитання, коли дитина не розуміє чи не знає предмету, що обговорюється.

*Загальні рекомендації щодо когнітивної сфери:*

- розвивати зорове, слухове, кінестетичне сприймання;
- під час пояснення навчального матеріалу необхідно максимально використовувати приклади реального життя та конкретний матеріал, які допоможуть встановити зв'язки між абстрактними поняттями і досвідом дитини;
- формувати уявлення, використовуючи реальні моделі, рельєфні зображення, схеми, таблиці та ін.;
- формувати навички обстеження та порівняння предметів, людей;
- орієнтувати дитину на пошук додаткової інформації про незрозумілі, нові об'єкти;
- закріплення знань потребуватиме багаторазового повторення та досвіду їх застосування у навчальній діяльності та життєвих ситуаціях;

- дитина потребуватиме чітких вказівок щодо виконання завдання, важливо проговорювати кожний етап його виконання, звертати увагу на алгоритм дій;
- формувати вміння досліджувати, експериментувати, ставити запитання, погоджуватися – не погоджуватися, перепитувати, виявляти сумніви.

*Для дітей зі зниженим зором:*

- формувати навички зорового сприймання;
- розвивати навички координації зорово-рухових дій, зорового контролю за виконанням практичних дій;
- формувати навички розслаблювати зір при відчуттях зорової втоми;
- конкретизувати уявлення, вчити співвідносити їх з реальними об'єктами, формувати уважність до деталей;
- використовувати знання і навички, засвоєні за наслідуванням.

*Для незрячих дітей:*

- формувати і розвивати дрібну моторику, навички дотикового сприймання;
- розвивати навички активного слухання.

*Загальні рекомендації щодо емоційно-вольової сфери:*

- формувати навички розпізнавання емоцій оточуючих та власних;
- навчати висловлювати свої переживання та почуття;
- формувати навички самооцінювання, вміння визначати свої сильні та слабкі сторони;
- стимулювати бажання дитини працювати, виконувати завдання, виявляти ініціативу, долати труднощі на шляху до поставленої мети;
- заохочувати наполегливість, незалежність та самостійність дитини;



- розподіляючи клас на підгрупи, необхідно передбачити залучення дитини з порушеннями зору до виконання колективних завдань та створювати ситуації успіху для неї.

*Загальні рекомендації щодо навчальної діяльності:*

- плануючи виклад навчального матеріалу, потрібно передбачити, який практичний матеріал може знадобитися дитині під час виконання завдань;
- варто визначити засоби привернення уваги вчителя, які не відволікатимуть інших учнів (наприклад, піднята рука – замість голосу, певний тактильний стікер, світлова кнопка на одязі тощо).
- вербальну інформацію потрібно максимально конкретизувати, узагальнення на кшталт «там», «тут», «на цій, на наступній сторінці» замінити на «праворуч», «вгорі сторінки», «на сторінці 7» тощо;
- дитина з порушеннями зору може потребувати додаткового пояснення перед початком виконанням завдання;
- виклад нового матеріалу слід узгоджувати з наявним досвідом і знаннями дитини;
- тексти для читання, великі за обсягом, дитині може прочитати асистент вчителя чи дати його в аудіозаписі, дозволяючи пропустити частину тексту, якщо це не вплине на його розуміння та виконання завдань;
- для формування уміння виконання практичних завдань (зображення фігур, різання ножицями, ліплення та ін.) можна продемонструвати руками дорослого, на які покласти руки дитини з порушенням зору, потім – руками дитини в руках дорослого й потім самостійно;
- розвивати загальну та дрібну моторику шляхом виконання вправ на розвиток координації, рівноваги, витривалості. Слід пам'ятати, що дитині з порушеннями зору недостатньо продемонструвати виконання вправи чи надати словесну інструкцію, слід виконати рух разом з нею, безпосередньо керуючи рухами тіла чи рук;

- залучати дитину до участі у спільних іграх і спортивних заходах, дотримуючись заходів безпеки та застосовуючи необхідні засоби адаптації простору (тактильні, звукові та світлові сигнали тощо).

*Для дітей зі зниженим зором:*

- розвивати навички зорового сприймання, активного слухання, вміння зосереджувати погляд, прослідковувати за рухомим об'єктом;
- формувати навички використання збільшувальних приладів;
- дати можливість під час уроку підходити до дошки, щоб ближче роздивитися інформацію;
- замінювати значні за обсягом записи на дошці індивідуальними картками із завданнями, записаними збільшеним шрифтом;
- для певних завдань, пов'язаних із читанням, записуванням давати більше часу для їх виконання;
- для позначення текстів для читання варто використати кольорові стікери, обводити текст контуром;
- збільшувати контрастність (жирність) друкованої інформації, міжрядковий інтервал. Чорно-білий або чорно-жовтий контраст забезпечують найкраще зорове сприймання. Добре сприймаються дітьми насичений синій, зелений або фіолетовий колір на світло-жовтому тлі, варто уникати червоного кольору (при певних порушеннях зору цей колір не сприймається);
- для записів на дошці необхідно використовувати світлу крейду (білу, жовту) на темному тлі, це стосується і використання фліпчарту (темний папір – світлий маркер);
- уникати надмірної деталізації зображень, схем, таблиць, діаграм;
- копії друкованих матеріалів мають бути максимально чіткими;
- дитині краще виконувати записи темною чорною ручкою, (маркером) замість синьої, в жодному разі не олівцем;

- на уроках математики доцільно використовувати роздільні контейнери на кілька відділів для унаочнення арифметичних дій;
- роботу з вимірювальними приладами варто продемонструвати індивідуально, доцільно збільшити одиниці вимірювання (2-4 см замість 1).

*Для незрячих дітей:*

- розвивати навички дотикового та слухового сприймання;
- дитина не може стежити за невербальною інформацією та діями, які не коментуються. Наприклад, записи на дошці, завдання на індивідуальних картках чи демонстрацію певного об'єкта для всього класу потрібно коментувати;
- завдання оформлювати на індивідуальній картці із записом шрифтом Брайля;
- для наочності слід використовувати тактильні матеріали;
- дати більше часу на виконання завдань, де можливо – замінювати письмову відповідь на усну, зменшити обсяг письмових завдань, дозволяти використовувати друк;
- перед початком виконання завдання дати додаткове пояснення та з'ясувати чи зрозуміла дитина, що від неї очікують;
- формувати навички використання спеціального обладнання;
- формувати навички безпечного пошуку предметів, які впали;
- формувати навички читання та письма шрифтом Брайля та навички запису звичайним шрифтом;
- формувати навички друкування на клавіатурі комп'ютера / ноутбука.

До початку навчання також слід визначитись зі спеціальним обладнанням, яке може знадобитися дитині з порушеннями зору та вчителю для адаптації навчальних матеріалів. Це можуть бути:

*Для дітей зі зниженим зором:*

- підставки для книг, дозволяють наблизити та зафіксувати текст ближче до очей для оптимального зорового сприймання;
- додаткові освітлювальні та збільшувальні прилади (настільні лампи, лупи з підсвіткою);
- зошити зі збільшеними відступами між лінійками та збільшеним контрастом;
- папір без відблиску (матовий, жовтуватого кольору);
- набори практичної наочності (предмети, іграшки, моделі).

*Для незрячих дітей:*

- підручники та посібники, надруковані збільшеним шрифтом чи шрифтом Брайля;
- брайлівський прилад для письма чи друкарська машинка, спеціальний папір для записів шрифтом Брайля;
- комп'ютер з програмою озвучення чи брайлівським дисплеєм;
- звукокозаписуючі та звуковідтворювальні прилади, електронні записники;
- аудіозаписи літературних творів;
- рельєфні зображення таблиці, схеми до певного навчального матеріалу;
- набори тактильної наочності.

Поняття «порушення слуху» часто використовується для описання широкого діапазону розладів, пов'язаних зі зниженням слуху, що включає і глухоту. 6 із 1000 новонароджених дітей мають порушення слуху, в 1 із 6 фіксують глухоту.

Розрізняють порушення слуху:

- постійного характеру (ушкодження равлика внутрішнього вуха чи нервових шляхів, що ведуть від внутрішнього вуха до головного мозку);

- порушення, що піддаються хірургічному впливові (порушення провідності звуку через канал зовнішнього вуха до барабанної перетинки і середнього вуха);
- порушення обробки слухової інформації, тобто труднощі з концентрацією слухової уваги (не є результатом хвороби/пошкодження вуха).

Серед поширених причин зниження слуху можна назвати: пологові травми, інфекційні захворювання, отити, запалення, наслідки вживання певних медичних препаратів тощо.

Глухота визначається як цілковита відсутність слуху або його значне зниження, внаслідок якого сприймання та розпізнавання усного мовлення неможливе.

Порівняно з глухими, діти зі зниженим слухом (слабочуючі) мають слух, який з допомогою аудіопідсилувальної апаратури, дає змогу сприймати мовлення оточуючих та самостійно опанувати мовлення (хоч і певною мірою спотворено). Загалом, діти, які мають втрату слуху від 15 до 75 дБ вважаються слабочуючими, вище ніж 90 дБ – вважаються глухими (за педагогічною класифікацією).

За статистичними даними близько 10-12% населення має той чи інший ступінь зниження слуху.

Частково зниження слуху компенсується слуховими апаратами та кохлеарними імплантами. За належних умов навчання у дітей з порушеним слухом формується мовленнєве спілкування та розвивається мовленнєвий слух, що дає їм можливість достатньо успішно навчатися у звичайних школах, отримувати вищу та професійну освіту.

Водночас, необхідно враховувати певні особливості учнів з порушеннями слуху. Деякі слабочуючі можуть чути, однак сприймають окремі звуки спотворено, особливо початкові і кінцеві звуки у словах. В цьому випадку потрібно говорити дещо гучніше і чіткіше, добираючи прийнятну для учня

гучність. В інших випадках потрібно знизити висоту голосу, оскільки учень не в змозі сприймати на слух високі частоти. В будь-якому випадку вчитель має ознайомитися з медичною карткою учня, проконсультуватися зі шкільним лікарем, отоларингологом, сурдопедагогом, логопедом, батьками, вчителями, у яких навчався учень у попередні роки щодо створення та дотримання особливих умов його навчання. Слід порадитися з фахівцями стосовно можливостей індивідуального слухового апарату учня, спеціальних вправ для розвитку мовного дихання, відпрацювання вимови.

*Загальні стратегії підтримки дітей із порушеннями слуху в освітньому середовищі*

Полегшенню адаптації дитини до освітнього середовища сприятиме чітке дотримання педагогічними працівниками закладу основних рекомендацій та стратегій підтримки.

*Загальні рекомендації щодо облаштування просторово-фізичного середовища.*

Дітям з порушеннями слуху необхідно забезпечити:

- доступ до робочого місця з належним освітленням, шумовим фоном, без відволікаючих речей (забезпечення зручного місця для перекладача, якщо дитина використовує жестову мову);
- зниження рівня шумів і еха приміщень;
- можливості для слухового й зорового сприймання обличчя мовця та навчальних матеріалів;
- зорові орієнтири (написи, піктограми, схеми тощо), що є попередженням про зміни локацій чи небезпеку, початок чи завершення діяльності;
- допоміжні пристрої для прослуховування (Assistive listening devices, ALDs), що допомагають посилити і покращити слухове сприймання в умовах фонового шуму (як от FM-системи, що використовують із СА чи КІ).

*Загальні рекомендації щодо мовленнєво-комунікативної сфери:*

- формувати вимову під час індивідуальних та групових занять поряд з розвитком слухового / слухо-зорового сприймання;
- надавати приклади правильної звуковимови;
- застосовувати дактиль для підкріплення формування граматики чи правильної звуковимови;
- розширювати словниковий запас через уточнення понять та уявлень, що позначені словом/жестом та співвідносити з писемним мовленням;
- розширювати словниковий запас через універсальний алгоритм роботи зі словами (слово – записати – прочитати й проговорити – пояснити – активізувати у мовленні);
- компенсувати недостатність мовленнєвої практики через запитання, діалог, читання і аналіз прочитаного;
- розвивати виразність та експресивність мовлення;
- стимулювати до висловлювання власних міркувань, думок, словесного опису плану виконання завдань;
- розвивати розуміння невербальних засобів спілкування;
- залучати до комунікативної діяльності в парі/групі, організовуючи виконання спільних проектів, навчальних завдань та інше;
- розвиток мовлення на лексико-семантичному рівні здійснюється через нові слова, уточнення або розширення значень уже відомих та передбачає застосування різних методів і прийомів (наочних, вербальних і змішаних); на синтаксичному рівні – через розвиток вміння слухати і розуміти (а не механічне відтворення почутого), що передбачає розвиток діалогічного і монологічного мовлення шляхом запам'ятовування, повторення, відтворення; створення наочних або словесних ситуацій, які спонукають до висловлювання (питання і репліки мають бути мотивовані виконанням завдання, досягнення мети тощо).

*Загальні рекомендації щодо когнітивної сфери:*

- розвивати зорове, слухове та тактильне сприймання під час індивідуальних чи групових занять з фахівцями;
- формувати навички сприймати, зосереджувати увагу, запам'ятовувати і контролювати себе з опорою на збережені аналізатори чи рухову діяльність;
- формувати уявлення про предмети, дії, явища, використовуючи різні сенсорні відчуття;
- формувати навички аналізу, синтезу, узагальнення, класифікації та прогнозування;
- розширювати поняття про довкілля та орієнтири в ньому, в тому числі через спостережливість, уважність, допитливість;
- надавати роз'яснення абстрактним поняттями, пов'язувати їх з досвідом дитини та інше.

*Загальні рекомендації щодо емоційно-вольової сфери:*

- формувати позитивне ставлення до себе та оточуючих;
- формувати навички позитивної поведінки;
- мотивувати дитину до навчальної діяльності за допомогою ситуації успіху, з опорою на досвід та інтереси дитини;
- зосереджуючи увагу на стані задоволення дитини від отриманих досягнень через формувальне оцінювання;
- заохочувати незалежність та самостійність дитини;
- формувати навички розпізнавання емоцій оточуючих та власних;
- вчити висловлювати свої переживання та почуття, розвивати навички рефлексії та інше.

*Загальні рекомендації щодо навчальної діяльності:*

- зважати на миттєвість сприймання значно меншої кількості інформації, порівняно з однолітками без порушень слуху (як на слуховій, так і на зоровій основі);



- чергувати навантаження на слуховий та зоровий аналізатор для зменшення втомлюваності й відволікання;
- надавати час для закінчення однієї навчальної дії й переходу до іншої;
- надавати час для запам'ятовування та уточнення навчального матеріалу;
- використовувати наочність, зокрема фільми та відео із субтитрами;
- використовувати покрокові або візуальні інструкції на підкріплення усного мовлення;
- адаптувати/модифікувати процес та результат діяльності відповідно до освітніх потреб дитини;
- забезпечити послуги перекладача-дактилолога для тих учнів, які використовують мову жестів та інше.

До початку навчання слід визначитись зі спеціальним обладнанням, яке може знадобитися дитині з порушенням слуху. Це можуть бути:

- програмно-апаратний комплекс для психолого-педагогічних, корекційно-розвитково-вих послуг;
- комп'ютерний тренажер для вивчення української жестової мови;
- альбоми та таблиці для розвитку мовлення, картки з ілюстраціями словесною та жестовою мовами, дидактичні ігри (малюнки для складання задач, набір текстів, фігури та зразки для моделювання, сюжетні ігри, лото, геометричне доміно) тощо.

### РОЗДІЛ 3

## ТЕХНОЛОГІЇ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З БАТЬКАМИ В СИСТЕМІ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ

У вітчизняній літературі технології соціально-педагогічної роботи трактуються як сукупність прийомів, методів та впливів, що застосовуються соціальними службами, окремими закладами соціального обслуговування, соціальними працівниками з метою досягнення успіху соціальної роботи та забезпечення ефективності реалізації завдань соціального захисту населення.

Аналіз літератури з проблем соціальної роботи дозволяє нам визначити такі етапи соціальної технології:

- теоретичний, який передбачає обґрунтування мети і об'єкта технологічного впливу, виокремлення складових компонентів, з'ясування соціальних зв'язків між ними;
- методичний, який пов'язаний з добором методів, засобів впливу, обробкою інформації, її аналізом, вибором принципів трансформації результатів аналізу в рекомендації та висновки;
- процедурний, який пов'язаний з практичною діяльністю по апробації обраної послідовності використання інструментарія.

Особливостями технології соціально-педагогічної роботи є:

- динамічність (гнучкість), яка проявляється в постійній зміні змісту та форми роботи фахівця з клієнтом;
- неперервність, що визначається потребою постійної підтримки контакту з клієнтом;
- циклічність, тобто стереотипне, закономірне повторення етапів, стадій процесу в роботі з клієнтами;
- дискретність соціальної роботи як технологічного процесу, яка проявляється в нерівномірному ступені впливу на клієнта на різних етапах діяльності.

Завданням соціально-педагогічних технологій є, перш за все, розробка методів та методик результативного та раціонального цілеспрямованого соціального впливу; застосування технологізації як способу оптимізації соціально-педагогічного результату.

### **3.1. Правила реабілітації дітей з різними порушеннями психофізичного розвитку**

1. Ставитися до дитини з обмеженими функціональними можливостями як до такої, що вимагає спеціального навчання, виховання та догляду.

2. На основі спеціальних рекомендацій, порад та методик поступово і цілеспрямовано:

- навчати дитину альтернативних способів спілкування;
- навчати основних правил поведінки;
- прищеплювати навички самообслуговування;
- розвивати зорове, злухове, тактильне сприйняття;

- виявляти та розвивати творчі здібності дитини;

3. Створювати середовище фізичної та емоційної безпеки:

- позбавитися небезпечних речей та предметів;

- вилучати предмети, що викликають у дитини страх та інші негативні емоційні реакції;

- не з'ясовувати у присутності дитини стосунки, особливо з приводу її інвалідності та проблем, пов'язаних з нею;

4. Рідним та людям, що знаходяться в безпосередньому контакті з дитиною з особливими потребами потрібно:

- сприймати її такою, якою вона є;

- підтримувати та заохочувати її до пізнання нового;

- стимулювати до дії через гру;

- більше розмовляти з дитиною, слухати її;

- надавати дитині можливість вибору: в їжі, одязі, іграшках, засобах масової інформації тощо;

- не піддаватися всім примхам та вимогам дитини;

- не вимагати від неї того, чого вона не здатна зробити;

Не боятися кожну хвилину за життя дитини.

### **3.2. Технології соціально-педагогічної роботи з дітьми з особливими освітніми потребами**

Однією з головних завдань соціального педагога полягає в у створенні таких соціально-педагогічних умов, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різних типів поведінки, гнучкої адаптації.

У дітей з особливими потребами виникають загальні особистісні проблеми, які мають таку основну специфіку:

- Комплекс неповноцінності, відчуття неспроможності виконувати важливі людські функції, підвищена потреба в захисті;
- Відчуття несхожості на інших, відчуженість від інших;
- Почуття самотності внаслідок обмеженості контактів із зовнішнім світом, підлеглість у контактах, низький рівень симпатії;
- Екзистенційні проблеми, відчуття втрати життєвого смислу.

Загальною рисою, яка об'єднує ці проблеми, є те, що всі вони пов'язані з недостатнім опануванням життєвих умінь і навичок, невмінням адаптуватися в навколишньому світі, неможливістю використовувати особистісні ресурси для роз'язання життєвих завдань. Наведені вище особистісні проблеми можна вирішувати за допомогою різних психологічних методів – консультування, бесіди, гри, різних видів групової роботи, тренінгів. Так, зокрема, мені хотілося б зупинитися на тренінгових методах, які є дуже ефективним засобом роботи з групами, оскільки сприяють підвищенню активності і розкриттю учасників, отриманню зворотного зв'язку від членів групи, створенню атмосфери довіри щирості і конфіденційності того, що відбувається в групі. А також дають змогу зрозуміти інших і свою власну особистість. Розроблюючи програми тренінгів для дітей з особливими потребами, доцільно врахувати такі характеристики:

- час настання інвалідності;
- характер реакції на інвалідність (емоційна, когнітивна, поведінкова);

- важкість порушень (діапазон обмежень, спричинених захворюванням або дефектам);
- рівень інтелектуального та емоційного розвитку;
- дотримання логічної послідовності тренінгових занять.

Всі тренінги, які проводяться з дітьми з особливими потребами, нехай це буде навчання інструментальним навичкам або корекція емоційних і поведінкових шаблонів, мають основну спільну особливість – це можливість інтеграції в суспільство, можливість не почувати себе самотнім, можливість взаємодіяти з іншими і відчувати себе корисним. [ , с. 73].

Тематика тренінгу для дітей з особливими потребами може суттєво відрізнятися в залежності від стану здоров'я учасників групи. Так, для розумово відсталих дітей можна проводити тренінги, спрямовані на вироблення життєвих умінь, під якими мається на увазі оволодіння вміннями самообслуговування, навичками елементарної гігієни, елементарних дій і спілкування з оточуючими.

Показовим у цьому прикладі є тренінг “Yearning for life” (штат Північна Кароліна) для людей із затримкою психічного розвитку. Він спрямований на вироблення умінь і навичок повсякденної поведінки. У тренінгу використовуються такі методи як:

- активні розвиваючі;
- відеодопомога і рольові ігри, які допомагають учасникам розвивати обмежені мовні вміння і навчатися взаємодіяти;
- рольові ігрові ситуації, взяті з реального життя, що мають дуже простий сценарій;
- багатоманітність репетиційних завдань, які дозволяють вивчити та запам'ятати інформацію.

Загалом тренінгова програма базується на 5 кроках для вирішення проблем, таких як: вміння розслабитися, глибоко вдихнути, використати

позитивне самопідкріплення (сказати собі що – небуть приємне); ідентифікувати проблему; подумати про рішення; обрати і використати рішення.

Ці кроки розглядаються по одному в кожному сесію занять і відпрацьовуються до тих пір, поки не настане черга наступного кроку. Кожен крок пояснюється в найпростішій для розуміння формі.

Іншим прикладом можуть слугувати тренінги, які побудовані у відповідності з використанням певного терапевтичного методу впливу у психології[ , с. 174].

Як приклад можна навести терапію музикою і мистецтвом, яка розглядається в біхевіористичному напрямку як засіб набуття компенсаторних навичок. Останні стимулюють доступні для формування фізичні і психічні функції, розвиваючи через них і ті, що недоступні для безпосереднього впливу. Процес творчості дає змогу:

- побудувати адекватну Я – функцію;
- усвідомити особистісні переживання;
- збудувати творчі сили, виявити оригінальність, сформувати здатність розкриватися духовно. Виробити гнучкість психічних функцій;
- набути соціальних навичок і вмінь;
- адаптуватися до соціального та професійного життя.

Позитивна для тренінгу, побудованого на основі образотворчого мистецтва, полягає в тому, що уражені відчуття (психологічні, сенсорні, слухові, кінестетичні) підсилюються розвиненими, які, завдяки своїй енергетичності, поширюють свій позитивний вплив. Завдання цього тренінгу зводяться до таких:

- вивільнення негативних станів;

- реконструювання та закріплення особистісного “Я” – через процес образотворчого саморегулювання, самопізнання і самопозбавлення від деструктивних станів;
- підвищення самооцінки;
- встановлення позитивних емоційних стосунків з оточуючими.

Велике місце в тренінгах образотворчого мистецтва відводиться спілкуванню учасників, і таким чином реконструюється соціально адаптивна поведінка особистості кожного учасника. Основне ж місце посідають такі компоненти як колір, кольорова гама, вибір матеріалу для малюнка (крейда, вугілля, пастель, монофарби, туш, масляні фарби, акварель і т.п.) і художній стиль, у якому виконана дана композиція. Заняття побудовані таким чином, щоб діагностувати існуючі стани учасників, запропонувати намалювати певні почуття, висловити в малюнках певне відношення до оточуючих, дослідити структуру своєї особистості, навчити новому досвіду, скоректувати певний тип поведінки і пристосувати її до навколишніх умов, розвинути здібності учасників тренінгу[ , с. 143].

Музикотерапія – це засіб підвищення соціальної активності, комунікативних здібностей особистості, її адекватної соціалізації у суспільстві. Окрім цього, це засіб корекції функціональних, рухових, психогенних або соціальних відхилень, джерело активізуючої творчості. Виділяють такі механізми лікувальної дії музики:

- катарсис;
- вплив на емоційний стан;
- підвищення доступності для свідомого переживання психо і соціально-динамічних процесів.

Основні аспекти застосування музикотерапії: блокування процесу комунікацій із соціальним оточенням; підготовка і підтримка при релаксації;



аутогенне тренування, подолання тривожних станів, корекція астенії, внутрішньої напруги, стресових станів [ , с. 54].

Можна виділити такі форми групових вправ, як:

а) музично-рухові ігри та вправи. Мета таких занять – стимуляція та концентрація уваги, координація аудіовізуальної, моторної і тактильної корекції людини, створення умов для комунікації та взаємодії з оточенням (фольклорні, популярні танці, звукові сигнали тарілки, барабани, гонг і т.п.);

б) психічна і саматична релаксація за допомогою музики. Ця вправа має три складові: психологічну, музичну і біозвукову. Психологічний вплив здійснюється через яскраву й образну уяву формул самонавіювання, спрямованих на розслаблення м'язів тіла (фрагменти записів голосів пташок, тварин, образи природи);

в) вокальне вираження – спів. Мета таких занять – заняття напруги, гармонізація особистості, позитивний психічний і соматичний вплив на дихання, серцеву діяльність, травлення. Груповий спів передбачає анонімність співака, але орієнтує на групу, дає можливість приєднатися до неї, встановити соціальний контакт, викликає почуття безпечної самореалізації (пісні, які мають просту та приємну мелодію, живий темп, відповідну тональність);

г) рецептивне сприйняття музики. Допомагає зняти внутрішній конфлікт, сприяє стабілізації особистості, активному сприйманню власної особистості. Слухання музики можна поєднувати з одночасним спостереженням пластичного кольорового руху (класичні твори).

Прикладами вправ також можуть бути музичне малювання, пантоміма під музику, рухова драматизація під музику (пісні, сюжет яких можна зобразити рухових елементах), дихальні вправи з музичним супроводом.

Таким чином, терапія образотворчим мистецтвом та музикою використовується як засіб реставрації почуттів, гідності, набуття стресотолерантності, як засіб реабілітації та реадаптації[ , с. 34].

Психодіагностичні дослідження, проведені у дітей з особливими потребами показали, що багато з них мають психологічні проблеми, які потребують заходів корекції. Серед них можна назвати:

- підвищена потреба у захисті;
- спрямованість переживань у минуле;
- невпевненість у собі;
- відповідальність за прийняття рішення найчастіше перекладається на оточуючих;
- низька осмисленість життя (методика смисложиттєвих орієнтацій);
- у міжособових стосунках спостерігаються підлеглі відношення;
- низький рівень емпатії;
- конфліктність поведінки.

Це були лише декілька прикладів психокорекційної роботи, яка сприяє інтеграції людини з особливими потребам в суспільство. Насправді ж видів терапії і заходів психокорекційної роботи є незліченна кількість, оскільки кожен тренінг, кожна програма, кожен метод, що застосовується, розрахований на певний тип аудиторії. Єдине, що мені хотілося б підкреслити, це те, що групова психокорекційна робота є надзвичайно ефективним засобом інтеграції у суспільство[ , с. 39].

Отже, особливість роботи соціального педагога з учнями з особливими потребами полягає у створенні таких соціально-педагогічних умов, які сприятимуть внутрішньому управлінню індивіда, досягненню ним своїх цілей, реалізації різних типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпеки, в якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Але соціальний педагог не може вирішувати за учня його проблеми, він повинен допомогти

особистості визначити особисту позицію, сформувати незалежність від зовнішнього впливу, формувати впевненість у собі, сприяти самоактуалізації у подоланні перешкод. Учень з особливими потребами, що адекватно оцінює своє становище і усвідомлює свою самоактуалізацію, досягає душевного і психічного здоров'я, стає соціально повноцінною особистістю.

### **3.2. Результати соціально-педагогічного дослідження проблеми**

Відразу чи поступово, але батьки усвідомлюють, що з дитиною трапилось щось страшне. А жити треба, оскільки без матері і батька дитина просто не може існувати. Якщо важко прийняти дитину серцем, розум має нагадати: дитина не просилася на цей світ. Її народили і повинні про неї піклуватися, доки стане сил. Така випала доля.

Лише знаючи реальний стан справ, можна спробувати зробити дитину щасливою – стрес від діагнозу, насправді, переживають більш батьки, аніж діти: діти не мають з чим порівнювати, вони не розбудовували планів про своє майбутнє – вони просто живуть і радіють кожному дню як уміють, або сумують, коли щохвилини бачать згорьовані очі матері. Коли ж дитину просто люблять усі навколо, вона не концентрує уваги на тому факті, що відрізняється від більшості дітей.

Було проведене дослідження потреб батьків у соціально-педагогічній підтримці, що перебувають на лікуванні у педіатричному відділенні ОДЛ. Мета дослідження – вивчення потреб батьків в соціально-педагогічній підтримці, визначення характеру цих потреб, виявлення категорії батьків, які можуть покинути свою дитину.

Були використані соціально-педагогічні методи дослідження: нагляд, бесіда, анкетування, а також тест психічного здоров'я [ ]. Отримані результати: для 100% батьків народження неповноцінної дитини було шоком, хоча деяких з них лікарі попереджали про можливість народження такої дитини. Але все одно, батьки до останньої миті надіялися, що це горе їх обмине. 60% матерів мають депресивні ознаки. 30% матерів сприймають новий стан більш-менш спокійно, але вони теж потребують соціально-педагогічної допомоги. В однієї матері, в ході бесіди, виявилось погано скрите бажання «покинути все це». Таким чином, майже всі батьки потребують допомоги фахівця.

Матерям був запропонований тест психічного здоров'я (додаток А). На основі його результатів матерям педіатричного відділення були запропоновані поради (додаток Б).

У кожній родині де народжується дитина з природженою паталогією важливо з'ясувати відношення батьків до стану цієї дитини, ступінь реагування батьків на її неповноцінність. Для одних родова пляма на обличчі – трагедія, для інших важке усвідомлення, що дитина буде все життя безпомічна.

Тут необхідна чуйність соціального педагога. Сьогодні родина переживає величезних труднощів, але, якщо до всіх соціальних і економічних лих додається і хвора дитина, - це дуже важко. Частіше в такій родині мати працювати не може. Це викликає трагедію, батьки розлучаються, кінчають життя самогубством, стають алкоголіками

Крім допомоги дитині соціальний педагог звертає увагу на батьків. Їм допомога потрібна не менше, ніж дитині. Їх потрібно переконати шукати вихід із ситуації горя та озлоблення, знайти в дитини позитивні риси і направити всі сили на їх розвиток. Знайти шляхи і можливості догляду за хворою дитиною, її виховання та навчання. Батькам варто спілкуватися з

іншими батьками, у яких також хвора дитина, що допоможе легше переносити тяготи, побороти почуття безпорадності та самотності.

Кожна людина в процесі свого життя переживає моменти психічного дискомфорту. Тимчасове відчуття безсилля і суму абсолютно нормальне для будь-якої людини, а особливо у важкі періоди.

## ВИСНОВКИ

Суспільство може створити більш сприятливі умови в житті для зростання дітей з різними видами вад психо-фізичного розвитку. Це можна здійснити лише тоді, коли суспільство сприйме інвалідність як суспільне явище, результат взаємодії особистості і соціуму. При цьому соціум має сприймати людей з обмеженими можливостями як партнерів у взаємодії.

Педагоги повинні відноситися до сімей, у яких є діти з обмеженими можливостями, айвищою мірою делікатно і дбайливо, намагаючись, із своєї сторони, усталити згоду в сім'ї. статистики свідчать, що не менше половини таких сімей розпадаються, усі тяготи по виховання дитини лягають на матерів. Отож вони і потребують допомоги в першу чергу, із ними і доводиться займатися педагогічної психотерапією.

У процесі дослідження, узагальнила досвід по роботі з батьками дітей з особливими освітніми потребами, проаналізувала літературу за даною темою; обгрунтувала і випробувала методи роботи соціального педагога з даними категоріями населення і дійшла висновку:

- психологічний стан батьків впливає на організацію соціально-педагогічної роботи з дітьми;
- необхідно виховувати в суспільстві прагнення морально підтримувати родини, що мають дитину з особливими потребами, уміння розуміти їхні проблеми. Цілком можлива організація радіо- і телепередач, видання невеликих інформаційних матеріалів, типу пам'яток, буклетів. Робота, систематично проведена у цьому напрямі, безсумнівно, принесе позитивні результати;
- стає ясно, що фактори, які дестабілізують родину і підвищують ступінь ризику, можуть бути в значній мірі нейтралізовані структурами соціально-педагогічної, психологічної допомоги, приватними і добровільними

ініціативами, спрямованими на активізацію ресурсів родини і соціального оточення, на розвиток дитини.

Матері дітей з особливими потребами наштовхуються на бар'єри у взаєморозумінні і спілкуванні з іншими людьми. А так, як у роботі соціального педагога з дітьми з особливими освітніми потребами важливу роль відіграє саме здоровий клімат навколо дитини, необхідно направити роботу соціальних служб та інших фахівців на зміну соціального відношення до родин з дітьми з особливостями психо-фізичного розвитку і до самих нетипових дітей. Відношення до них у соціумі повинно пройти шлях від неуважності і відкидання до прийняття і визнання їхніх прав, достоїнства і корисності суспільству.