

Міністерство освіти і науки України
ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ДЗ «Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка»



Система надання освіти дітям з особливими потребами в умовах сучасного навчального закладу



**Матеріали
Всеукраїнської науково-практичної конференції**

14 грудня 2016 року
м. Лисичанськ

Міністерство освіти і науки України
ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ДЗ «Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка»

***Система надання освіти дітям з
особливими потребами в умовах
сучасного навчального закладу***

**Матеріали
Всеукраїнської науково-практичної конференції**

14 грудня 2016 року
м. Лисичанськ

УДК 376.3 / 376.4
ББК 74.589.51. я 43

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Міненко Г.М. – директор ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка»

Ігнатуша А.Л. – завідувач навчально-виробничої практики ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка»

Крошка С.А. – голова циклової комісії фізичного виховання, викладач дисциплін фізкультурного циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка»

Сергєєва І.Ю. – методист ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка»

Система надання освіти дітям з особливими потребами в умовах сучасного навчального закладу : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м.Лисичанськ 14 грудня 2016 р.). – Лисичанськ : ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка» – Лисичанськ : ФОП Пронькіна К.В. – 2016. – 198 с.

До збірника увійшли матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, що відбулася 14 грудня 2016 р. у ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка». Матеріали збірника обґрунтовують актуальність інклюзивної освіти в Україні; висвітлюють актуальні питання теорії та практики, проблеми навчання і виховання, розвитку і формування особистості дитини з особливими потребами; знайомлять з формами, методами, прийомами роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах сім'ї, дошкільного навчального закладу, середнього загальноосвітнього закладу та спеціалізованого навчального закладу.

Матеріали науково-практичної конференції адресовано фахівцям з фізичного виховання, вчителям та асистентам початкових класів, вихователям дошкільних навчальних закладів, практичним психологам, викладачам та студентам вищих навчальних закладів, всім, хто працює з дітьми з особливими освітніми потребами.

УДК 376.3 / 376.4
ББК 74.589.51. я 43

*Рекомендовано до друку навчально-методичною радою
ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»
(Протокол № 4 від 28 листопада 2016 року)*

© 4ВП «Лисичанський педагогічний коледж
Луганського національного університету
імені Тараса Шевченка», 2016

ЗМІСТ

Аліфьоров Є.О.	
Інклюзивна освіта в контексті реалій сьогодення	8
Аль-Хамадані Н.Д	
Організація інклюзивного середовища в дошкільному навчальному закладі	10
Антохіна Н.В., Ковальова Л.В.	
Використання методів сенсорної інтеграції в роботі з дітьми, що мають порушення зору в умовах ДНЗ	13
Бершанская С.Н., Миньковская И.В	
Мастер-класс для педагогов «Использование нетрадиционных методов и приемов коррекционной работы с детьми с особыми образовательными потребностями»	18
Борисенко Л.Л.	
Модернізація освітньої галузі та спеціальна освіта в Україні	23
Борисенко Л.Л.	
Впровадження засобів інформаційно-комунікаційних технологій в інклюзивну освіту	26
Брюховецька О.А.	
Особливості реабілітації дітей інклюзивного середовища	28
Букій Я.В.	
Здоров'язберігаючі освітні технології. як умова формування культури здоров'я школярів	
Буряк Ю.В.	
Здоров'я української нації та шляхи його покращення	33
Водолазська О.С., Сало І.А.	
Використання здоров'язбережувальних технологій в навчальному процесі та в позакласній роботі в умовах корекційно-реабілітаційного центру	35
Георгієва Н.М.	
Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей з особливостями психофізичного розвитку шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах за методом Монтесорі	39
Заплаткіна Н.В.	
Я – цікава людина, а не інопланетянин	42
Іващенко О.Л.	
Партнерство з міжнародним Фондом TERRE DES HOMMES щодо задоволення потреб дітей з особливими потребами	46
Ігнатуша А.Л.	
Підходи до організації інклюзивної освіти на сучасному етапі	47
Киященко А.А.	
Использование снузлин-терапии для людей с аутизмом	51
Коган О.В.	
Підтримка педагога, який працює в інклюзивному просторі	54
Колодна Н.А., Муренець Л.С.	
Організація корекційно-реабілітаційного процесу в контексті навчально-виховної діяльності в умовах Рубіжанського навчально-реабілітаційного центру «Кришталік»	56
Коптева Т.С.	
Использование терапии музыкой для детей, страдающих психическими расстройствами	59
Крамарева Д.В.	
Лечебное влияние терапии музыкой	61
Крилова М.О.	
Інклюзивне виховання та навчання на сучасному етапі розвитку освіти	63
Крошка С.А.	

Історико-теоретичний аналіз відношення суспільства до осіб з особливими потребами	66
Крошка С.А.	
Підготовка майбутніх фахівців Луганщини до роботи в інклюзивному середовищі (з досвіду роботи)	69
Кулікова Т.П.	
Методи сенсорного виховання дітей з порушеннями зору.....	74
Лагутєєва А.А.	
Плавання в комплексній реабілітації та соціалізації дітей з особливими потребами та відхиленнями у стані здоров'я.....	79
Літовка О.П., Чурілова В.Є.	
Проблеми осіб з особливими потребами	81
Ляшенко В.В.	
Особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами.....	84
Ляшенко К.І.	
Застосування сучасних ІКТ у роботі з дітьми з особливими потребами	88
Манукян О.А.	
Організація корекційно-розвивального процесу в контексті навчально-виховної діяльності в умовах НРЦ «Кришталік».....	89
Мельникович В.О.	
Фізичний та психічний розвиток дітей дошкільного віку з важкими порушеннями зору	93
Міненко Г.М., Крошка С.А.	
Основні лікувальні властивості анімалотерапії	97
Осташева-Грибанова О.М.	
Емпатичне співпереживання – вроджена здатність мозку	100
Пивоварова Г.С.	
Проблема психологічної готовності вчителів до роботи з інклюзивними дітьми	103
Піменова К.Д.	
Інклюзивна освіта – сучасна модель навчання	105
Полулященко Т.Л.	
Соціальна інтеграція осіб з обмеженими можливостями в суспільство засобами фізкультурно-спортивної роботи	107
Полулященко Ю.М.	
Соціальна інтеграція осіб з обмеженими психофізичними можливостями як соціально-педагогічна проблема	111
Постоленко О.О.	
Виникнення та усунення заїкання у дітей дошкільного віку	115
Пристинська Т.М., Пристинський В.М.	
Значущість фізичного виховання у формуванні культури здоров'я учнівської молоді	118
Розувакіна О.В.	
Адаптація та інтеграція дитини з особливостями розвитку шляхом організації її навчання у загальноосвітньому навчальному закладі (з досвіду роботи).....	120
Руда Т.О.	
Інклюзивна освіта – перспектива нова	121
Руденко О.Е.	
Оздоровчо-рекреативна та реабілітаційна функція танцювальної терапії.....	124
Сапрыкина Т.Г.	
Консультаційна робота с родителями детей с трудностями в обучении.....	126
Севастьянова О.А.	
Шляхи подолання труднощів у дітей-ліворучок в процесі оволодіння грамотою.....	128
Сергєєва І.Ю.	
Методологічні основи дослідження проблеми інклюзивної освіти дітей дошкільного віку .	130
Сергієнко Н.В.	

Трудове виховання дітей з особливими потребами	131
Сидоренко Н.М.	
Особливості сімейного виховання дітей з порушенням мовлення	133
Ситькова А.В.	
Реабилитационное плавание: значение, преимущества, методика проведения	139
Сліпецький В.П.	
Соціокультурна інтеграція студентів з обмеженими фізичними можливостями засобами фізичної культури і виховання	141
Соколенко О.І.	
Адаптивна фізична культура у соціальній інтеграції осіб із обмеженнями у стані здоров'я	143
Тетюра М.В.	
Деструктивні наслідки зневажливого ставлення однолітків до дітей з ООП, засоби протидії	147
Тищенко С.В.	
Адаптована кінезіологія для інклюзивного навчання в ДНЗ.....	149
Ткаченко Ю.О.	
Особливості розвитку творчої уяви у дітей з особливими освітніми потребами.....	150
Ткачук Н.О.	
Реабілітація дітей з особливими потребами як соціальна проблема	152
Утешева Т.К.	
Проблема визначення дитячої шизофренії.....	154
Хомич О.М.	
Особливості впровадження інклюзивної освіти на сучасному етапі розвитку	158
Хутренко М.В.	
Лікувальна фізична культура для дітей з ДЦП.....	159
Чугаєнко О.В.	
Комплекс корекційно-розвиткових вправ для мозочкової стимуляції за допомогою балансируючої дошки (BALANCE BOARD) Белгау.....	163
Шевирьова Г.Г.	
Шляхи розвитку дітей з розладами аутичного спектра	166
Шевирьова І.Г.	
Культура здоров'я – залог успішної життєдіяльності людини	170
Шинкарьова О.Д., Шинкарьов С.І.	
Корекція постави учнів шкільного віку засобами оздоровчої фізичної культури	171
Шинкарьов С.І., Шинкарьова О.Д.	
Застосування сучасної системи оздоровчо-рекреативної і реабілітаційної фізичної культури	175
Шулік Д.В.	
Пріоритети та складності інклюзивної освіти.....	179
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	182
КОРИСНІ РЕСУРСИ	182
ПАЗЛ-ГЛОСАРІЙ.....	184
ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ	192

ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА В КОНТЕКСТІ РЕАЛІЙ СЬОГОДЕННЯ

Аліфьоров Є.О.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м. Лисичанськ

На сучасному етапі в Україні відкрилися нові перспективи змін у системі спеціальної освіти, що насамперед пов'язані з переосмисленням ставлення до дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Нова методологія спеціальної освіти таких дітей обґрунтована у «Концепції спеціальної освіти дітей з особливостями психофізичного розвитку в Україні на найближчі роки і перспективу» (1996), «Концепції реабілітації дітей з обмеженими фізичними чи розумовими можливостями» (1998), «Концепції державного стандарту спеціальної освіти» (1999), проекті «Державного стандарту спеціальної освіти» (2004).

У цих документах увага концентрується на гуманізації спеціальної освіти, її відкритості, створенні умов для інтеграції вихованця з особливими потребами в суспільство й водночас наголошується на необхідності активізації діяльності держави щодо соціального захисту таких дітей.

Основні характеристики інклюзивної освіти:

- визнає, що всі діти можуть учитися;
- сприймає і поважає особливості дітей;
- забезпечує відповідність освітніх структур, систем і методології потребам усіх дітей;
- є частиною ширшої стратегії розвитку інклюзивного суспільства;
- є динамічним процесом, що постійно розвивається.

Інклюзивна модель освіти передбачає участь в освітньому процесі вчителів підтримки (асистентів вчителів), які забезпечують долучення всіх дітей до загальноосвітніх занять. Це можуть бути волонтери, батьки, інструктори-практики, що надають підтримку кільком школам в одному районі. Вчитель підтримки може бути додатковим помічником у навчальному процесі і займатися з одним-трьома учнями одного або різних класів. Провідною ідеєю сучасної спеціальної педагогіки є орієнтація на ефективне використання систем та функцій, здатних узяти на себе компенсаторно-корекційне навантаження, на цілеспрямований розвиток психічних процесів, що обумовлюють рівень опанування знань, умінь і навичок та відповідну освіченість дитини, її інтеграцію в суспільство.

Навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку у школі I ступеня спрямоване на психолого-педагогічну корекцію і компенсацію відхилень у розвитку, формування початкової грамотності.

Інклюзивне навчання може здійснюватися за однією з форм:

- повна інтеграція, за якою діти з психологічною готовністю до спільного навчання зі здоровими однолітками та рівнем психофізичного розвитку, що відповідає віковій нормі, по 1-3 особи долучаються до звичайних класів (груп) загальноосвітнього (дошкільного) навчального закладу; при цьому вони мають одержувати корекційну допомогу за місцем навчання та проживання;
- «часткова інтеграція, за якої діти з особливостями психофізичного розвитку, які неспроможні на рівні зі здоровими однолітками оволодіти освітнім стандартом, лише на частину дня долучаються до загальноосвітніх класів (груп) по 1-3 особи;
- тимчасова інтеграція, за якої діти з особливостями психофізичного розвитку об'єднуються зі здоровими однолітками 2-4 рази на місяць для проведення спільних виховних заходів.
- комбінована інтеграція, за якої діти з близьким до норми рівнем психофізичного розвитку по 1-3 особи долучаються до звичайних класів (груп)

загальноосвітнього (дошкільного) навчального закладу; у процесі навчання вони постійно одержують допомогу вчителя-дефектолога (асистента вчителя);

- повна і комбінована форми інтеграції прийнятні для дітей з високим рівнем психофізичного і мовленнєвого розвитку; часткова і тимчасова доцільні для дітей з нижчим рівнем розвитку, зокрема для дітей з порушеннями інтелекту.

Умови ефективного інтегрованого навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку:

- раннє виявлення відхилень розвитку дитини та започаткування корекційної роботи, що суттєво сприяє підготовці її до інклюзивного навчання;

- правильне діагностування та наявність об'єктивних можливостей розвитку дитини (за даними психолого-медико-педагогічної консультації), зокрема можливості опанування освітнього стандарту у передбачені терміни;

- в близький до вікової норми рівень психофізичного й мовного розвитку дитини;

- психологічна готовність дитини та її батьків до навчання спільно зі здоровими однолітками;

- надання дитині кваліфікованої корекційно-реабілітаційної допомоги;

- готовність батьків надавати допомогу дитині у процесі її навчання;

- створення відповідного навчального середовища, побутових умов;

- забезпечення матеріально-технічної бази навчального закладу.

Основні інклюзивно-педагогічні компетенції, необхідні для вчителя, у класі якого є дитина з особливостями психофізичного розвитку:

- усвідомлення змін взаємодії «дитина – освітня система», що означає: школа для дитини, а не дитина для школи;

- знання психічно-соціальних особливостей дитини та її спеціальних потреб;

- знання спеціальних педагогічних методів і прийомів навчання та виховання такої дитини і вміння користуватися спеціальними технологіями;

- уміння створити команду педагогів, батьків.

Дитина з особливостями психофізичного розвитку не повинна займати особливого становища в класі, вона має почуватися природно, досягти самостійності, наскільки це можливо. Дуже важливо в інклюзивному класі створити таку атмосферу взаєморозуміння та взаємодопомоги між учнями, щоб забезпечити дитині з особливостями психофізичного розвитку можливість самоствердитися, подолати неадекватні установки та стереотипи, набути певних навичок соціальної поведінки.

Результативність навчально-виховної, корекційно-реабілітаційної і лікувально-профілактичної роботи в інклюзивному класі чи групі значною мірою залежить від скоординованості впливів усіх членів команди (керівника закладу, педагогів, лікарів, психолога, дефектолога, реабілітолога, батьків) на дітей з особливостями психофізичного розвитку, комплексного підходу до планування і реалізації корекційно-розвивальних заходів. Важливо заохочувати організацію неформальних груп підтримки серед учнів школи з метою створення простору для соціальної реабілітації дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Література

1. Дорохова Е. С. Организация инклюзивного образования в системе ДОД / Е. С. Дорохова. – Дополнительное образование и воспитание. – 2010. – № 1. – С. 27-33.

2. Иванникова О. А. Взаимодействие детей с нарушением зрения со здоровыми сверстниками в процессе их интеграции в условиях ДОУ / О. А. Иванникова. – Дошкольная педагогика. – 2010. – № 1. – С. 22-25.

3. Кравець Н. Особливості розумової працездатності школярів в умовах інклюзивної форми навчання / Н. Кравець, В. Шорохова // Рідна школа. – 2009. – № 11. – С. 52-56.

4. Красномоєць В. А. Впровадження інновацій в освіті як передумова соціального розвитку в Україні осіб з обмеженими фізичними властивостями / В. А. Красномоєць // Актуальні проблеми економіки. – 2010. – № 6. – С. 199-203.

ОРГАНІЗАЦІЯ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА В ДОШКІЛЬНОМУ НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ

Аль-Хамадані Н.Д.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Соціально-економічні зміни, які відбуваються в Україні, гуманістичний характер суспільної свідомості змінюють ставлення щодо осіб, які потребують корекції психофізичного розвитку. Одним із пріоритетних завдань державної політики є створення умов для їх повноцінної освіти, адекватно їх стану здоров'я. Однак, як свідчить практика, у нашій державі інклюзивна освіта має переважно стихійний характер, тому потребує розробки науково-теоретичних основ її складових, зокрема у дошкільній, адже саме у дошкільному віці закладаються передумови майбутньої навчальної діяльності дитини. Таким чином інклюзивна дошкільна освіта є перспективним напрямком роботи сучасного дошкільного навчального закладу.

Останнім часом зростає кількість досліджень, у яких дошкільний етап дитинства розглядається в контексті проблеми реформування системи дошкільної освіти в умовах інклюзії, а саме: світовий досвід інтегрування дітей з особливими освітніми потребами у дошкільні навчальні заклади вивчали Н. Кугуєнко, В. Шахненко, В. Шевченко; специфіка змісту, особливості навчання та підготовки до життя дітей з обмеженими можливостями (Т. Білоус, І. Дмитрієва, В. Золотоверх, І. Іванова, В. Липа, Л. Одинченко, В. Тарасун); концептуальні підходи соціально-педагогічного інтегрування дітей функціональними обмеженнями (І. Іванова, А. Капська, І. Зверева, Г. Лактіонов, Л. Марченко, Р. Овчарова, С. Пальчевський).

У дослідженнях Є. Л. Гончарової, О. І. Кукушкіної розроблено та експериментально апробовано комплексні програми ранньої психолого-педагогічної корекції відхилень у розвитку та на цій основі ранній інклюзії дитини у соціальне та загальноосвітнє середовище [2]. На думку Є. М. Калініної, у дошкільному віці інклюзивна освіта сприяє нормалізації життєвого циклу та освіти відповідно до індивідуальних можливостей та освітніх потреб, впевненості в собі та майбутньому, можливості разом зі своїми здоровими однолітками змінювати суспільну думку, а також виховання толерантності у батьків та дітей щодо спільного навчання з інвалідами. Крім того, включення вихованців у загальноосвітнє середовище у дошкільному віці сприяє вихованню покоління зі справжнім гуманним ставленням до інших людей, у тому числі із психофізичними порушеннями. Покликання педагога полягає у створенні умов для розвитку кожного вихованця з урахуванням його індивідуальних пізнавальних можливостей [1]. Тому, чим раніше почнеться робота з дитиною, яка потребує корекції психофізичного розвитку, тим будуть вищі її шанси на адаптацію та соціалізацію у суспільстві. Незважаючи на численність праць, проблема впровадження інклюзивної освіти в дошкільні навчальні заклади потребує подальшої розробки з огляду на її актуальність.

Мета статті полягає у висвітленні педагогічних умов організації інклюзивного середовища у дошкільному навчальному закладі.

Аналіз наукових джерел та практичний досвід (І. В. Белякова, В. І. Бондар, Л. С. Вавіна, В. В. Засенко, Є. М. Ішмуратова, А. А. Колупаєва, М. М. Малофєєв, Н. М. Назарова,

М. І. Нікітіна, В. Г. Петрова, В. Постовий, Б. П. Пузанов, Т. В. Сак, Т. П. Свиридюк, В. М. Синьов, Л. І. Солнцева, Н. М. Стадненко, В. В. Тарасун, О. П. Хохліна, М. К. Шеремет, Л. М. Шипіцина, М. Д. Шматко та ін.) свідчать про те, що на сучасному етапі становлення інклюзивної освіти варто спиратись на існуючий досвід інтеграції у спеціальних навчально-виховних закладах [3]. Адже тут є відповідні фахівці, створені спеціальні умови та методики, що враховують індивідуальні особливості кожної дитини. Тобто, ці заклади є своєрідним стартовим ресурсом для інклюзії. Зокрема, серед дошкільних навчальних закладів (ДНЗ) найбільш адекватними умовами для проведення цілеспрямованої роботи щодо інклюзивної освіти дітей з психофізичними порушеннями з урахуванням рівня їх індивідуального розвитку є заклади комбінованого типу, що включають звичайні та спеціальні групи дошкільної освіти. На думку фахівців, подальший розвиток інклюзивної освіти у дошкільній може передбачати створення груп для дітей означеної категорії короткотривалого та цілодобового перебування, реабілітаційних та консультативних пунктів тощо. Цьому сприяють як внутрішні (відповідність чи наближеність рівня психофізичного розвитку дошкільника віковій нормі; можливість оволодіння загальноосвітнім стандартом у передбачені терміни; психологічна готовність дитини дошкільного віку до інклюзивного навчання), так і зовнішні умови (раннє виявлення психофізичних порушень у дитини; бажання батьків навчати своїх дітей та готовність допомагати їм у процесі навчання; надання дитині ефективної кваліфікованої корекційної допомоги; створення відповідного адаптованого середовища) [4].

Важливою та невід'ємною умовою успішної соціалізації та забезпечення повноцінної участі у житті суспільства дітей, які потребують корекції психофізичного розвитку, є одержання ними освіти. Саме дошкільна освіта є першим етапом інклюзивної освіти, незважаючи на те, що включення дітей відбувається лише при спільних заходах (прогулянки, свята, екскурсії), але не в навчальному процесі. Як відомо, навчально-виховний процес дитячого садка передбачає як догляд та турботу про дітей, так і процеси їх виховання та навчання, розвиток особистісних якостей та здібностей дошкільників, корекцію їх дефіцитів у розвитку. Включення дітей, які потребують корекції психофізичного розвитку, у загальноосвітні ДНЗ змінює, перш за все, установки дорослих на дітей — у кожного з них є особливі освітні потреби, які до цього часу нівелювались у педагогічній практиці, адже керувати вихованцями однієї категорії (з нормативним розвитком чи з психофізичними порушеннями) набагато простіше. Тому, щоб професійно вирішувати проблеми освіти таких дітей, потрібно створювати однакові умови кожному з них, враховуючи їх індивідуальні особливості [2].

Таким чином, на основі аналізу науково-теоретичних досліджень та практичного досвіду нами визначено наступні умови інклюзивної освіти дітей дошкільного віку, які потребують корекції психофізичного розвитку:

- створення в дитячому садку адаптованого інклюзивного середовища, що забезпечує повноцінне включення та особистісну самореалізацію дошкільників, які потребують корекції психофізичного розвитку;
- усвідомлення дотримання цілей навчання та виховання вихованців, які потребують корекції психофізичного розвитку, шляхом реалізації доступності дошкільної освіти через інтеграцію дітей, які не відвідують дитячий садок, та їхніх батьків в освітнє середовище ДНЗ;
- наявність відповідного кадрового забезпечення інклюзивної освіти (педагог-психолог, вихователь-логопед, музичний керівник, вихователь, інструктор з ЛФК, лікар, медсестра-масажист) з систематичним підвищенням кваліфікації;
- організація служби психолого-медико-педагогічного супроводу дошкільників, які потребують корекції психофізичного розвитку (її діяльність спрямована не лише на вивчення причин виникнення психофізичних порушень, але визначення індивідуального

освітнього маршруту дитини, а також організацію корекційної роботи з дітьми через спільну діяльність фахівців та вихователів);

- моніторинг результатів інклюзивної освіти, який передбачає динамічну оцінку розвитку та навчання дошкільників із психофізичними порушеннями; практика, досвід, перспективи

- матеріально-технічне обладнання процесу інклюзивного навчання — для забезпечення можливостей безперешкодного доступу дітей із психофізичними порушеннями до загальноосвітніх закладів (наявність пандусів; спеціально обладнаних навчальних місць, навчально-реабілітаційне та медичне обладнання тощо);

- реалізація індивідуального та диференційованого підходів у навчанні дошкільників із різним рівнем розвитку (полягає у тому, що навчальні завдання виконуються всіма дошкільниками, але ступінь їх складності, способи дій та міри допомоги різні по відношенню до дітей з психофізичними порушеннями);

- робота з батьками (соціально-педагогічне консультування, індивідуальні бесіди, рейдові відвідування умов проживання, малі педагогічні наради тощо);

- взаємодія з громадськими організаціями;

- організація спільних заходів для дітей із нормативним рівнем розвитку та їхніх однолітків, які потребують корекції психофізичного розвитку, з метою їх активного включення у життя дитячого колективу ДНЗ через дозвілєву (прогулянки, спортивні змагання, гуртки), художню (виступи, виставки, творчі конкурси тощо), громадську (виготовлення подарунків, сувенірів тощо), трудову діяльність (озеленення та благоустрій території дитячого садка тощо);

- рівень готовності дошкільників із психофізичними порушеннями до школи.

Отже, аналіз відповідних публікацій досліджень показав, що інклюзивна освіта – це спеціально організована взаємодія педагогів з дітьми із психофізичними вадами та нормативним рівнем розвитку (Н. В. Борисова, М. Кінг-Сірс, І. І. Лошакова, М. М. Малофеев, Л. М. Шипіцина, Є.Р.Ярська-Смірнова), яка передбачає використання організаційних (нормативно-правова база, комплексна діагностика, поетапне включення дітей із особливими освітніми потребами у загальноосвітній навчальний заклад) та педагогічних умов навчання (створення адаптивного освітнього середовища, психолого-медико-педагогічний супровід, формування інклюзивної культури у дітей, педагогів та батьків). Однак, найважливішим є те, що в умовах інклюзивної освіти діти, батьки, педагоги вчать сприймати кожного таким, яким він є насправді. Адже, як свідчить практика, спільне навчання створює передумови формування нового суспільства — толерантного, здатного розуміти та сприймати кожного.

Література

1. Гречко Л. М. Психологічний супровід дітей молодшого шкільного віку з вадами психофізичного розвитку в умовах інтегрованого навчання: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.08 / Інст спец. педагогіки АПН України: К., 2008. — 20 с.

2. Кугуєнко Н.Ф. Світовий досвід інтегрування дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітні навчальні заклади / Н.Ф. Кугуєнко // Джерело педагогічних інновацій – управління освіти. – Режим доступу : http://teoriapractica.ru/rus/files/arhiv_zhurnala/2012/3/pedagogika/egorov.pdf

3. Хамініч С.Ю., Переверзева О.В. Інклюзивна освіта в контексті інноваційного розвитку України / С.Ю. Хамініч, О.В. Переверзева. – Режим доступу : http://confcontact.com/2013_03_15/35_Haminich.htm.

4. Шестакова Е. В., Сорокіна Т. В. Возможности инклюзивного образования [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://sibac.info>.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ СЕНСОРНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ В РОБОТІ З ДІТЬМИ, ЩО МАЮТЬ ПОРУШЕННЯ ЗОРУ В УМОВАХ ДНЗ

Антохіна Н.В., Ковальова Л.В.

*Лисичанський дошкільний навчальний заклад
(ясла-садок) №5 «Усмішка»*

м.Лисичанськ

Зазвичай діти від природи "запрограмовані" на навчання і розвиток. Вони постійно вивчають і досліджують навколишній світ, перероблюючи інформацію, що поступає до них, і отримуючи таким чином знання про світ і про себе.

Для дітей з особливими потребами, зокрема, для дітей з порушеннями зору все відбувається дещо інакше. Щоб вчитися і розвиватися, усім їм в більшій або меншій мірі потрібна додаткова стимуляція, допомога, підтримка, а також організація спеціального навколишнього простору.

Якщо звичайна дитина, навчаючись, використовує усі канали сприйняття: зір, слух, нюх, дотик, пропріорецептивну (пізню) чутливість, смакову чутливість, то дитина, у якої є порушення тієї чи іншої системи сприйняття, яка має відхилення у розвитку навчається зовсім інакше. Вона адаптується до своїх обмежених можливостей і у пізнанні нового може нерівномірно використовувати канали сприйняття: перевантажуючи один канал (наприклад, слух), зовсім не використовувати інший (зір, дотик чи ін.).

У міру дорослішання дитина розвиває здатність адекватно сприймати, модулювати і розрізняти сенсорну інформацію. Завдяки ефективній обробці цієї інформації формуються правильна регуляція емоцій, соціальні навички, ігрові навички, ефективна дрібна і велика моторика.

Щоб освоїти усю інформацію, дитині доводиться підключати компенсаторні механізми, що часто призводить до перенапруження організму. І, як наслідок, замість адаптивної (соціально сприйнятної, очікуваної) поведінки дитина демонструє компенсаторний тип поведінки, який може виражатися наприклад, в агресії, СДВГ й ін. Проблеми в сфері сенсорної інтеграції можуть негативно впливати на здатність дитини правильно виконувати завдання, координувати рухові реакції, планувати послідовність завдань, розвивати соціальні навички, виконувати роботу в групі, розвивати навички самообслуговування, брати участь в житті сім'ї.

Згідно з різними дослідженнями 40-80% дітей і 3-11% дорослих з порушеннями розвитку мають ті чи інші проблеми в сфері сенсорної інтеграції (Баранек и др., 2002; Баранек, Фостер и Берксон, 1997).

Крім того, дефіцитарність у сфері сенсорної інтеграції мають 10-12% із загальної популяції людей, що не мають будь-яких специфічних діагнозів (МакІнтош, Міллер, Шиу, Хагерман, 1999).

Сенсомоторний розвиток дитини починається ще в перинатальний період. І активно триває в перші 6-7 років життя. Потрібно особливо зупинитися на тому, що спочатку йде відчуття, потім сприйняття і тільки потім - дія: «Не можна робити те, що не відчув» (Джин Айрес). А розвиток інтелекту визначає моторний розвиток людини в перші роки життя. Тому ми говоримо саме про сенсомоторний розвиток.

Діти - дошкільники з порушеннями зору недостатньо володіють своїми органами чуття. Вони не вміють ще сприймати навчальний матеріал, вдивлятися в нього, розглядати, вслуховуватися, виділяти кольорові, смакові, слухові властивості, часто задовольняються першими враженнями. а це призводить до неповного, неточного. а то й помилкового сприймання. Таким чином, є всі підстави стверджувати, що у розвитку пізнавальної діяльності дітей з патологією зору слід особливу увагу звернути на формування способів і прийомів сенсорного сприймання.

Сенсорика (від лат. *sensus*, «сприйняття») — категорія, що описує безпосереднє сприйняття відчуттів, зовнішніх впливів.

Сенсорна інтеграція - це процес, під час якого нервова система людини отримує інформацію від рецепторів всіх почуттів (дотик, вестибулярний апарат, відчуття тіла або пропріоцепція, нюх, зір, слух, смак), потім організовує їх і інтерпретує так, щоб вони могли бути використані в цілеспрямованій діяльності.

Метою терапії сенсорної інтеграції є надання такої кількості відповідних сенсорних, вестибулярних, пропріоцептивних і тактильних стимулів, щоб створити умови для нормальної роботи центральної нервової системи.

Творцем методу сенсорної інтеграції є Джин Айрес, науковий співробітник Південно-каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі.

Саме у роботі з дітьми, що мають особливі потреби (зокрема, порушення зору) доцільно використовувати метод сенсорної інтеграції або його елементи.

Це можуть бути елементи методу М. Монтесорі, сухий душ, сухий басейн, сенсорні доріжки, аплікації з пластиліну або мозаїка з круп і інших матеріалів; робота з солоним тістом, кінетичним або звичайним піском.

Особливо корисним і зручним у роботі в рамках сенсорної інтеграції ми вважаємо використання т. зв. сенсорних коробок. Вони певним чином комбінують використання безлічі різноманітних сенсорних стимулів з певним дидактичним, розвивальним змістом. Вважається, що вперше сенсорні коробки запропонувала використовувати М. Монтесорі.

Сучасний світ пропонує нам безліч можливостей для розвитку дитини як в ДНЗ, так і вдома. Використання перелічених матеріалів можна з легкістю «приспосувати» до реальності (можна використовувати те, що є під рукою: пісок, крупи, камінчики, листя й ін.) й мети роботи (можна зробити акцент на розвиток мислення й інших пізнавальних процесів, або сконцентруватися на розвитку саме зорового сприйняття, чи скомпонувати ці цілі в одному занятті).

Дуже зручно використовувати методи сенсорної інтеграції при проведенні бінарних занять (психологом і дефектологом, логопедом, вихователем, музичним керівником й ін.).

Бінарне заняття (у парі психолог-дефектолог)

«Подорож у чарівний ліс»

Мета: збереження і зміцнення психофізіологічного та емоційного здоров'я дітей, поліпшення зорово-моторної координації, полегшення сенсорної інтеграції (взаємозв'язок і взаємовплив органів почуттів), розвиток основних психічних процесів і функцій (мислення, зорове і тактильне сприйняття, відчуття, пам'ять, мова і т. д.) за допомогою мультисенсорного середовища.

Завдання:

- 1) профілактика психофізичних і емоційних навантажень;
- 2) створення позитивного емоційного стану;
- 3) розвиток зорово-моторної координації;
- 4) формування сприйняття кольору, звуку, погодженості рухів власного тіла;
- 5) розвиток психічних процесів;
- 6) розвиток позитивного спілкування дітей і взаємодії один з одним.

Вік: заняття призначене для роботи з дітьми старшого дошкільного віку.

Особливості проведення: проводити дане заняття повинні два фахівця - психолог і вчитель-дефектолог. Можлива заміна одного з них вихователем або логопедом.

Матеріали: сухий душ; сенсорні доріжки з масажними елементами (колючі килимки, каміння, гудзики), схеми зі вказівками руху для дітей, предмети-дарунки різного розміру (гриби, шишки, жолуді), розміщені на різній висоті; музичний супровід (будь-яка спокійна, тиха мелодія; можна запис звуків природи); зображення лисички, олівці для всіх дітей; набір кульок з зображеннями емоцій, настрою (радість, сум, злість); 2 сенсорні коробки з сухими наповнювачами (пісок або фарбований рис; шматочки кухонних мочалок чи ін.), набір

фігурок тварин; розрізні картинки (зображення лісних тварин), картки з зображенням контурів тварин.

Примітка: У сенсорної коробці можна розмістити предмети різної форми і фактури - з ворсу, тканини, дерева, пластмаси і т.п. Обмацуючи їх, дитина вчиться розрізняти різні властивості предметів: теплий - холодний, м'який - жорсткий, круглий - квадратний. Поліпшується зорово-моторна координація і чутливість кінчиків пальців. Вони дають можливість освоєння нових відчуттів, що особливо важливо для дітей з порушеннями зору.

Хід заняття

1. Ритуал вітання.

Діти вітаються з психологом і дефектологом.

Психолог: Доброго дня, діти! Дуже рада Вас всіх бачити сьогодні! Який у вас зараз настрій?

Давайте всі візьмемося за руки і побажаємо один одному гарного настрою на весь день!!!

Дефектолог: Сьогодні ми отримали лист від мешканців чарівного лісу. Вони запрошують нас до себе в гості. І щоб ми могли там все добре роздивитись, підготуємо наші очі і зробимо зорову гімнастику.

2. Зорова гімнастика «Прогулянка до чарівного лісу»

Мета: тренування та укріплення м'язів органів зору, покращення кровообігу очей, розвиток рухливості зорового апарату, допомогти мозку переробити інформацію, отриману через органи зору.

Хід вправи: Діти разом з дефектологом повторюють слова вправи і роблять відповідні рухи очима.

Ми прийшли в чарівний ліс (кроки по групі)

Чудеса чекають скрізь (підняти руки через сторони вгору, подивитись на них)

Праворуч – ялинка зелена стоїть (відвести праву руку, слідкувати очима за її рухом)

Ліворуч калина червона тремтить (відвести ліву руку, слідкувати очима за її рухом)

Листочки в небі кружляють (колові рухи очима)

На землю красиво лягають (рухи очима вгору - вниз)

У лісі краса і спокій (заплющити очі)

Вітає маляток осінь! (поморгати очима)

Психолог: Давайте вирушимо у казкову, чарівну подорож!

Діти: Давайте!!!

3. Вправа «Сухий душ»

Мета: розслаблення мимічних м'язів обличчя, створення настрою на заняття.

Матеріали: сухий душ.

Хід вправи:

Дефектолог: В чарівний ліс можна потрапити крізь веселкову браму. Пам'ятайте, що проходячи крізь неї, вам потрібно доторкнутись обличчям як до найбільшої кількості різнокольорових стрічок.

Психолог: Проходячи під стрічками, відчуйте, як різнокольорові струмені торкаються вашого обличчя і рук. Всі печалі, образи, нудьга і смуток залишаються позаду. А ви заряджаєтеся бадьорістю, активністю, радістю.

Дефектолог: Якого кольору стрічки ви помітили? Який колір ваш улюблений? Чому?

Психолог: Отже, ми потрапили в ліс, але не в звичайний, а казковий. Жителі цього казкового лісу просять вас про допомогу. Необхідно їм допомогти розгадати загадки і розчаклувати жителів. Будуть на нашому шляху різні перешкоди і, долаючи кожну з них, ви будете трошки допомагати тваринкам цього лісу.

4. Вправа «Сенсорна доріжка»

Мета: масаж стоп, розвиток мислення, зорової координації, гостроти зору орієнтування у просторі.

Матеріали: сенсорні доріжки з масажними елементами (колючі килимки, каміння, гудзики і т. ін.), схеми зі вказівками руху для дітей, предмети-дарунки різного розміру (гриби, шишки, жолуді й ін.), розміщені на різній висоті.

Хід вправи:

Дефектолог: До чарівного лісу ведуть три дороги, і щоб ми не заблукали, його мешканці намалювали нам схеми руху по кожній з них. Рухатись треба у напрямку відповідно до стрілок (роздивляються схеми і розбирають, як треба йти). А по дорозі будемо збирати дарунки для мешканців (гриби, шишки, жолуді тощо).

Примітка: при виконанні цієї вправи діти діляться на три команди відповідно діагнозу та зорового навантаження. Наприклад, діти з діагнозом збіжна косоокість збирають дарунки, які розташовані трохи вище рівня очей, діти з діагнозом розбіжна косоокість збирають дарунки розміщені на підлозі. Діти з дуже низькою гостротою зору збирають найбільш крупні «дарунки».

5. Психогімнастика «В лісі»

Мета: забезпечення атмосфери довіри, зняття емоційного напруження, розвиток вольової саморегуляції, самоповаги тощо.

Матеріали: музичний супровід (будь-яка спокійна, тиха мелодія; можна запис звуків природи).

Хід вправи:

Примітка: вправу проводять під музичний супровід.

Психолог: Ось ми і потрапили до чарівного лісу.

У лісі ростуть високі дерева. Покажіть, які? А під ними ростуть кущі. Вони не такі високі. А які? Покажіть. А під кущами росте трава, мох. Покажіть, яка низька трава, а мох ще нижче.

(Діти показують рухами висоту дерев, чагарників, трави.)

Яким деревом Ви б хотіли бути? Покажіть його. Уявіть, що подув вітер. Пішов дощ.

Яскраво світить сонце. Який чудовий ліс !!!!

6. Вправа «Розрізні картинки»

Мета: розвиток зорового сприйняття; наочно-образного та наочно-дійового мислення.

Матеріали: розрізні картинки (зображення лісних тварин).

Хід вправи:

Дефектолог: Розкажіть мені як ви добрались до цієї галявині, що бачили по дорозі і що принесли? А чому нас ніхто не зустрічає? Мабуть щось трапилось з мешканцями лісу, або вони заховались? Але ми не знаємо, кого нам треба шукати? В цьому нам допоможуть портрети, які були у листі. Однак їх треба зібрати (діти збирають розрізні картинки і називають тварин, яких треба знайти).

7. Робота з сенсорними коробками

Мета: розвиток тактильного і зорового сприйняття; полегшення сенсорної інтеграції; тренування зорово-моторної координації і чутливості кінчиків пальців, розвиток дрібної моторики пальців рук, зняття психічної напруги, створення позитивного психологічного контакту між дітьми.

Матеріали: набір кульок з зображеннями емоцій, настрою (радість, сум, злість); 2 сенсорні коробки з дрібними наповнювачами (фарбований рис; шматочки кухонних мочалок тощо), набір фігурок різнокольорових чоловічків (можна замінити наборами тварин).

Хід вправи:

Дітям пропонується розділитися на 2 групи і підійти до столів, на яких розташовані сенсорні коробки. За одним столом з дітьми працює психолог, а за іншим – дефектолог. Виконавши завдання одного спеціаліста, діти переходять до іншого столу.

Перелік завдань психолога при роботі з сенсорною коробкою:

1) Діти повинні по черзі підійти до коробки і з заплющеними очима доторкнутися до її вмісту. Відповісти на питання: «Що відчувають ручки? Холод? Тепло? Чи приємні ці відчуття?»

2) Дітям пропонується знайти кульку в коробці. На кульках – зображення різних настроїв, емоцій. Діткам необхідно назвати, яку кульку вони витягнули, і, якщо вона не відповідає сьогоdnішньому стану, пошукати в коробці іншу, підходящу. Потім діти показують обраний настрій (емоцію) за допомогою обличчя (посміхнутися, або показати зле/сумне обличчя). Якщо хтось з дітей обирає негативну емоцію, необхідно підбадьорити цю дитину, запропонувати усім поділитися з нею своїм гарним настроєм (погладити, посміхнутися, сказати щось приємне).

3) Дітям пропонується знайти та відкласти всі «зайві» (тверді) предмети, що сховані у коробці. Можна розділити дітей на 2 команди, влаштувати змагання «Хто знайде більше?». Або можна сортувати знайдені предмети за певними категоріями (кульки з зображеннями емоцій ми складаємо в одну коробочку, зображення тваринок – в іншу).

4) Коли у коробці залишився тільки основний наповнювач, діти стають навколо коробки і набирають якомога більше його у кулачки, сильно стискаючи їх.

5) Усі разом діти ховають ручки на дні коробки і намагаються «подружитися» ручками: погладити ручки один одного, порахувати пальчики, насипати наповнювача на ручки один одному, намагаються зробити приємне один одному. Якщо дії інших дітей приємні для дитини, вона повинна показати це мімікою, посміхнутись, погладити у відповідь. Якщо не приємні – намагатиметься відсторонитися (це завдання діти виконують обов'язково мовчки).

6) Наприкінці роботи з сенсорною коробкою діти беруться за руки і повільно підіймають їх вгору, знову опускають, розгойдують. Стоячи у колі, діти з психологом промовляють слова віршика:

Якщо друг у тебе є,
Життя радісним стає.

Разом можна все зробити,
Тож без друга не прожити.

Перелік завдань дефектолога при роботі з сенсорною коробкою:

1) Кожній дитині уважно подивитися на вміст коробки, доторкнутися. Виконати вправу «Долонька, кулачок, ребро» Відповісти на питання: Якого кольору зерна в коробці?

2) Розложити зерна у тарілки відповідного кольору. Можна відібрати певну кількість зернят, тоді краще зерна розташовувати на картку з намальованими доріжками (покласти на верхню доріжку 10 червоних зернят і т. п.), порівняти їх кількість.

3) З заплющеними очима опустити руки в коробку (усім разом) і не відкриваючи очей зробити припущення, що чи хто в ній схований.

4) Кожному учаснику по черзі покласти руки в коробку і знайти там якусь тваринку. Не відкриваючи очей, намагатись вгадати її.

5) Уважно подивитись на «своїх» і «чужих» тваринок і сховати їх у коробці.

6) По завданню дефектолога необхідно знайти певну тваринку в коробці, не відкриваючи очей.

7) Виконати вправу «Розклади по контуру» (розкласти зерна по намальованому контуру тварин, можна зерна приклеїти).

8. Вправа «Штрихування»

Мета: розвиток дрібної моторики, координації «око-рука», уваги тощо.

Матеріали: зображення лисички, олівці для всіх дітей.

Хід вправи:

Дефектолог: Подивіться уважно: всі тварини, чий портрети ми зібрали, знайшлись? Скільки портретів? Скільки тварин? Кого не вистачає? Річ у тому, що лисичку посадили у клітку і ми зможемо її звільнити, якщо правильно і акуратно заштрихуємо її (діти штрихують зображення лисички).

9. Підсумок заняття. Рефлексія «Душ перетворень»

Мета: рефлексія, узагальнення проведеного заняття.

Матеріали: сухий душ, музичний супровід.

Хід вправи:

Дефектолог: Всі мешканці чарівного лісу знайдені, і нам пора вже залишати цей чудовий ліс.

Примітка: Кожній дитині вправу необхідно виконати індивідуально, по черзі проходячи під сухим душем. Бажано проводити вправу під спокійний, тихий музичний супровід (класична музика або звуки природи).

Психолог: «Встань під душ, закрив очі. Зараз на тебе впаде невидимий чарівний пил, і ти можеш згадати якесь одне бажання. І якщо ти дійсно сильно хочеш, щоб воно здійснилося, то так воно і буде. Отже, загадав? Виходь. Покажи, який ти! Як ти себе почуваш? Чи сподобалося тобі заняття? Що в занятті тобі сподобалося найбільше? »

Використані джерела

1. Жерлыгина М. С. Психологическое занятие в сенсорной комнате. Тема: "Здоровье" <http://festival.1september.ru/articles/621479/>.

2. Sensory Boxes <http://www.iloveaba.com/2011/09/sensory-boxes.html>.

3. Єрмаков В.П., Якунін Г.А. Развитие, виховання і навчання дітей з порушеннями зору.- М.: Просвіта, 1990.

4. Навчання і корекція розвитку дошкільників з порушенням зору: Метод. посібник.: Освіта, 1995.

МАСТЕР-КЛАСС ДЛЯ ПЕДАГОГОВ «ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ И ПРИЕМОВ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ»

Бершанская С.Н., Миньковская И.В.

Горская обласная специализированная школа-интернат

г.Горское

Цель: ознакомить педагогов с эффективными приемами и методами современной коррекционной педагогики.

Задачи:

- поделиться опытом коррекции мелкой моторики пальцев рук посредством использования шариков «Орбис», синельной проволоки, конструктором «Бамчемс»;
- дать понятие «мнемотехника», раскрыть актуальность, познакомить с особенностями, принципами, технологиями, этапами работы с мнемотаблицами;
- дать рекомендации по использованию нетрадиционных методов и приемов коррекционной педагогики.

Оборудование: мультимедийная установка, презентация, сенсорная коробка с шариками «Орбис», синельная проволока, конструктор «Бамчемс», мнемотаблицы с тактильными панелями.

Ожидаемые результаты: получение педагогами представлений о нетрадиционных методах и приемах коррекционной педагогики, внедрение в образовательный процесс нетрадиционных методов и приемов коррекции мелкой моторики пальцев рук, коррекции и развития связной речи.

Ход мастер-класса:

Кто постигает новое, лелея старое, тот может быть учителем.

Конфуций

Горская школа-интернат работает с детьми с особыми образовательными потребностями и эти дети, нуждаются в получении специальной психолого-педагогической помощи и организации особых условий при их воспитании и обучении. Коррекционная педагогика опирается на ряд принципов, в соответствии с которыми педагоги строят коррекционно-развивающие программы для обучения и воспитания детей данной категории. Мы делаем ударение на необходимости обеспечения дополнительной поддержки в обучении детей, которые имеют определенные особенности в развитии. Такая стратегия призвана обеспечить социализацию ребенка, т.е. способствовать достижению конечной цели обучения и воспитания ребенка с отклоняющимся развитием – преодолению его социальной недостаточности, максимально возможному введению его в социум, формированию у него способности жить самостоятельно.

Многие коррекционные учреждения, идущие в ногу с современными тенденциями образования, ищут новые личностно-ориентированные подходы в образовании. Сегодня многие педагоги озабочены поиском новых, не традиционных путей в образовательной и коррекционной системе. Как сделать каждое занятие с ребенком интересным, увлекательным, а главное эффективным? Как воспитать и развивать его основные способности: видеть, слышать, чувствовать, понимать, фантазировать, придумывать? Как подойти к обучению не традиционно, а значит оригинально и необычно, просто и ненавязчиво, легко и играючи? Этим вопросом задается, практически, каждый педагог, любящий свое дело и желающий помочь ребенку, преодолеть трудности в обучении и социализации. Ответом на эти вопросы является нетрадиционные методы и приемы в коррекционно-образовательной работе, которые тесно переплетаются с традиционными и создают единую модель успешного образовательного процесса.

Современная наука доказала, что двигательные импульсы рук влияют на формирование речевых зон и положительно действуют на кору головного мозга ребенка. Источник развития психических процессов, как у нормальных, так и у умственно отсталых детей – практическая деятельность. Поэтому в основе овладения знаний и коррекционной работы лежит практическая работа.

То, что я слышу, я забываю.

То, что я вижу, я запоминаю.

То, что я делаю, я понимаю.

Предлагаем Вашему вниманию пример не традиционных методов и приемов коррекционной работы с детьми с особыми образовательными потребностями.

Гидрогелевые шарики «Орбис»

Гидрогелевые шарики - это прежде всего обучение и развитие моторики через игры и веселье. Так как же превратить шарики Орбис в обучающую игрушку для малыша? Мы предлагаем вам сделать сенсорную коробку!



Варианты игр с шариками «Орбис» для развития моторики у детей

1. Игра «Собери ягоду» (предложите ребенку собрать все «вишенки» - красного цвета, ягоды «голубики» - синего цвета, ягоды «облепихи» - оранжевого цвета и т. д.)
2. Игра «Домики».
3. Игра «Собери бусы» (ребенок «собирает» бусы по заданной схеме: 1- красная, 2 зеленых и т. д.
4. Игра «Прокати по дорожке» (дыхательная гимнастика).
5. Игра «Поиск сокровищ»
6. Изучение цветов с шариками «Орбис»
7. Сенсорная коробочка с шариками «Орбис»



Сенсорная коробочка с шариками «Орбис» - это многофункциональная помощница для занятий с детками с особыми потребностями. Мы представили лишь часть игр на развитие мелкой моторики пальцев рук и связной речи. Каждый творческий педагог может дополнить список коррекционных игр, использовать те игры, которые более приемлемы ему, учитывая особенности дефекта и этап психо-физического развития ребенка .

Следующий предмет, с которым мы Вас хотим познакомить – это синельная проволока и конструктор «Банчемс».

Синельная проволока – это гибкая пушистая проволока. Конструктор «Банчемс» - это пластмассовые шарики-репешки с множеством щетинок, которые легко крепятся друг к другу. И синельную проволоку, и конструктор «Банчемс» можно применять как в процессе обучения, так и в процессе развития творческих способностей. К тому же, эти поделки можно разбирать и в следующий раз делать другие.

И синельная проволока, и конструктор «Банчемс» развивают тактильно-кинестическую чувствительность и мелкую моторику рук; снимают мышечную напряжённость; стабилизируют эмоциональные состояния, поглощая негативную энергию; развивают творческие действия.

Представляем Вашему вниманию некоторые игры с синельной проволокой и конструктором «Банчемс».

На начальном этапе предложите ребенку игру «Проложи дорожку» . Пусть с помощью намеченной траектории ребенок проведет кошечку к молочку или собачку в будку. Это упражнение для развития сенсорно-моторной координации. Кроме того оно помогает ребенку овладеть пространственным ориентированием; знакомит его с видами линий, благодаря этой игре у ребенка развивается глазомер, формируются навыки усидчивости.

Предложите ребенку соединить два предмета одного цвета (формы). Так Вы познакомите его с цветом (формой), научите объединять предметы по общему признаку.

Познакомьте ребенка с названием пальчиков: накрутите «радужных червячков» на пальцы и проведите упражнения для коррекции мелкой моторики без речевого сопровождения «Пальчики здороваются».

Во время изучения лексических тем сконструируйте с ребенком по силуэту или образцу, воображению транспорт, птиц, животных и т. д. Поиграйте с получившимися предметами: предложите ребенку назвать предмет, его назначение, возможно звукоподражание (оживите игрушку).

Во время обучения грамоте и письма, помогите ребенку запомнить графический образ буквы. Предложите ему смастерить букву из синельной проволоки или конструктора. Обозначьте начало прописной буквы красным цветом. Это упражнения способствуют не только усвоению графического образа изучаемых букв, но и развитию тактильного восприятия.

Используйте синельную проволоку и конструктор «Банчемс» в творчестве. Из них получаются отличные поделки!

Синельная проволока, ровно так же, как и конструктор «Банчемс», практически, сразу покорила детей. Мягкая, приятная в работе, податливая к сгибанию синельная проволока и необычные шарики-репашки - это яркие помощники в коррекции мелкой моторики пальцев рук, развитии речи и творческих способностей детей.

Вторая часть мастер-класса посвящена развитию связной речи и тактильных ощущений посредством мнемотехники.

«Учите ребёнка каким-нибудь неизвестным ему пяти словам – он будет долго и напрасно мучиться, но свяжите двадцать таких слов с картинками, и он усвоит их на лету»

К. Д. Ушинский

Количество детей с речевой патологией имеет тенденцию к увеличению. Речевые нарушения негативно влияют на развитие умственных способностей, на адекватность поведение и социализацию ребенка в обществе.

Актуальность проблемы стимулирует постоянный поиск новых идей и технологий, позволяющих оптимизировать коррекционную логопедическую работу.

Детям-логопатам свойственно первичное или вторичное нарушение фонематического восприятия, слухового внимания и памяти, которая обеспечивает процесс запечатления, сохранения и воспроизведения того, что мы видим, слышим, думаем, делаем и т. д.

Для улучшения памяти, а через неё мышления (ведь именно они тесно связаны с полноценным развитием связной речи), необходимо воспитывать у детей приемы запоминания и припоминания. В этом-то и помогает мнемотехника и тактильные тренажеры.

Использование мнемотехники (в переводе – «искусство запоминания») как системы различных приемов обеспечивает запоминание и увеличение объема памяти путем образования дополнительных ассоциаций. Тактильные тренажеры развивают тактильную память через ощущение от прикосновения к различным предметам и ассоциации их в детском сознании с чем-то, что ребёнок уже знает и помнит.

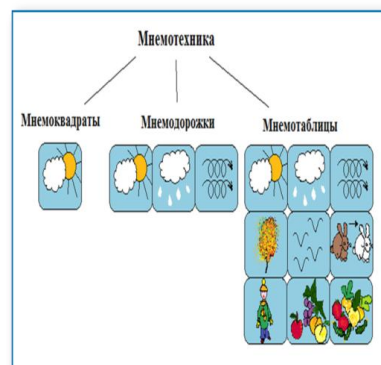
Мнемотехника - в переводе с греческого - «искусство запоминания». Это система методов и приемов, обеспечивающих эффективное запоминание, сохранение и воспроизведение информации.

Как любая работа, мнемотехника строится от простого к сложному. Необходимо начинать работу с простейших мнемоквадратов, после чего переходить к мнемодорожкам и мнемотаблицам.

Мнемотаблица - это схема, в которой заложена определенная информация. Суть мнемосхемы заключается в следующем: на каждое слово или словосочетание придумывается картинка (изображение); таким образом весь текст зарисовывается схематически. Глядя на эти схемы-рисунки, ребенок легко пересказывает и запоминает информацию.

Принципы работы с мнемотаблицами:

1. Рассматривание таблиц и разбор, изображенных на них символов.
2. Преобразование символов в образы.
3. Пересказ при помощи символов.



Мнемотаблицы эффективны как при разучивании стихов, скороговорок, загадок, так и при пересказе текстов и составлении описательных рассказов.

Для эффективной коррекционной работы я использую тактильные книги-тренажеры по всем временам года, где при помощи ощущений от прикосновения к различным предметам и дополнительных ассоциативных связей значительно улучшаются результаты коррекционной работы с детьми с нарушениями речи, а при помощи тематических мнемотаблиц, развиваю связную речь, коррегирую память, внимание и мышление учащихся.



Они включают в себя:

1. Мнемотаблицы и мнемодорожки по временам года, с помощью которых дети составляют свои рассказы, учат стихи:

2. Тактильные панели.

Страница разделена на сектора, все сектора разные на ощупь с различным природным материалом (скорлупа яиц, спички и гвоздики, кора и почки деревьев, перья, нитки и шнурки, тонкие веточки и т.д.). Все материалы сочетаются с каждым временем года.

Мнемотехника помогает развивать:

- Ассоциативное мышление;
- Зрительную и звуковую память;
- Зрительное и слуховое внимание;
- Воображение;
- Связную речь;
- Мелкую моторику рук.

Использование мнемотаблиц и тактильных тренажеров в течение обеспечивает следующие результаты в работе с детьми:

- с помощью условных обозначений на мнемодорожках и мнемотаблицах расширяются знания о характерных особенностях не только времен года, но предметов и явлений окружающего мира;

- расширяется словарный запас;
- развивается умение понимать и составлять тематические рассказы при помощи графических аналогий; появляется желание пересказывать-ребенок понимает, что это совсем не трудно;

- заучивание стихов превращается в забавную игру;
- формируется артикуляционный праксис;
- развиваются психические процессы (различные виды памяти, внимание, мышление);



- значительно развиваются у детей умственная активность, сообразительность, наблюдательность, умение сравнивать, выделять существенные признаки;
- воспитывается у детей любовь к природе;
- сокращает время запоминания.

Данная работа способствует подготовке формированию у детей одной из ключевых компетенций – владение устной коммуникацией, так необходимой для адаптации их в современном информационном обществе.

В завершение хотелось бы цитировать ученого и философа Эразма Роттердамского: «Большое несчастье, когда приёмы учителя отбивают у ребёнка всякую охоту к знаниям, прежде чем он может понять разумные основания, по которым он должен любить их.» . И всем нам пожелать творческих успехов, вдохновения, чтобы все наши приемы и методы были только интересными, только эффективными и только такими, что побуждают наших учеников к процессу получения знаний и умению применять их в современном обществе.

«Большое несчастье, когда приёмы учителя отбивают у ребёнка всякую охоту к знаниям, прежде чем он может понять разумные основания, по которым он должен любить их»

З. Роттердамский

Использованная литература

1. Режим доступа: <http://nsportal.ru/vuz/pedagogicheskie-nauki/library/2012/09/04/ispolzovanie-mnemotablits-i-taktilnykh-trenazherov-v>.
2. Режим доступа: <http://www.maam.ru/detskijasad/vystuplenie-i-prezentacija-natemu-mnemotehnika-odin-iz-yefektivnyh-metodov-i-priemov-v-rechevom-razviti-detei.html>
3. Режим доступа: <http://www.maam.ru/detskijasad/konspekt-master-klas-ispolzovanie-priemov-mnemotehniki-dlja-razvitiya-rechi-detei-doshkolnogo-vozrasta.html>
4. Режим доступа: <http://dopobr.68edu.ru/archives/8999>
5. Режим доступа: <http://diodaoshop.ru/instruktsiya-po-primeneniyu-sharikov-orbeez-orbis>.

МОДЕРНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОЇ ГАЛУЗІ ТА СПЕЦІАЛЬНА ОСВІТА В УКРАЇНІ

Борисенко Л.Л.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

Українське державотворення на сучасному етапі характеризується глобальним реформуванням усіх сфер соціального життя. Ринкова економіка і демократична система соціального політичного облаштування висувають нові вимоги до системи освіти, в тому числі і до освіти спеціальної. Економічне реформування зумовлює визначення нових стратегічних цілей, зокрема забезпечення рівних можливостей для одержання освіти і подальшої активної участі всіх громадян у житті суспільства. Інтегрування дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітній простір України, як один з напрямів гуманізації всієї системи освіти, відповідає пріоритетам державної політики, що окреслені в «Національній доктрині розвитку освіти в Україні у XXI столітті» і, полягають у: «особистісній орієнтації освіти; створенні рівних можливостей для дітей та молоді у здобутті якісної освіти; забезпеченні варіативності здобуття базової або повної загальної середньої освіти відповідно до здібностей та індивідуальних можливостей» тощо.

В Україні, за даними офіційної статистики, за загальної чисельності постійного населення 45 млн. 598 тис. кількість інвалідів станом на 1 січня 2011 року досягла 2 709 982 осіб, у тому числі дітей-інвалідів – 165 121. Отже, чисельність дітей з інвалідністю досягає 6,1% від загальної чисельності інвалідів. В Україні щороку понад 18 тисяч дітей стають інвалідами.

Тривалий час основним інститутом виховання дітей з обмеженими можливостями вважалися спеціальні школи, які мали і мають певні недоліки, головними серед яких є проблеми здобуття подальшої освіти та адаптації у соціумі здорових людей.

На усунення цих недоліків спрямована інклюзивна форма освіти, що запроваджена та успішно функціонує в багатьох країнах світу.

Серед країн із найбільш досконалим і розвиненим законодавством у галузі інклюзивної освіти найчастіше називають Канаду, Кіпр, Данію, ПАР, Іспанію, Бельгію, Швецію, Велику Британію, США. Наприклад, в Італії законодавство підтримує інклюзивну освіту з 1971 року. До того ж акцент зроблено не на навчанні, а на соціалізації. В результаті діти з обмеженими можливостями здоров'я стають повноцінними членами суспільства. У Фламандській частині Бельгії давно діє добре розвинена система спеціальних шкіл, фахівці з яких супроводжують дітей з особливими потребами під час інтеграційних процесів у загальноосвітніх школах. У цих і багатьох інших країнах інклюзивна освіта існує вже 30-40 років (див. табл 1).

Таблиця 1

Навчання дітей з особливостями розвитку в спеціальних та масових школах (у%)

Країна	Діти зі значними порушеннями зору		Діти зі значними порушеннями слуху		Діти зі значними порушеннями опорно-рухового апарату	
	Спец. школи	Інтегр. навчання	Спец. школи	Інтегр. навчання	Спец. школи	Інтегр. навчання
Фінляндія	10	90	76	24	79	21
Бельгія	66	34	75	25	87	13
Франція	81	19	63	37	78	22
Ірландія	30	70	32	68	68	32
Іспанія	47	53	63	37	65	35
Швеція	0	100	45	55	20	80

У нашій країні інтеграційні процеси розпочалися з 90-х років минулого століття. У 2001 році Міністерство освіти і науки України, Інститут спеціальної педагогіки Національної академії педагогічних наук України та Всеукраїнський фонд «Крок за кроком» започаткували науково-педагогічний експеримент «Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей з особливостями психофізичного розвитку шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх закладах», основною метою якого є розробка й реалізація механізму інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади, ранньої інтеграції цих дітей в соціальне середовище з урахуванням їхніх типологічних та індивідуальних особливостей.

Значний внесок у справу пропаганди інклюзивної освіти зроблено українсько-канадським проектом «Інклюзивна освіта для дітей з особливими освітніми потребами в Україні», який здійснювався за підтримки Канадської агенції з міжнародного розвитку.

Головним досягненням проекту стало саме донесення до громадськості переваг інклюзивного навчання. Вони такі: для дітей з особливими освітніми потребами – інклюзивне навчання не розділяє дітей з інвалідністю та їхніх здорових однолітків; завдяки цілеспрямованому повноцінному спілкуванню поліпшується когнітивний, моторний, мовний, соціальний та емоційний розвиток дітей; діти мають можливості для налагодження

дружніх стосунків зі здоровими ровесниками й участі у громадському житті; для інших дітей – вони вчаться природно сприймати і толерантно ставитися до людських особливостей; налагоджувати й підтримувати дружні стосунки з людьми, які відрізняються від них; співпрацювати; поводитися нестандартно, бути кмітливими, а також співчувати іншим; для педагогів та фахівців – учителі інклюзивних класів краще розуміють індивідуальні особливості учнів; учителі опановують різноманітні педагогічні методики, що дає їм змогу ефективно сприяти розвитку дітей з урахуванням їхньої індивідуальності; спеціалісти (медики, педагоги спеціального профілю, інші фахівці) починають сприймати дітей більш цілісно, а також вчаться дивитися на життєві ситуації очима дітей.

Нині активно розробляють науково-методичне забезпечення сфери інклюзивної освіти. У 13 вищих навчальних закладах країни запроваджено курс корекційної освіти; у Львові й Полтаві створено модельні центри з упровадження інклюзивної освіти.

Інститут спеціальної педагогіки, який є науковою установою Національної академії педагогічних наук України, досліджує проблеми освіти дітей з особливими потребами, обґрунтовує стратегічні напрями розвитку спеціальної психології та педагогіки, розробляє науково-теоретичну базу розвитку і впровадження інклюзивної освіти. Зокрема, Міністерством освіти і науки України затверджено навчально-методичні посібники для педагогів і батьків: «Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами», «Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання», путівник для педагогів «Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка».

У системі Інститутів післядипломної педагогічної освіти запроваджено навчальні програми: «Вступ до інклюзивної освіти» (А. Колупаєва, С. Єфименко), «Диференційоване викладання в інклюзивному класі» (О. Таранченко, Ю. Найда, А. Колупаєва), а також навчальну програму й навчально-методичний посібник А. Колупаєвої, Е. Данілавічюте та С. Литовченко «Професійне співробітництво в інклюзивному навчальному закладі»; навчальну програму та навчально-методичний посібник для педагогічних університетів «Основи інклюзивної освіти» (А. Колупаєва).

Проте, незважаючи на пошук роботи із запровадження інклюзивної освіти й певні успіхи на цьому шляху, є чимало перешкод для її успішного розвитку.

Однією з основних проблем у сфері освіти дітей з особливими освітніми потребами є відсутність послідовності в наданні освітніх та реабілітаційних послуг на всіх рівнях навчально-виховного процесу з обов'язковою психолого-педагогічною, медичною та фізичною реабілітацією. Сьогодні відсутня і класифікація психофізичних порушень, що визначала б, з якими порушеннями діти можуть приходити до загальноосвітнього навчального закладу.

Окрім об'єктивних чинників, інтегрування дітей-інвалідів у суспільство ускладнює невідповідність суспільства до їх сприйняття. Спостерігаються непоодинокі випадки, коли дітям з інвалідністю відмовляють у прийнятті до навчального закладу через упереджене ставлення до них керівників навчальних закладів. З другого боку, до дітей з особливими освітніми потребами часто виявляють надмірну турботливість, що відповідно до європейських стандартів не є рівністю умов. Водночас залишається низьким рівень поінформованості суспільства про інклюзивну систему освіти.

Отже, можна сказати, що питання державної політики у сфері запровадження інклюзивної форми навчання та її сучасного стану, можна стверджувати, що останніми роками в цьому напрямі досягнуто певних успіхів.

Водночас необхідно здійснити рішучі кроки для усунення перешкод в успішному розвитку інклюзивної освіти. Треба продовжувати законодавче оформлення цієї системи навчання не лише в загальноосвітніх навчальних закладах, а й в закладах дошкільної, позашкільної, професійно-технічної та вищої освіти; формування моделі відомчої взаємодії, де кожний нормативний акт спільно готуватимуть представники всіх відповідальних відомств; приділяти особливу увагу додатковій освітянській підготовці вчителів та вихователів, які працюють з дітьми з інвалідністю.

Література

1. Бородулина С.Ю. Коррекционная педагогика: психолого- педагогическая коррекция опоганений в развитии и поведением школьников / Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов-на-Дону: «Феникс», –2004. – 352 с.
2. Колупаева А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи. Монографія. – К.: «Самміт-Книга», – 2009. – 272 с.
3. Засенко В., Софій Н. Інклюзивна освіта: стан і перспективи розвитку в Україні: Науково-методичний збірник до Всеукраїнської науково-практичної конференції в рамках реалізації проекту «Створення ресурсних центрів для батьків дітей з особливими освітніми потребами» за підтримки програми IBPP – ТАСІЗ Європейської Комісії, – 2007.

ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСОБІВ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ІНКЛЮЗИВНУ ОСВІТУ

Борисенко Л.Л.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Проблема реалізації прав людини на навчання є однією із наріжних у загальному світовому просторі. Гострота її обумовлена тим, що значить осіб, які володіють правом на освіту, мають спеціальні потреби. Тобто це люди, які мають ті чи інші прояви ушкодження психофізичного розвитку. Як навчати цю категорію дітей? Це питання людство намагалося вирішити впродовж тривалого часу. Результатом пошуку стала вибудована система чіткої диференціації дітей за проявом дефекту та створення відповідного типу шкіл для тієї чи іншої категорії дітей, які впродовж всього часу навчання були замкнені у своєрідному колі обмежених можливостей через наявний дефект . На тривалі роки світовий освітній простір заповнив термін діти-інваліди, який своєрідним моральним тавром тяжів над дитиною не лише впродовж всього процесу навчання, а й переносився у систему соціальних стосунків.

Втім, сучасні світові тенденції щодо гуманізації і демократизації та підвищення якості освіти спричинили реформацію уставленого підходу до реалізації прав людини на освіту та впровадження інноваційних технологій. Зокрема, нова система навчання – інклюзивна, спрямована на реалізацію рівного права на освіту будь-якої особи вже на ранніх етапах без таврування її терміном інвалід. Прогресивність такого підходу полягає у створенні єдиного освітнього середовища для всіх дітей, на основі принципу дотримання прав дитини на якісну освіту. Практичний досвід розвинених країн Західної Європи, Канади, США, які вже впродовж тривалого часу впроваджують інклюзивну модель освіти, свідчить про успішність цього процесу впровадження та отримання вагомих результатів, як для осіб із спеціальними потребами, так і для суспільства в цілому.

За даними ООН, кожна десята людина на планеті має інвалідність, а близько 25 % страждають на хронічні захворювання. У світі відзначена стійка тенденція до збільшення кількості осіб з інвалідністю, яка кожного року зростає в середньому на 10 %.

Діти з особливими потребами наразі є найбільш соціально незахищеним осередком в країні. Тенденція збільшення їх кількості, недостатність доступних форм навчання, адекватних потребам і можливостям дітей даної категорії, дозволяє зробити висновок про певну недосконалість соціальної й освітньої політики по відношенню до дітей з порушеннями розвитку, та необхідність пошуку ефективних шляхів надання їм психолого-педагогічної допомоги, альтернативних способів здобування освіти, самореалізації та інтеграції в систему суспільних взаємовідносин, зокрема шляхом інклюзивного навчання.

Різні аспекти проблеми інклюзивної освіти розглядались в роботах вітчизняних і зарубіжних учених: Д. Бейлі, І. Гилевич, І. Казакової, Л. Шипіциної та ін. Залученню дітей з особливими потребами до навчання в інклюзивних навчальних закладах, їх реабілітації та повноцінної соціалізації, інтеграції в суспільство присвячені дослідження В. Бондаря, А. Колупаєвої, А. Шевчук, О. Савченко та ін. Розробленням теоретико-методичних основ інклюзивної освіти займалися В. Засенко, Д. Депплер, Т. Дмитрієва, М. Семаго, Д. Харві, Н. Шматко, О. Ярська-Смирнова та ін.

Уперше на міжнародному рівні питання інклюзивної освіти в сучасному розумінні було обговорене у 1994 році в рамках Саламанкської конференції, головними принципами якої стали:

- право кожної дитини на освіту, надання їй можливості для досягнення і підтримку достатнього навчального рівня;
- наявність унікальних здібностей, інтересів і потреб в навчанні у кожної дитини;
- розробка спеціальних навчальних програм, в яких враховано особливості й потреби кожного учня;
- надання дітям с особливими потребами доступу до загальної освіти з урахуванням їх особливостей;
- підвищення рівня кваліфікації вчителів для того, щоб забезпечити їх якісну роботу відповідно до принципів інклюзивної освіти.

Інклюзія базується на концепції «нормалізації», в основі якої – ідея, що життя і побут людей з обмеженими можливостями мають бути якомога більше наближені до умов життя усієї громади.

В Україні нині проводиться послідовна політика переходу до інклюзивної моделі навчання шляхом створення умов для інтеграції дітей з особливими освітніми потребами в освітній простір.

Людство неминуче вступає в інформаційну епоху. Фахівці вважають, що у світі розпочалося сторіччя інформатизації. Інформатизація відбувається в усіх сферах людської життєдіяльності, зокрема в освітній галузі. Використання інформаційно-комунікаційних технологій відкриває широкі можливості для покращення якості освіти, її відкритості й доступності, що є особливо значущим для дітей з особливими потребами.

Взагалі ІКТ можна визначити як сукупність різноманітних технологічних інструментів і ресурсів, які використовуються для забезпечення процесу комунікації та створення, розповсюдження, збереження та управління інформацією. Під цими технологіями розуміють комп'ютери, мережу Інтернет, радіо- та телепередачі, а також телефонний зв'язок.

Використання інформаційно-комунікаційних технологій може стати суттєвим чинником позитивних змін у навчанні дітей з особливими потребами, адже вони відкривають широкі можливості для покращення якості освіти, її доступності. Як зазначено в одному з документів ЮНЕСКО, сучасний рівень розвитку ІКТ значно розширює можливості для вчителів та учнів, спрощуючи доступ до освітніх та професійних даних і відомостей; покращує функціональні можливості та ефективність управління засобами навчання; сприяє інтеграції національних інформаційних освітніх систем у світову мережу; сприяє доступу до міжнародних інформаційних ресурсів в галузі освіти, науки і культури.

Можна виокремити три основні шляхи використання ІКТ в інклюзивній освіті:

- у компенсаційних цілях (використання ІКТ в якості технічної допомоги, підтримки, часткової компенсації або заміщення відсутніх природних функцій, що дозволяє учням з особливими потребами повноцінно залучатись до процесів спілкування й взаємодії);
- у комунікаційних цілях (допоміжні прилади і програмне забезпечення, альтернативні форми зв'язку, що полегшують або уможливають комунікацію у більш зручний спосіб, специфічний для кожного виду функціонального обмеження);
- у дидактичних цілях (сприяють диференціації, задоволенню індивідуальних потреб, особистісному розвитку дітей з особливими потребами, розкриттю їх здібностей, повноцінній інклюзії, включенню в освітнє й суспільне середовище).

Можливість використання ІКТ у дидактичних цілях зумовила потребу перегляду традиційних підходів до навчання, започаткувавши нову віху в освітніх перетвореннях. Інноваційні технології привнесли різноманіття педагогічних стратегій для навчання дітей з особливими потребами, ставши реальним інструментом упровадження інклюзивної освіти. Для сприяння особистісному розвитку, освітні ініціативи в рамках інклюзивного підходу з використанням ІКТ повинні бути спрямовані на задоволення індивідуальних потреб, розкриттю індивідуальних здібностей, розвитку прийнятних для кожного учня індивідуальних ефективних освітніх стратегій.

Обізнаність щодо різних видів засобів ІКТ, способів і шляхів їх використання відкриває нові перспективи як для учнів з особливими потребами, так і для педагогів. Для ефективного впровадження ІКТ в інклюзивну освіту необхідно забезпечити належний рівень ІК-компетентності педагогічних працівників, їх готовності до розроблення інноваційних методів навчання, оновлення існуючих підходів для реалізації концепції інклюзивної освіти з використанням ІКТ, що вимагає подальших ґрунтовних наукових розвідок.

Література

1. Запорожченко Ю.Г. Використання засобів ІКТ для підвищення якості інклюзивної освіти / Ю.Г. Запорожченко // Інформаційні технології в освіті. – 2013. – № 15. – С. 138-145.
2. Засенко В., Софій Н. (2007). Інклюзивна освіта: стан і перспективи розвитку в Україні: Науково-методичний збірник до Всеукраїнської науково-практичної конференції в рамках реалізації проекту «Створення ресурсних центрів для батьків дітей з особливими освітніми потребами» за підтримки програми IBPP-TACIS Європейської Комісії, – 180 с.
3. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія. – К.: «Самміт-Книга», 2009. – 272 с. іл.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА

Брюховецька О.А.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

Постановка проблеми. За останні роки загальна захворюваність серед дітей в Україні, яка з певних обставин призводить до інвалідності, зросла на 19,2%, на наркоманію (першопричину деградації особистості) – у 2,5 рази, зареєстровано у 10 разів більше венеричних захворювань у середовищі підлітків.

У загальній захворюваності переважають недуги органів дихання, травлення, нервової системи і травми. Більше стало ендокринних, гематологічних, онкологічних захворювань. Почастішали нервово-психічні розлади, унаслідок чого у 15 – 20% підлітків відбувається зниження соціальної і психічної адаптації.

Крім того, суб'єктом психолого-педагогічної реабілітації в загальноосвітній школі виступають діти з функціонально неспроможних сімей, діти, що зазнали насильства в сім'ї та поза нею (фізичного, емоційного тощо), діти, що мають розлади нервової сфери, діти зі шкільними невротами, із тимчасовою затримкою психічного розвитку.

Ключовим принципом системи навчання таких дітей стає принцип створення умов для якомога меншої соціальної деривації, тобто розміщення дитини з обмеженими можливостями в найменш специфічному, замкненому, обмеженому середовищі. За нормального психічного розвитку природна допитливість дитини є тією спонудою, на основі

якої формуються навчально-пізнавальні мотиви, що визначають розумовий розвиток дитини у шкільному періоді її життя.

У дитини з обмеженими можливостями ця тенденція деформується. У таких дітей знижується сила і стійкість почуття допитливості. Спонукальна функція до набуття дитиною соціального досвіду значно зменшується. Унаслідок цього її розвиток, на відміну від звичайної дитини, визначають окремі компоненти самосвідомості. Передусім це суб'єктивне, найчастіше гіпертрафоване ставлення до соціальних наслідків своїх особистісних проблем. У такої дитини знижені відповідні позитивні психологічні передумови до соціокультурного розвитку.

Своєрідність дитини з обмеженими можливостями полягає і в тому, що руйнується наступність у формуванні і розвитку мотиваційних чинників до систематичного навчання. Його із самого початку доводиться будувати на тих спонукках, які є результатом процесу само оцінювання.

Позитивна роль обмеження в цьому процесі зводиться до того, що воно створює більше прецедентів для спрямування думки дитини стосовно своєї психічної організації, ніж за умов звичайного розвитку. Це в кінцевому результаті може позитивно позначитися на формуванні в неї нових мотиваційних орієнтирів щодо власної освіти й особистісного розвитку. Це є справжньою життєтворчістю дитини з обмеженими можливостями, перебудовою своєї особистості.

Дитина з обмеженими можливостями повинна досягти соціальних стандартів, адекватних нормальній дитині. За такого підходу у школяра із розумовими та сенсорними вадами значно підвищуватиметься соціальна позиція й рівень самооцінювання.

Психологічна орієнтація такої дитини на свою винятковість формує й нове ставлення дорослих до неї. Невпевнені в собі діти використовують єдину вигідну для них стратегію представлення себе іншим – «людина, що потребує постійної опіки». Дитина з обмеженими можливостями часто зловживає своєю інтелектуальною чи сенсорною вадою та провокує дорослого на відповідне ставлення до неї. Така поведінкова стратегія сприяє досягненню нею певних цілей у міжособистісних взаєминах. Але при цьому в дитині формується головна психічна настанова на досягнення бажаних цілей маніпулятивним чином, що може сприяти становленню патологічної особистості.

Психологічна позиція винятковості, своєрідності призводить до того, що ставлення до такої дитини соціального оточення визначається суспільно встановленим виміром.

Інтелектуально сильніша дитина набуває можливості виявити свою соціальну активність стосовно менш здібної. Остання, у свою чергу, черпає у спілкуванні з більш активною дитиною те, що їй ще недоступне, але до чого вона прагне. Цінною є така організаційна форма навчання, як спільні колективи аномальних і нормальних дітей, підбір груп і пропорції інтелектуальних рівнів у них, що сприятиме інтенсифікації компенсаторних процесів [4, с.5].

Особистісно орієнтована освіта допомагає школяреві з розумовими та сенсорними обмеженнями включитися в систему повноцінних соціальних відносин ще в період шкільного навчання, не чекаючи його закінчення. За таких умов відбувається певний змістовий збіг навчання і соціальної ситуації розвитку аномальної дитини. Значною мірою підвищується рівень вірогідності успіху в компенсаторному та навіть гіперкомпенсаторному розвитку дитини. Позитивна соціальна позиція школяра за такого типу навчання визначається тим фактом, що він не залишається на одинці зі своїми негараздами, зумовленими наявною вадою. Його психічний стан і динаміка інтелектуально-соціального розвитку розподіляються між іншими суб'єктами, стають колективною проблемою.

Освітньою стратегією щодо школяра з обмеженими можливостями має бути орієнтація на якомога менше зниження його соціальної позиції. За відсутністю чи недостатньої ефективності роботи в цьому напрямі в аномальних дітей формується підозріливість, недовіра стосовно оточуючих. Дитина може компенсувати власні психологічні труднощі відповідними агресивними діями стосовно соціального середовища, у

якому вона перебуває. Тому учень повинен усвідомити тимчасовий характер своєї низької соціальної позиції, зрозуміти, що лише від його психічних зусиль залежатиме її подальше зростання. Школяр аналізує свої стосунки з довкіллям, відокремлює ті, якими він може в міру своїх можливостей оволодіти в даний час і в близькій перспективі. Від цього багато в чому залежить його компенсаторний розвиток. Адже будь-яка сформована психологічна функція створює позитивні умови для становлення інших, стимулює їх більш ранню появу у психічному житті особистості.

Особистісним становленням таких дітей повинні постійно керувати дорослі. У такої дитини слід сформувати уявлення, що її життя – це безперервний процес розв'язання соціальних задач різної складності, які підпорядковані єдиній меті – її особистісній реалізації. Вплив педагога, психолога має спрямуватися на нагромадження такою дитиною внутрішнього, психічного потенціалу для несуперечливого повернення її в зону соціально-культурної дії – розумової, трудової, комунікативної та моральної [5, с.28].

Сутністю інклюзивної освіти є навчання дітей з особливими потребами в загальноосвітній школі за умови пристосування освітнього простору до індивідуальних особливостей дітей, надання якісних освітніх послуг таким дітям. Навчання зазначеної категорії дітей передбачає використання особистісних орієнтованих підходів у навчально-виховному процесі, застосування індивідуальних, групових форм роботи, враховуючи вплив різних видів розладів і хвороб на процес навчання. Пріоритетними напрямками роботи є сприяння соціальному, емоційному та когнітивному розвитку кожної дитини, з тим, щоб вона відчувала себе неповторним, повноцінним учасником суспільного життя.

Навчання в інклюзивних класах дітей з особливими потребами, з одного боку, допомагає їм адаптуватися до нормальних життєвих ситуацій, позбутися почуття ізоляції, відчуження, сприяє зникненню соціальних бар'єрів та інтеграції в соціум, з іншого боку — вчить учнівську громаду школи спілкуватися та працювати разом. Основним елементом інклюзивного навчання є залучення батьків до навчально-виховного процесу, участі у розробці навчальних планів своїх дітей. Це дає їм змогу відчувати, що вони неодинокі, що вони є членами команди, яка підтримує їхню дитину й допоможе у подоланні труднощів. Налагодження партнерських стосунків з батьками, врахування культурних традицій, інтересів сім'ї дає можливість подолати стереотипи у роботі з сім'ями, які мають дітей з обмеженими можливостями. Лише за умови, що батьки, вчителі, асистенти й інші фахівці працюють разом, можна сподіватися на успіх у складній справі — адаптації до звичайного життя дітей з особливими потребами. Самореалізація батьків — у самореалізації дітей. Саме тому завдання психолога полягає у допомозі самореалізації батьків через розвиток рефлексії особливостей виховання і навчання дитини у процесі спілкування з нею. Важливим є позитивне прийняття дитини, корпорация у вирішенні проблем.

Висновки. Методично-компенсаторний розвиток забезпечується тим, що педагог, психолог постійно будують свою діяльність, орієнтуючись лише на навчально-виховні досягнення аномальної дитини. Її первинне обмеження і викликані ним соціальні та психологічні ускладнення при цьому не рекламуються, «викреслюються» із самосвідомості такого школяра. Остання обставина має важливе значення для досягнення освітніх цілей. Шлях дитини до них буде не таким важким за умови, якщо «тінь минулого» постійно не тиснутиме на неї, тобто коли наявна вада не нагадуватиме про себе у внутрішньому і зовнішньому плані.

Список літератури

1. Колупаєва А.А., Савчук Л.О. Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. – К.: Науковий світ, 2010. – 195 с.
2. Родигіна І. Дидактичні умови реалізації компетентнісного підходу в навчанні // Біологія і хімія в школі. – 2007. – №5. – С.7 – 10.
3. Регіональна програма впровадження компетентнісно орієнтованого підходу в навчально-виховний процес. – Донецьк, 2004.

4. Уманець Г.М., Кобзар О.В., Кулеш В.О. Інклюзивна освіта: Особливій дитині – особлива увага. – Донецьк: Витоки, 2010. – 135 с.
5. Загальні критерії оцінювання навчальних досягнень учнів у системі загальної середньої освіти. – К, 2008.

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ОСВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК УМОВА ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я ШКОЛЯРІВ

Букій Я.В.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

Актуальність. Сформувати в учнів розумне ставлення до свого здоров'я, допомогти їм подолати інерцію шкідливих звичок – одне з найважливіших завдань школи. Від того, якими виростуть сьогоднішні школярі, залежить майбутнє, зокрема, й доля країни. Тільки творча духовно багата і здорова особистість зможе розв'язати як щоденні виробничі, так і масштабні завдання, які забезпечать прогрес нації. Сучасні діти розуміють цю істину лише підсвідомо.

Метою даної статті є визначення головних завдань сучасної школи з пропаганди здорового способу життя, виховання енергійної, освіченої, високоморальної, гармонійно розвиненої здорової особистості, здатної до самореалізації.

Першим і дуже важливим завданням вчителя має бути не тільки формування знань та вмінь учнів, а й збереження та зміцнення їх здоров'я (фізичного і психічного). Саме тому здоров'язберігаюче середовище дитини вже давно означає значно більше, ніж просто дотримання санітарно-гігієнічних умов навчання, медичні огляди, організація здорового шкільного харчування, фізичне виховання та літній відпочинок учнів [1, с. 14].

Система впровадження здоров'язберігаючих технологій передбачає професіоналізм учителя, який має виступати гарантом збереження та зміцнення здоров'я всіх суб'єктів цілісного навчально-виховного процесу. Крім того, необхідно викликати в кожній дитини цікавість до перевірки та суб'єктивної оцінки свого фізичного й психічного стану, а також стимулювати учнів до самовдосконалення та самоствердження [3, с. 41].

Однією з важливих складових збереження психофізичного здоров'я школяра є відстеження психоемоційного стану тривожності та самопочуття, які слід особливо враховувати при тематичних оцінюваннях, індивідуальному опитуванні, проведенні заліків.

Для збереження здоров'я учнів на уроках необхідно використовувати модель здоров'язберігаючого уроку, що передбачає:

- фізкультпаузи і фізкультхвилинки (включаючи і вправи для очей, і дихальну гімнастику, спрямовані на зняття втоми, активізацію уваги і проводяться 2-3 на урок);
- релаксаційні паузи;
- використання «сольових мішечків»(для профілактики сколіозу та короткозорості – бо при їх використанні дитина більшість часу тримає рівну поставу, не нахиляється надто низько над книжкою чи зошитом);
- створення сприятливого психологічного клімату;
- дотримання санітарно-гігієнічних норм у навчальному кабінеті (свіже повітря, відповідне освітлення, тепловий, звуковий, кольоровий режим, вологе прибирання, відповідність парт зросту і віку учнів);
- кваліфіковане застосування елементів музико терапії, рухотерапії, ароматерапії, кольоротерапії, артотерапії тощо;
- особистісна зорієнтованість уроку [4, с. 121].

Велике розумове навантаження в поєднанні з малорухомих способом життя призводить до порушення регуляції тонуусу кровоносних судин, а це спричиняє гіпотонічний чи гіпертонічний стан. Запобігти таким негативним наслідкам можна за допомогою дотримання розумного розпорядку дня, чіткого режиму праці й відпочинку, а головне – систематичних занять фізкультурою та спортом.

Фізична культура – важливий елемент всебічного, гармонійного розвитку людини. Вона сприяє вихованню витривалості, спритності, поліпшує координацію рухів, прискорює процеси відновлення функцій окремих органів, які мають патологічні відхилення від норми. Поряд із загальнорозвиваючими вправами, що рівномірно впливають на організм, часто є необхідність використовувати спеціальні вправи, коригувальну, дихальну гімнастику, вправи на розслаблення, ігри на повітрі.

Одним з провідних завдань школи є створення на основі співробітництва та співтворчості сприятливого освітньо-виховного середовища, спрямованого на зміцнення здоров'я дітей, їхній фізичний розвиток; соціальну адаптацію і духовне зростання; орієнтування внутрішнього світу дитини на збагачення індивідуального досвіду самопізнання, самооцінки, саморозвитку, самовизначення, самореалізації; забезпечення комфортних умов для розвитку творчих здібностей учнів, різнопланової інтелектуальної підготовки особистості, яка сприяє орієнтації в суспільстві, успішному розв'язанню життєвих проблем. Стратегічною метою школи є здорова, освічена, творча, інтелектуально-розвинена, духовно збагачена, вихована людина; місією школи є гармонія єдності фізичного, психічного, інтелектуального й духовного [2, с. 45].

Метою здоров'язберігаючих технологій є:

- збереження та зміцнення здоров'я школярів, удосконалення функціональних можливостей організму, розвиток основних систем життєзабезпечення;
- мотивація на здоровий спосіб життя та підвищення культури здоров'я;
- створення безпечного освітнього середовища.

Основними завданнями здоров'язберігаючих технологій є:

- формування в учасників педагогічного процесу потреби зберігати і зміцнювати здоров'я;
- забезпечення умов для медичної діагностики, профілактики та лікування дітей, педагогів;
- створення медико-оздоровчої бази школи;
- підтримання належного санітарно-гігієнічного режиму школи;
- контроль за оптимальним розподілом навчального навантаження згідно з фізіолого-гігієнічними нормативами;
- науково-методична підготовка вчителів, санітарно-гігієнічна просвіта батьків, техперсоналу.

Основними напрямками діяльності вчителів з використання здоров'язберігаючих освітніх технологій є:

- виховання культури здоров'я учнів як невід'ємної частини загальної культури людини;
- урахування індивідуальних здібностей та можливостей школярів у процесі виховання в них культури здоров'я як головної умови досягнення успіху в житті;
- здоров'язберегаюча організація освітнього та виховного процесів на уроках і в позаурочний час;
- навчання методами самодіагностики, самоконтролю та самокорекції;
- використання національних етновалеологічних цінностей, традицій у валеологічному навчанні та вихованні учнів;
- прищеплення наукових і гуманних поглядів на своє здоров'я та здоров'я інших.

Здоров'язберігаючі технології сприяють формуванню здоров'язберігаючих компетенцій. Під поняттям здоров'язберігаючої компетентності слід розуміти

характеристики, властивості учня, спрямовані на збереження фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я – свого та оточення.

Здоров'я – одна з найвищих людських цінностей, джерело радості й мова щастя, запорука успіху в будь-якій справі, нормальний природний стан людини, внутрішня гармонія організму, форма прояву життя, тому витратити здоров'я через погані звички, погано до нього ставитися – це злочин.

Література

1. Бальсевич В.К., Большенков В.Г., Рябинцев Ф.П. Концепция физического воспитания с оздоровительной направленностью учащихся начальных классов общеобразовательных школ // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 1996. - № 2. – С. 13 – 18.
2. Вовченко І.І. Фізична підготовленість і здоров'я молодших школярів // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2001. - № 18. – С. 42 – 47.
3. Левків В.І. Використання засобів української народної фізичної культури у фізичному вихованні дітей молодшого шкільного віку. – Львів, 1998. – 193с.
4. Цюпак Т.Є Соціально-педагогічні умови поліпшення фізичного виховання учнів загальноосвітніх шкіл. – Київ, «Вища школа». – 1996. – 188с.

ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОЇ НАЦІЇ ТА ШЛЯХИ ЙОГО ПОКРАЩЕННЯ

Буряк Ю.В.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Сьогодні, як ніколи, стає актуальним розгляд людини (її розвиток, здоров'я, моральність, духовність) в тісному зв'язку з оточуючим та реальним навколишнім середовищем. Живий організм – це основна складова екології суспільства. Без гармонії природи-людини-космосу неможливий нормальний, здоровий розвиток людини. Для розуміння проблем кожного громадянина, його екології необхідно досягти високого освітнього рівня, його морального та духовного стану. Питання взаємозв'язку між людиною і природою особливо актуальні у зв'язку з тим важким екологічним становищем, який сьогодні склався в Україні. Одним з очевидних критеріїв екологічного стану держави є стан здоров'я її населення.

Усім відомо, яка екологічна ситуація складається на території України внаслідок Чорнобильської катастрофи. Виникає проблема питної води, наприклад, Київ постачається водою з Дніпра й Десни, а вони мають великий рівень забрудненості від промисловості, судноплавства.

Сучасна ціннісна картина світу на сьогоднішній день не мислиться без категорії модусу здоров'я. В міру розвитку суспільних наук зростає і ціннісна аспектація здоров'я людини. Питання виживання нації сьогодні повністю залежить від гармонії людини, природи, космосу в цілому.

Актуальним фактом у наш час є те, що людина в більшості випадків поводить себе нерозумно стосовно свого здоров'я, тому ціннісний підхід до охорони здоров'я людини обумовлений державною системою охорони здоров'я громадян, яка спирається на наступне:

- вдосконалювання державних механізмів щодо охорони здоров'я;

- визначення засобів та об'єктних умов, що забезпечують ціннісні властивості здоров'я людини. Визначення державних та індивідуальних індикаторів реальної цінності здоров'я;
- аналіз політики в області охорони здоров'я, фізичної культури та молодіжної політики щодо мотивації й установок на довге і здорове життя, а також встановлення особистісної вартості здоров'я сучасного молодого громадянина держави;
- підвищення рівня гігієнічної культури громадян шляхом формування та зміцнення позитивних установок, усвідомлення цінності здоров'я, раціональності й природності здорового способу життя;
- підвищення моральної відповідальності громадян за своє здоров'я [2].

Такими є запропоновані фундаментальні аспекти для покращення загального фізичного, морального, психологічного, духовного станів кожної людини.

Загальновідомою є істина про те, що людина починає турбуватися про здоров'я лише тоді, коли його втрачає. Цілком відомо, що значною мірою загальний рівень здоров'я залежить від самої людини, тобто – її способу життя.

Державні програми зі збереження здоров'я громадян України орієнтовані на гуманність суспільної системи. Але їх будова і виконання повинні бути не тільки формально декларованими. Хоча, у всіх програмах політичних партій пріоритет гуманістичних відносин безсумнівний. Існування цільової програми під назвою «Фізичне виховання – здоров'я нації» певним чином підкреслює необхідність виділення матеріальних коштів і прийняття законодавчих актів з питань здоров'я населення України. Визначається, що «Радикально змінити ситуацію за рахунок існуючої в країні традиційної системи охорони здоров'я населення неможливо через відсутність необхідних засобів на її розвиток» [3]. Дана програма «визнає необхідність зміни у підходах суспільства до зміцнення здоров'я людини як найбільш гуманістичної цінності та пріоритетного напрямку державної політики» [3].

Таким чином, необхідно мати ціннісний підхід, який допоможе врахувати особистісні й індивідуальні моменти, що розкривають ставлення людини до свого здоров'я. Це ставлення відбивається в результаті психологічного і фізіологічного контролю, рефлексій, думок, логічних навантажень. Необхідно усвідомити, що індивідуальна оцінка свого здоров'я (низька, середня, висока) залежить від багатьох факторів, таких як: професія, освіта, характерологічні особливості.

Отже, здоров'я – один із узагальнювальних показників ступеня оптимальності багатовимірної ніші. Здебільшого ми не знаємо, який із факторів середовища на даний момент є лімітуючим, але якщо здоров'я популяції, нації чи людства в цілому погіршується, виходить, що наша багатовимірніша ніша стала меншою. Масштаби зміни здоров'я дають змогу оцінити й масштаб дії лімітуючого фактора: чи впливає він лише на окрему популяцію, чи діє в окремому районі, чи є загальнопланетарним.

Список використаних джерел

1. Формування культури здоров'я учнів в умовах сучасної шкільної освіти : монографія / В.І. Бабич ; Держ. закл. «Луган. нац. Ун-т імені Тараса Шевченка». – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2012.– 256 с.
2. Соціальна валеологія: Навч. посібник. Копа В.М. – Львів.: «Новий світ-2000», 2011. – 204 с.
3. Цільова комплексна програма «Фізичне виховання – здоров'я нації». Указ Президента України від 1.09.1998. № 963/98, Київ, 1998.

ВИКОРИСТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ ТА В ПОЗАКЛАСНІЙ РОБОТІ В УМОВАХ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

Водолазська О.С., Сало І.А.

Комунальний заклад

Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр

«Кришталік»

м. Рубіжне

Актуальною проблемою сьогодення є збереження здоров'я дітей, формування у них світогляду, спрямованого на його збереження, оволодіння навичками здорового способу життя та безпечної поведінки, створення умов для гармонійного розвитку душі і тіла. Здоров'я – найбільша цінність не лише окремої людини, а й усього суспільства. Тому одним із провідних напрямів розвитку освіти в Україні є збереження здоров'я дітей, що визначає ступінь їх життєздатності, життєтворчості, можливості реалізувати свої потенційні біологічні та соціальні функції.

Здоров'я дітей - одне з основних джерел щастя, радості і повноцінного життя батьків, вчителів, суспільства в цілому. Для України головною проблемою, яка пов'язана з майбутнім держави, є збереження і зміцнення здоров'я дітей та учнівської молоді. Турботу викликає різке погіршення стану фізичного та розумового розвитку підростаючого покоління, зниження рівня народжуваності й тривалості життя, зростання смертності, особливо дитячої.

Сучасне суспільство вже має нову дитину, що вихована вуличним та віртуальним світом комп'ютерів і телевізорів. Байдужість, жорстокість, егоїзм, відчуття неповноцінності, бездуховність, з ослабленим здоров'ям, низьким духовним розвитком, порушеною психікою - ось, далеко не весь перелік відбитку сучасного часу. А звідси, і низька успішність, апатія та пасивність дитини до навчально-виховної роботи у школі.

Ось чому сьогодні педагогічний колектив корекційно-реабілітаційного центру ставить перед собою першочергове завдання – виховання ціннісного ставлення дитини до свого здоров'я. Виробити у дітей активну життєву позицію, зміцнити їх фізично, духовно та психічно – найважливіші завдання педагогів. Через призму навчального та виховного процесів проходить становлення маленького громадянина, змінюються його погляди та уподобання, виробляється багато позитивних якостей: діти стають комунікабельними, творчими, ініціативними, культурними, артистичними, духовно збагачуються, швидко орієнтуються в різних ситуаціях та знаходять відповідне правильне рішення.

Мета роботи корекційно-реабілітаційного центру для дітей зі зниженим зором - підготовка дітей до життя. Кожен учень має отримати під час навчання знання, що знадобляться йому в майбутньому житті. Здійснення означеної мети можливе за умови запровадження технологій здоров'язбережувальної педагогіки.

Учитель, володіючи сучасними педагогічними знаннями, при постійній взаємодії з учнями, їхніми батьками, медичними працівниками, шкільними психологами, дефектологами та реабілітологами планує й організовує свою діяльність з урахуванням пріоритетів збереження та зміцнення здоров'я всіх суб'єктів педагогічного процесу. У своїй роботі колектив центру звертається до різноманітних педагогічних технологій.

Здоров'язбережувальні технології навчають дітей жити без конфліктів, укріплювати, зберігати своє і цінити чуже здоров'я. Ці технології прищеплюють дітям принципи здорового способу життя, посилюють мотивацію до навчання.

Урок – це основна структурна одиниця навчального процесу. Урок у здоров'язбережувальних технологіях повинен не викликати в учнів погіршення здоров'я. Сучасний урок – це урок інноваційний, який викликає в учнів і вчителів задоволення, стимулює цікавість, творчість. Усе це досягається різноманітними формами роботи з використанням інтерактиву та інноваційних технологій.

Здоров'язберігаючі технології дозволяють:

- сформувати соціальну зрілість випускника;
- забезпечити можливість учням реалізувати свій потенціал;
- зберегти і підтримати фізіологічне здоров'я учнів;
- допомогти адаптуватися у соціумі.

Технології навчання спрямовані на підвищення рівня знань, умінь і навичок протидії негативним явищам та формування відповідальної поведінки.

Поняття “здоров'язбережувальні технології” об'єднує в собі всі напрями діяльності корекційно-реабілітаційного центру щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів.

Здоров'язбережувальні освітні технології поділяються на три групи:

- організаційно-педагогічні (визначають структуру навчального процесу, яка сприяє запобіганню станів перевтомлення, гіподинамії тощо);
- психолого-педагогічні (пов'язані з безпосередньою роботою вчителя на уроці);
- навчально-виховні (це програми з формування культури здоров'я, навчання навичок здорового способу життя, профілактики шкідливих звичок, захворювань, позакласні заходи, робота з батьками).

Дослідженнями доведено, що ефективність формування здорового способу життя вимагає активного залучення учнів до здоров'язбережувального навчального процесу, формування в них активної позиції щодо зміцнення і збереження власного здоров'я, який має поєднувати такі форми і види роботи:

- корекцію порушень соматичного здоров'я з використанням комплексу оздоровчих та медичних заходів без відриву від навчального процесу;
- різноманітні форми організації навчально-виховного процесу з урахуванням їх психологічного та фізіологічного впливу на учнів;
- контроль за виконанням санітарно-гігієнічних норм організації навчально-виховного процесу; нормування навчального навантаження та профілактику перевтоми учнів;
- медико-психолого-педагогічний моніторинг стану здоров'я, фізичного і психічного розвитку учнів;
- розробку та реалізацію навчальних програм із формування в учнів навичок ведення здорового способу життя та профілактики шкідливих звичок;
- діяльність служби психологічної допомоги вчителям та учням у подоланні стресів, стану тривоги; сприяння гуманному ставленню до кожного учня; формування доброзичливих взаємовідносин у колективі вчителів;
- організацію та контроль за дотриманням збалансованого харчування всіх учнів школи;
- заходи, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я вчителів та учнів, створення умов для їх гармонійного розвитку.

Важливою умовою проведення уроків є застосування на заняттях здоров'язберігаючих технологій, що вимагає:

- урахування періодів працездатності учнів на уроках;
- урахування вікових і фізіологічних особливостей дітей на уроках;
- наявність емоційних розрядок на уроках та під час проведення виховних заходів;
- чергування пози з урахуванням видів діяльності;
- використання оздоровчо-фізкультурних пауз на уроках та виховних заходах.

Під час навчального та виховного процесів використовуються різноманітні види оздоровчої діяльності.

Оздоровчі хвилинки під час уроків та виховних заходів комбінують в собі фізичні вправи для осанки, вправи для очей, рук, шиї, ніг. Цей прийом допомагає зняти втомленість, відновити рівновагу учнів.

Відомо, що існує взаємозв'язок між рухами пальців, кисті та розвитком мислення. Це підтверджують дослідження фізіологів. У роботах

В.М. Бехтерева є висновки про те, що маніпуляції рук впливають на функціонування центральної нервової системи, розвиток мовлення. Прості рухи кистей допомагають зняти загальну напругу, а також власне з рук, розслаблюють губи, що сприяє покращенню вимови звуків, розвитку мовлення дитини. Таким чином, мовлення перебуває у прямій залежності від розвитку дрібної моторики руки.

Завдяки "психогімнастиці" зберігається психічне здоров'я, відбувається запобігання емоційних розладів у дитини через зняття психічного напруження, розвиток кращого розуміння себе та інших, створення можливостей для самовираження особистості. Більшість психогімнастичних завдань побудовані на імітації певних почуттів та емоційних станів людини. Решта передбачає відтворення дітьми дій та вчинків уявних героїв. У таких іграх діти тренують свою увагу, пам'ять, спостережливість, витримку, а також вчаться розуміти людські емоції та контролювати їх. Такі вправи можуть проводитися у вигляді ігор, де потрібно зобразити певні емоції, або продемонструвати певній емоційний стан (пантоміма).

Творчий розвиток є не тільки головним терапевтичним механізмом, саме він допомагає виховувати здорову особистість. За допомогою арт-техніки дитина має можливість виразити свої переживання, почуття, відношення. Крім того, творча діяльність допомагає зняти напруження, сприяє підвищенню дитячої самооцінки, впевненості у власних силах, та взагалі розвиває творчі здібності. Основна задача таких технік не в тому, щоб навчити дітей малювати. Головна мета – це духовний розвиток, самопізнання людини через творчість та покращення адаптації школярів. Творчі здібності вчитель може розвивати на всіх уроках.

Арт-педагогіка, як особистісно орієнтована технологія життєтворчості, вимагає від вчителя відповідних методів та прийомів організації навчально-виховної взаємодії вчителя та учнів, зокрема:

- недопустимі команди, накази, вимоги та примуси;
- дитина сама може вибирати для себе ті види та зміст роботи, зображувальні матеріали та власний темп, які їй підходять;
- учень може відмовитися від виконання деяких завдань, вербалізації своїх почуттів та переживань, колективного обговорення тощо (способи включення учнів у роботу багато в чому залежать від педагогічного такту та майстерності вчителя);
- дитина може лише спостерігати за роботою товариша або займатися чим-небудь за бажанням, якщо це не суперечить соціальним та груповим нормам;
- заборонена оцінка суджень, критика та покарання.

В структурі кожного арт-педагогічного заняття повинні чітко прослідковуватися дві складові частини. Перша – невербальна, творча, неструктурована, де основним видом діяльності є сам процес творчості. Друга частина – вербальна інтерпретація створених зображень, асоціацій, емоцій та почуттів, що виникали в процесі роботи.

Цінність залучення арт-педагогіки до навчально-виховного процесу в корекційно-реабілітаційному центрі полягає не лише у символізмі продуктів дитячої творчості, що допоможе вчителю дослідити істинні почуття та потреби дитини, а й у її творчорозвивальному, психокорекційному та виховному потенціалі. Це допоможе школярам пізнати складний світ емоцій та почуттів, оволодіти навичками рефлексії та емпатії, що, в свою чергу, сприятиме оволодінню ефективними формами соціальної взаємодії та налагодженню дружніх, емоційно-стійких стосунків в колективі на основі взаєморозуміння, взаємоприйняття та взаємоповаги; а вчителям, вихователям та психологам – допоможе зреалізувати концептуальні ідеї педагогіки життєтворчості, а саме – розвиток і саморозвиток особистості, здатної до самотворення, тобто до свідомої, цілеспрямованої діяльності щодо визначення життєвих цілей, планів та способів самореалізації, формування своїх життєвих принципів та пріоритетів.

Кольори виявляють вплив на організм, нервову систему та психіку людини, налаштовуючи його в унісон з оточуючим світом. Зумовлює раптові почуття і навіть фізіологічні реакції, від припливу крові до почуття холоду. Колір може навіть лікувати. Наприклад, біль знімають відтінки блакитного, а сил надає помаранчевий, зелений заспокоює. В навчально-виховному процесі педагоги центру використовують різнокольорові картки для індивідуальної роботи з урахуванням захворювання дитини.

Одним з видів проведення виховної роботи в центрі з впровадження здоров'язбережувальних технологій є казкотерапія, головна спрямованість якої збереження психічної, духовної та соціальної складових здоров'я, маючи на меті формування Я-концепції особистості, усвідомлення нею своєї значимості та відчуття гармонії із навколишнім світом, що позитивно впливає на загальний розвиток дитини. «Казкотерапія» — це процес розшифровки зв'язку між казковими подіями та поведінкою у реальному житті, це спільне відкриття тих знань, які живуть в душі і є вданий час психотерапевтичними. Групова діяльність на уроках з використанням «Казкотерапії» сприяє підвищенню успішності учнів класу, вирішує багато виховних і розвивальних задач. Кооперативно-групова робота використовується на годинах спілкування або уроках літератури з елементами казкотерапії, під час складання плану оповідання чи казки, презентації до тексту.

Години спілкування або уроки повинні проводитися в режимі руху наочного матеріалу, постійного пошуку та виконання, що активізує увагу дітей. Всі вказані види роботи бажано чергувати якомога частіше. Це свідчить, що є можливість навчати та виховувати, зберігаючи здоров'я.

Сучасний освітній процес характеризується широким впровадженням здоров'язбережувальних технологій. І це є об'єктивним процесом, новим етапом в еволюції освіти, на якому будуть переглянуті підходи до супроводу і забезпечення процесу природного розвитку дитини.

Впровадження здоров'язбережувальних технологій потребує від учителя, по-перше, не допускати перевантаження учнів, визначаючи оптимальний обсяг навчальної інформації й способи її надання, враховувати інтелектуальні та фізіологічні особливості учнів, індивідуальні мовні особливості кожного учня. Намагатися планувати такі види роботи, які сприяють зниженню втоми. Здоров'язбережувальні технології передбачають: зміну видів діяльності, чергування інтелектуальної, емоційної, рухової видів діяльності; групової й парної форм роботи, які сприяють підвищенню рухової активності, вчать вмінню поважати думки інших, висловлювати власні думки, правилам спілкування; проведення ігор та ігрових ситуацій, нестандартних уроків, інтегрованих уроків. Учитель повинен працювати так, щоб навчання та виховання дітей в школі не завдавало збитку їх здоров'ю, не знижувало рівня мотивації навчання.

Питання орієнтації на впровадження здоров'язбережувальних технологій, організації навчально-виховного процесу щодо підтримання здоров'я — це цілий пласт для серйозної методичної роботи, який спонукає на подальшу творчу працю.

Ефективність оздоровлення нашого підростаючого покоління можлива за умови створення цілісної системи, що інтегрує оздоровчі освітні технології, досягнення сучасної медицини, залучення громадських організацій сфери формування здорового способу життя. Але особлива відповідальність в оздоровчому процесі відводиться освітній системі, яка повинна зробити навчально-виховний процес здоров'язбережувальним.

Література

1. Бех І. Д. Особистісно зорієнтовані технології виховання // Психологія і педагогіка життєтворчості: Навч.-метод. посібник. — К., 1996.- С.283-298.
2. Ващенко О. Здоров'язберігаючі технології в загальноосвітніх навчальних закладах / О. Ващенко, С. Свириденко// Директор школи. — 2006. -№20. — С. 12-15.
3. Деркач О. Педагогіка творчості: Казкотерапія на допомогу вчителю, вихователю, практичному психологу. - Вінниця: ВДПУ, 2008. - 48 с.
4. Терлецька Л. Про методи арт-терапії // Психолог. — 2002.- № 5.— С.26.

СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА ІНТЕГРАЦІЯ В СУСПІЛЬСТВО ДІТЕЙ З ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ШЛЯХОМ ОРГАНІЗАЦІЇ ЇХ НАВЧАННЯ У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ ЗА МЕТОДОМ МОНТЕССОРІ

Георгієва Н.М.

Комунальний заклад

Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр

«Кришталік»

м. Рубіжне

В даний час збільшується кількість дітей з різними відхиленнями у розвитку. Наслідки раннього органічного ураження центральної нервової системи відбиваються найбільше на моторно-руховому розвитку дітей. Недоліки стосуються загальної, дрібної і артикуляційної моторики дітей. А також соціально-побутової, соціально-нормативної та соціально-трудової адаптації учнів з різними відхиленнями у розвитку. Центральним фактором успішної соціальної адаптації дітей є оволодіння практичними навичками практичного життя, а саме, вмінням обслуговувати себе, а також придбанням трудових навичок. Діти з особливими освітніми потребами - це діти, які потребують отримання спеціальної психолого-педагогічної допомоги і організації особливих умов при їх вихованні і навчанні. Важливим моментом корекційно-педагогічної роботи в сучасному навчальному закладі є формування у дітей мотивації до діяльності і розвиток активного пізнавального інтересу, і тут як не можна краще застосовується система М. Монтессорі. Основний принцип методу Монтессорі заснований на спостереженні за дитиною в природних умовах і прийнятті її такою, якою вона є. М. Монтессорі відкрила одну з найважливіших відмінностей дитячого світу від дорослого - наявність так званих сенситивних періодів сприйняття світу. Цих періодів декілька, і в дорослому стані вони вже ніколи не повторюються. Метод Монтессорі дозволяє дитині в повній мірі оволодіти соціальним пізнанням: себе, світу, суспільства, його структур, соціальним навчанням, яке включає в себе прийоми і навички спілкування, гри, навчання, самообслуговування, трудової професійної діяльності. Основна мета Монтессорі - педагогіки: спонукати дитину до самовиховання, до самонавчання, до саморозвитку. Дитина вчиться в основному самостійно за допомогою спеціально розробленого навколишнього середовища.

Чим відрізняється метод Монтессорі від традиційної педагогіки?

Перш за все, своєю метою. Монтессорі - педагоги не готують дитину до школи, а готують її до життя. Можна навчити дитину писати, читати, але набагато важливіше, щоб вона знайшла упевненість в собі, була самостійною і незалежною, жила в гармонії зі світом.

Свою педагогічну систему М. Монтессорі називала системою саморозвитку дитини в дидактично підготовленому середовищі, де матеріал обирає не вчитель, а сама дитина. Вона ж визначає час роботи з цим матеріалом і сама контролює свої помилки. На відміну від традиційної педагогіки у Монтессорі змінюється і роль педагога. Він не контролює і не вказує на помилки, а спостерігає і приходиться на допомогу, коли вона потрібна. Це можливо завдяки самоконтролюючим матеріалам Монтессорі і створенню розвиваючого середовища в класі.

Основний напрямок сучасного навчального закладу - це соціально-побутова, соціально - нормативна та соціально-трудова адаптація дітей з особливими потребами з подальшою інтеграцією їх в суспільство. Соціальна адаптація особистості спрямована на реалізацію механізму взаємодії дитини з середовищем. Це можливо лише через певні пристосування до неї на основі засвоєння навичок спілкування, поведінки, діяльності.

В результаті самостійної роботи в класі - Монтессорі діти стають більш незалежними, самостійними і адаптованими, що просто життєво важливо для дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Підвищується мотивація до навчання, поліпшується його якість і

нормалізується психоемоційний клімат в класі. Своєчасно створені умови з успішної соціальної адаптації дають можливість згладити наявні недоліки, а в ряді випадків навіть усунути їх у дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

Соціалізація - процес засвоєння індивідом зразків поведінки, психологічних установок, соціальних норм і цінностей, знань, навичок, що дозволяють йому успішно функціонувати в суспільстві. Соціалізація - це не тільки оволодіння соціальним досвідом, а й формування цілісної, успішної особистості.

Як Монтессорі-педагогіка допомагає соціалізувати дитину з обмеженими можливостями здоров'я?

Це закладено в самих принципах і матеріалах Монтессорі-педагогіки:

1. Свобода.

Свобода вибору матеріалу для роботи, місця для роботи, часу роботи з матеріалом. Вільна діяльність стимулює усвідомлений вибір дитиною тієї або іншої дії. На думку Марії Монтессорі, в результаті вільної діяльності дитина сама будує себе як особистість. Дитина постійно стикається з різними проблемними ситуаціями і це приносить їй величезне задоволення і завдання дорослого, не позбавляти дітей цього задоволення подолання труднощів самостійно, не кидатися відразу робити за дитину, а допомагати їй лише при необхідності. Але - свобода кожної людини закінчується там, де починається свобода іншого.

У дитини виробляється самостійність, ініціативність і в той же час враховуються інтереси і потреби оточуючих.

2. Дотримання правил

«Суспільство ґрунтується не на особистих бажаннях, а на поєднанні різних видів діяльності, які повинні бути приведені в стан гармонії». Педагог не вчить дитину правилам і не змушує дотримуватися їх під страхом покарання, а допомагає зрозуміти, чому те чи інше правило існує і що поганого в тому, що воно порушується. Наприклад, правило чекати, якщо матеріал з яким хочеться працювати зараз - зайнятий. Правило - вести себе тихо і не заважати іншим. Правило, прибирати матеріал на місце після роботи. Усвідомлюючи необхідність дотримання правил, дитина поступово приходять до розуміння того, що потрібно поважати роботу інших.

3. Зовнішній порядок призводить до внутрішнього порядку.

Матеріали Монтессорі автодидактичні, що допомагає дитині самій оцінювати результат своєї роботи і виправляти помилки, тобто дитина вчиться бути самостійною. Допоможи мені зробити це самому - ось основний девіз педагогіки Монтессорі.

4. Навчання навичкам практичного життя.

Вправи практичного життя не тільки забезпечують побутову та соціальну адаптацію, а й дають дитині алгоритм дій, уявлення про структуру людської діяльності. Наприклад, як чистити овочі, як мити руки тощо.

5. Сенсорний розвиток.

«Виховання почуттів робить людей спостережливими і не тільки довершує загальну справу пристосування людини до сучасної цивілізації, а й безпосередньо готує до практичного життя». Дійсно, у людей з мізерним сенсорним досвідом орієнтування в практичному житті ускладнене.

6. Різновікові групи.

У класичному Монтессорі-класі разом перебувають діти різного віку. Діти вчаться працювати по одному або разом з іншими дітьми. І крім цього це допомагає уникати конфліктів, пов'язаних з тим, що одночасно багатьох дітей одного віку цікавить один і той самий матеріал, а по-друге, старші діти виступають в ролі наставників, вчителів, а молодші можуть навчитися у тих, хто ще не так далеко «пішов» від них в своєму розвитку.

Стабільне оточення, сталість правил, прийняття дитини, відсутність негативних оцінок з боку педагога підвищують упевненість дитини в своїх можливостях і роблять його

більш самостійним. Дитина вчиться бути залученою в діяльність і досягати мети. Тобто розвивається як цілісна особистість, яка соціалізується.

Чим раніше відбувається занурення дітей з різними вадами в систему корекційно-розвиваючого навчання, тим ефективніше вплив на дитину. Необхідність такої роботи випливає з особливостей дитячого мозку - його пластичності, універсальної здатності до компенсації порушених функцій.

З огляду на складну структуру дефекту, вікові, індивідуально-особистісні та психологічні особливості дітей необхідність комплексного впливу на дитину з обмеженими можливостями спонукає до пошуку шляхів підвищення ефективності корекційної роботи, щоб максимальним чином стимулювати розвиток кожної дитини відповідно до його можливостей, згладжувати негативний вплив захворювання на психічний і фізичний стан дітей. Створення сприятливих умов сприяє включенню дитини з обмеженими можливостями в активний пізнавальний процес, дозволяє залучити й утримати її увагу, створює позитивний емоційний настрій, викликає жвавий інтерес до себе і того, що відбувається.

Як же повинно бути влаштоване навчальне середовище?

Спеціально підготовлене середовище враховує моторні потреби дитини, вона підштовхує його до дій, які розвивають і удосконалюють координацію рухів і концентрацію уваги.

Взявши за основу метод М. Монтесорі в корекційній роботі з дітьми з обмеженими можливостями, середовище організоване таким чином, щоб забезпечувати різноманітні види дитячої діяльності і сприяти включенню вихованців в процес активного пізнання світу.

Згідно з методом М. Монтесорі, діти мають можливість вільно і самостійно працювати в середовищі, свобода і самостійність дозволяють їм пізнавати світ в своєму власному темпі, відчувати себе незалежним, розвивають стійкий інтерес до пізнавальної діяльності.

У цьому середовищі на стінах і спеціальних стелажах, відкритих для всіх вихованців, в певному порядку розташовані дидактичні матеріали, які є стимулами до розвитку. Весь матеріал розташований в логічній послідовності і розподілений на області або на зони. Кожна з цих зон має своє призначення.

Всі матеріали за своєю ясністю, структурою і логічною послідовністю відповідають періодам найбільшої сприйнятливості дитини. Для дитини Монтесорі - матеріал є ключ до світу, завдяки якому вона навчається усвідомлювати свої хаотичні і необроблені враження про світ, крок за кроком стає більш самостійною. Через самостійну роботу з матеріалом дитина набуває різні навички. Вона вчиться ставити мету і знаходити відповідні шляхи її досягнення. Монтесорі - матеріали відповідають спонтанному і ненаситному прагненню дитини до руху. Через сильну привабливість матеріалів дитина набуває інтерес до предметів, дій. З цікавістю і радістю спілкування у нього виникає внутрішня мотивація, яка допомагає йому соціалізуватися у світі.

У книзі «Відкриття дитини» Марія Монтесорі писала: «Якщо добре подумати, вправи в практичному житті - справжня гімнастика, так що саме повсякденне оточення є школою вдосконалення всіх рухів. Скрутити килимок, почистити пару черевиків, вимити раковину або підлогу, накрити на стіл, відкривати або закривати ящики, кришки, двері і вікна, прибрати кімнату, акуратно поставити стілець, закрити фіранку та інше - це вправи, при яких або все тіло, або той чи інший рух вдосконалюється. За допомогою звичайної роботи дитина вчиться рухати руками і кистями, а мускулатура розвивається швидше, ніж при гімнастиці».

Удосконалення рухів, їх координація - нагальна потреба дитини. Дитину знайомлять з алгоритмом діяльності. Аналіз рухів допомагає спочатку педагогу, а потім дитині позбутися зайвих непотрібних дій, що створюють метушню і заважають їй виконувати основну роботу. Відомо, що діти цікавляться не стільки результатом роботи, скільки її процесом, діяльністю. Однак точність виконання грає для них важливу роль. Вихованці миють стіл або ріжуть салат, тому що їм подобається мити або різати.

Практична повсякденна діяльність сприяє не тільки розвитку дрібної мускулатури рук, а й розвитку психічних процесів дитини з обмеженими можливостями, особливо уваги, мислення, пам'яті.

Інтенсивна рухова активність під час цієї діяльності покращує кровообіг в корі головного мозку, створюючи сприятливі умови для повноцінного функціонування і зростання клітин. Виконуючи багато разів, повторюючи вправи (застібання ременів, «блискавок», чистка черевиків кремом для взуття, переливання води, прання білизни, миття посуду, столу тощо), дитина занурюється в роботу так інтенсивно, що не помічає предмети, що знаходяться навколо. Підготовлене середовище, заняття, вправи в практичному житті вчать дитину звикати до того, що кожна річ має своє місце, вчать самостійно, без нагадування приводити предмети в порядок. Фіксований порядок полегшує орієнтацію в просторі. Вправи в практичному житті (чистка взуття, сервіровка столу, складання букетів з живих квітів) представляють собою досить довгу послідовність дій, які потрібно запам'ятати. Процес запам'ятовування полегшують алгоритми, а також механізм м'язової пам'яті або «пам'яті руху». Роблячи акцент на показі, а не на поясненні способу дії, залучаючи до неї потім дитини, педагог тим самим дає їй самостійно і багаторазово - за допомогою рук і за допомогою розуму - виконати всі дії, щоб їх запам'ятати.

Не менш важливі вправи в плані соціального розвитку дитини, і в першу чергу для формування у неї навичок соціальної поведінки, ознайомлення з культурою поведінки в суспільстві, навчання навичкам повсякденної діяльності та особистої гігієни. Вправи в практичному житті дають дитині з вадами розвитку можливість реалізувати внутрішню потребу, поступово виробляють вміння управляти не тільки своїми рухами, а й поведінкою. Здатність володіти собою, керувати емоціями - одна з основних передумов позитивної соціальної поведінки.

Монтессорі-педагогіка в сучасній загальноосвітній школі допомагає вирішувати такі завдання:

- надати кожній дитині з особливими потребами можливість розвивати і вдосконалювати моторику, особливо дрібну мускулатуру рук і пальців. У вправах з'єднувати рухи руки з роботою інтелекту.

- вправляти дітей в прояві турботи про самого себе: одягатися, роздягатися, зачісуватися і розстібати одяг, мити руки, чистити взуття, прати, прасувати, виконувати самостійні дії з самообслуговування.

- вправляти дітей в прояві турботи про навколишнє середовище: прибирання сміття, підмітання, сервіровка столу, аранжування квітів і догляд за ними.

- надати можливість дитині з вадами розвитку індивідуально розвивати і вдосконалювати сенсорні еталони: слух, зір, дотик, нюх, стереогностичні, баричні і тактильні чутливості.

Монтессорі - програми, засновані на діяльності, які спонукають внутрішньою потребою, а не мотивом змагання, допомагають дітям з особливими освітніми потребами сформуванню сприятливого "образ я" і впевненість в собі. Все це дозволяє зустрічати труднощі в соціалізації і зміни з оптимізмом.

Я – ЦІКАВА ЛЮДИНА, А НЕ ІНОПЛАНЕТЯНИН

Заплаткіна Н.В.

*КЗ «Лисичанський дошкільний навчальний заклад
(дитячий садок) № 9 «Червона шапочка»*

м.Лисичанськ

«Я цікава людина тому, що як і всі люди, які живуть на планеті Земля, я - індивідуальна. Я аутист і це мене відрізняє від інших людей, однак це не визначає мене як людину. Так, я особлива, однак поки я дитина, я ще не маю змоги розкрити себе. Ми не знаємо, ким я можу стати, але ясно одне – я не зможу без вас. Будьте захисником моїх інтересів, моїм другом, і давайте подивимося, як далеко я можу зайти», – з такими словами хотіла б звернутися до суспільства кожна дитина, хвора на аутизм.

Важко залишатися байдужим, спостерігаючи за тим, як дитина-аутист, намагається адаптуватися у швидкоплинному сучасному світі. Широкому загалу ця хвороба стала відомою завдяки фільму 1988 року «Людина дощу» з Т. Крузом та Д. Хофманом у головних ролях, що розповідає про двох братів, один з яких був аутистом.

Ще в 2000 році вважалося, що поширеність аутизму становить від 5 до 26 випадків на 10000 дитячого населення. У 2005 році вже на 250-300 новонароджених в середньому доводився один випадок аутизму: це частіше, ніж ізольовані глухота і сліпота разом узяті, синдром Дауна, цукровий діабет або онкологічні захворювання дитячого віку. За даними Всесвітньої організації аутизму, в 2008 році 1 випадок аутизму припадає на 150 дітей. За десять років кількість дітей з аутизмом зросла в 10 разів. Вважається, що тенденція до зростання збережеться і в майбутньому.

Статистика також є відмінною в різних країнах. Починаючи з середини 80-х років фахівці відмітили сплеск захворювання аутичного спектру: в Америці статистика свідчить про одного хворого на 160 здорових дітей. В Ізраїлі ситуація не набагато краща — один хворий на 200 здорових. В Канаді аутизм діагностується в однієї дитини з 500. За даними 2014 року в США до дітей з розладами аутистичного спектра зараховують кожну дитину з 63 дітей. Аутизм стоїть на четвертому місці після розумової відсталості, епілепсії та ДЦП. Але на відміну від цих хвороб, більшості з нас про нього майже нічого не відомо.

Актуальність проблеми полягає в тому, що за останні роки кількість дітей з таким розладом неухильно зростає і на сьогоднішній момент складає 1% від усього населення планети, тобто більше, ніж усе населення України. Кількість людей з аутизмом в Україні сьогодні залишається невідомою, хоча за даними МОЗ, в Україні офіційно проживає 3200 людей з аутизмом. Насправді, реальні цифри в кілька разів вищі. Однак, відсутність в Україні статистики, труднощі з діагностуванням даного захворювання, недостатня кількість фахівців та їх професійна підготовка не дає змоги представити справжню картину цього глобального захворювання і унеможливує надання допомоги родинам, в яких зростає дитина з особливими потребами. Тим більше, що лікування такої дитини стоїть на межі кількох наук – психіатрії, психології, корекційної педагогіки.

Термін «аутизм» (від грецького *autos* – сам) був введений психіатром Е. Блейлером у 1911 році і означає «розлад розвитку нервової системи, що характеризується порушенням соціальної взаємодії, вербальної і невербальної комунікації, повторюваною поведінкою, труднощами у взаємодії із зовнішнім світом». Людина із аутизмом уникає спілкування, проте інтелект аутиста не завжди понижений, часто виявляються так звані «острівці знань» — області, в яких здібності хворого досягають нормального або навіть геніального рівнів.

Аутизм як самостійний розлад вперше був описаний Л. Каннером в 1942 р., в 1943 р. подібні розлади у старших дітей описав Г. Аспергер, а в 1947 р. - С. Мнухін.

Аутизм - захворювання вроджене, а не придбане. До факторів, які провокують аутизм належать: порушення на генетичному рівні, гормональні відхилення, ускладнення при вагітності та пологах, отруєння, збої в хімічно-біологічних процесах, ракові пухлини. Вирішальним чинником у виникненні захворювання зазвичай є спадковість. Якщо в родині хтось мав такий діагноз, існує 5-10 % ризику, що новонароджена дитина також буде хвора аутизмом.

Більш схильні до такого захворювання діти чоловічої статі.

В своїй ранній праці «Аутистичні порушення емоційного контакту» Л.Каннер визначив ряд ознак, характерних для всіх аутистів:

- крайня аутистична самотність — діти не здатні нормально налагоджувати відносини з іншими людьми, але виглядають абсолютно щасливими, коли залишаються самі;
- нездоланне нав'язливе прагнення до постійності — діти дуже нервували, коли відбувались зміни в звичайному ході подій чи обстановці;
- чудова механічна пам'ять — діти здатні запам'ятати велику кількість інформації (наприклад, номери сторінок у предметному вказівнику енциклопедії);
- відтерміновані ехолоалії — діти повторювали фрази, які чули, але не використовували мову для комунікації;
- гіперчутливість до сенсорних впливів — діти дуже бурхливо реагували на певні звуки і явища, наприклад: шум паротягу, ліфту чи навіть дуновіння вітру. У деяких дітей були труднощі з прийомом їжі або дивні вподобання в їжі;
- обмеженість репертуару спонтанної активності — у дітей спостерігались стереотипні рухи, репліки, інтереси;
- хороші когнітивні задатки — надзвичайна пам'ять і моторна спритність, таких дітей свідчать про високий інтелект.

Пізніше зі всіх ознак як ключові складові аутизму Л. Каннер виділив тільки дві: «Крайнє відчуження і нав'язливе прагнення до збереження одноманітності обстановки».

Аутизм розвивається у дітей у віці приблизно 2-3 років і проявляється в специфічних розладах розумової діяльності – порушенні діяльності емоційної сфери зі збереженням інтелектуальної складової мислення.

Діагностувати аутизм у дітей, симптоми якого проявилися в дитячому віці, зазвичай досить важко, однак батькам дитини 1 року життя варто звернути увагу на наступні особливості поведінки дитини:

- відсутність жестикуляції або незвичайні жести;
- погана реакція малюка або її повна відсутність на спроби комунікації з оточуючими;
- запізніле гуління;
- у півроку малюк не вміє посміхатися і не використовує міміку;
- до 9 місяців дитина не намагається повторити за дорослими вирази їхніх обличч;
- у рік дитина не вимовляє звуки, що нагадують слова.

У 2-3 роки дитячий аутизм в симптомах виражається наступним чином:

- у малюка дуже убогий словниковий запас;
- дитина дуже мало говорить;
- у своїй промові дитина використовує мало приголосних звуків;
- малюкові важко грати в ігри на розвиток фантазії;
- дитина ніби живе у своєму особливому світі;

Зазвичай аутизм, ознаки якого з'явилися у дитини в перші роки життя, зберігається і в дорослому віці, проте симптоматика може бути дещо пом'якшено, якщо протягом життя проводилося лікування захворювання. Дитячий аутизм, ознаки якого можуть зовсім не виявлятися у перші роки життя, може дати про себе знати в шкільному віці.

Для того, щоб діагностувати аутизм, спеціалісту недостатньо лише одного з можливих симптомів, тому для точного виявлення захворювання використовується певна сукупність ознак. У дітей-аутистів ознаки в сукупності проявляються наступним чином:

- порушення взаємного спілкування між дитиною і оточуючими його людьми;
- діти-аутисти відрізняються стереотипністю поведінки і мають дуже обмежені інтереси.

До рідкісних ознак аутизму у дітей відноситься також вибірковість в їжі.

Діагностує таке захворювання, як дитячий аутизм, зазвичай лікар-педіатр на підставі спілкування з дитиною і проходження нею спеціальних тестів, які допоможуть виключити інші можливі причини відхилень у поведінці дитини, наприклад, пов'язані зі слухом чи зором.

Приблизно 60 % дітей із аутизмом, реабілітацію яких було розпочато у віці 2—4 роки, до досягнення шкільного віку здатні займатися за програмою загальноосвітньої школи, 20 %

— за допоміжною програмою. Водночас серед дітей, яким діагноз було встановлено у віці після 6 років, лише 30 % здатні навчатися в школі.

На сьогоднішній день не існує універсальної спеціальної методики, яка дозволяє позбутися проявів цього захворювання, тому лікування планується завжди в індивідуальному порядку, виходячи з особливостей конкретного випадку.

В лікуванні аутизму виділяються три основні корекційні методики:

- сімейна терапія;
- медико-психологічна терапія;
- корекція основних порушень в поведінці дитини-аутиста.

Часто дітям-аутистам в якості додаткового лікування призначаються спеціальні заняття з лікувальної фізкультури, які допомагають малюкам вчитися керувати своїм тілом і відчувати його. Основне завдання батьків на етапі лікування малюка — це надання йому емоційної підтримки і встановлення особливого контакту з ним.

Також в лікуванні аутизму мають місце спеціальні дієти і прийом деяких лікарських препаратів.

Заняття з фізіотерапевтами і логопедами допомагають поліпшити стан дитини, а робота з психологами коректує поведінку дитини-аутиста і в більшості випадків діти з таким діагнозом стають більш підготовленими до життя в соціумі.

Саме серед аутистів найчастіше зустрічаються генії — відсоток особливо обдарованих людей серед осіб з таким діагнозом набагато вище, ніж серед звичайних людей. Ось далеко не повний перелік тих, хто в дитинстві страждав від розладів аутистичного спектру: Сократ, Ньютон, Дарвін, А. Ейнштейн, В. Ван Гог, В.Аллен, А. Хічкок, В. Вульф.

Безперечно те, що аутизм – це хвороба, з якою цілком можна жити. Більш чи менш успішна соціальна адаптація аутиста цілком можлива – залежно від того, наскільки рано почати працювати з такою дитиною і якими саме методами.

Задача батьків і педагогів полягає в тому, щоб побудувати міст, по якому можна вивести маленьку дитину на свій шлях. Батьки, не байдужі до життя своєї дитини, здатні подолати різноманітні перешкоди і досягти певних успіхів в цій нелегкій справі. Ось декілька роздумів матусь, діти яких страждають на аутизм:

«Мені б тільки пустити кораблик по самій великій воді... Мій чудовий кораблик на ім'я Маша. Найбільша вода — річка життя... Мій кораблик поки тримається за мою руку. І я не можу, як і багато батьків, не думати про те, що буде після ... логічніше написати прямо — після моєї смерті».

«Є речі, до яких життя тебе не готує. Особливо коли тобі тільки 20 і все життя, таке щасливе і безхмарне, попереду. А життя іноді свої дари підносить на розпеченій тарілці. Щоб дати тобі можливість усвідомити, що в цьому світі має справжню цінність. Я теж в один день виявилася по той бік огорожі з розпеченою тарілкою в руках. І потрібно було чимало часу, щоб зрозуміти, що вона золота. Ігор навчив мене дуже багатьом речам. В першу чергу - терпінню та толерантності. Мій найбільший страх - як він буде жити, такий нехитрий і неземний, коли мене не стане. Але в мене, сподіваюся, ще є час щось змінити. І не тільки в мене. Не будьте байдужими. Бо якщо цей безглуздий світ щось і врятує, то тільки любов і доброта».

Аутизм - не можнавилікувати. Але, якщо з раннього дитинства активно допомагати дитині, вчити її спілкуванню з іншими людьми, навчити її жити в суспільстві, то все це значно послабить симптоми аутизму і допоможе дитині не боятися загубитися у величезному світі.

Література

1. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. - Донецк, 1999.
2. Соколова Н. Секрет "Человека дождя" // Семейная психология. - 2002. - № 22.

3. Ульянова Р.К. Дошкольное воспитание аномальных детей. Коррекция двигательных нарушений у детей дошкольного возраста с ранним детским аутизмом // Дефектология. - 1988. - № 4. - С. 66-70.

ПАРТНЕРСТВО З МІЖНАРОДНИМ ФОНДОМ TERRE DES HOMMES ЩОДО ЗАДОВОЛЕННЯ ПОТРЕБ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Іващенко О.Л.

Підгорівська загальноосвітня школа I-III ст.

м. Старобільськ

У звичайній американській або європейській школі нікого не здивують учні з особливостями психофізичного розвитку — вони є повноправними учасниками навчального процесу. В Україні ж відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які впроваджують інклюзивне навчання, поки не дуже великий. Адже щоб учні з особливими освітніми потребами почувалися вільно в загальноосвітньому закладі, необхідно створити відповідні умови, адаптувати навчальні програми та плани, залучити необхідних фахівців до роботи з такими дітьми. У звичайній сільській школі функції багатьох спеціалістів по роботі з такими дітьми, як правило, виконує одна особа – соціальний педагог.

У Підгорівській загальноосвітній школі I-III ст. навчається 250 дітей, четверо з яких мають особливості психофізичного розвитку. Серед них одна дитина знаходиться на індивідуальному навчанні. Класів з інклюзивною освітою у школі немає. Усі діти мають рівні права — на життя, охорону здоров'я, освіту і звичайне шкільне дитинство. Учні з особливими освітніми потребами є активними учасниками позакласної роботи, яка проводиться з урахуванням психофізичних можливостей дитини і спрямована на всебічний розвиток особистості, формування позитивного соціально-психологічного статусу. Розуміючи це, їм та іншим учасникам навчально-виховного процесу було запропоновано долучитися до проекту-ігротеки «Рух, ігри, спорт» за підтримки Міжнародного фонду «Terre des Hommes».

Педагогічні працівники трьох шкіл Старобільського району, серед яких була і Підгорівська загальноосвітня школа, прийняли участь у практичному семінарі-тренінгу «Психосоціальні групові заняття для дітей та дорослих. Рух, ігри, спорт», який відбувся 18-19 грудня 2015 року у м. Севєродонецьк.

На початку 2016 року були отримані сертифікат та інвентар для організації занять з дітьми та дорослими у школі. Проект «Рух, ігри, спорт» - це психосоціальні ігри або творчі заняття з дітьми та дорослими, які вчать взаємоповазі та сумісній роботі. Кожне заняття спрямоване на розвиток психосоціальних якостей, а саме: особистісних якостей (самоповага, ентузіазм, творчість, відповідальність, чесність, рішучість) та соціальних навичок (віра в інших, повага, співчуття, обов'язковість, співпраця). Метою занять є покращення психосоціального стану дітей і дорослих та організація їх дозвілля.

Фонд Terre des hommes (Terre des hommes Foundation) – неурядова організація, що надає допомогу у гарячих точках. Більш ніж 50 років своєї діяльності Terre des hommes працює в двох основних сферах – охорона здоров'я та робота з дітьми.

Tdh розгорнула свою гуманітарну діяльність в Україні в 2015 році, розпочавши її з надання психосоціальної підтримки місцевим та тимчасово переміщеним дітям, а також їх сім'ям, для надання необхідної гуманітарної допомоги.

Після того як ігротека була презентована батькам і дітям в школі, вони активно почали використовувати ці знання в позаурочний час. Для того, щоб ефективно організувати дозвілля дітей, батьки вирішили створити дитячий майданчик. На даний час на цьому майданчику шкільні аніматори проводять цікаві заходи та рухливі психосоціальні ігри.

Групові заняття, як показала практика, краще проводити малими групами дітей, педагогів та батьків, у складі яких є дитина з вадами розвитку. Головне, з початку, правильно підібрати час заняття та його вид, в залежності від віку, складу та можливостей групи. Як правило, після таких занять, дитина починає почувати себе значущою для суспільства, підіймає свою самооцінку, розкриває таланти та схильності. Рухливі ігри без суперництва сприяють згуртованості учасників для досягнення поставленої мети. Між педагогом та учасниками зникає межа непорозуміння, що потім позитивно віддзеркалюється у подальшій спільній роботі в урочний та позаурочний час. Після проведення таких занять поліпшується загальна атмосфера у класі, діти починають краще розуміти один одного, знижується рівень жорстокості та агресії, поліпшуються взаємини «діти-батьки-педагоги».

За 2016 рік було проведено 36 групових психосоціальних занять з дітьми, 1 – з батьками, 2 – з учнями та педагогами та 1 творче заняття. Постійно, впродовж року, тренери (4 учителя) та аніматори з числа учнів (5 дітей) вдосконалюють свій рівень через ігрові програми, які підвищують не тільки фізичні якості, а й моральні, творчі, цивільні. Так, учениця 9 класу з вадами зору, займалася бісероплетінням, написанням віршів. Після відвідування творчого заняття вона зрозуміла, що в неї добре виходить ще й малювати. Відчувши себе більш впевненою, вона разом з іншими дітьми почала активно приймати участь у різноманітних творчих виставках і конкурсах.

Результати аналізу соціальної адаптації учнів з психофізичними вадами свідчать про те, що вони, пройшовши курс занять проекту «Рух, ігри, спорт», відчують себе добре адаптованими в суспільстві та мають більше шансів отримати вищу освіту, гарну професію, ніж учні спеціалізованих шкіл та шкіл-інтернатів. Тож, для дітей з особливими освітніми потребами, навчання в такій школі, як наша, є альтернативою навчання вдома та інших спеціалізованих закладах.

ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Ігнатуша А.Л.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Аналіз стану сучасного суспільства спонукає до роздумів про роль у цьому суспільстві дітей, які мають особливості психофізичного розвитку, тобто тих, які випадають із нашого стереотипного уявлення про так звану нормальність. Відомий письменник Луї Маршалл, розмірковуючи про норму та патологію, схиляється до трактування певної умовності норми, оскільки ті люди, які не виявляють зовнішніх ознак відхилень, досить часто мають грубі внутрішні порушення, невидимі оку.

Видатний український філософ Г. Сковорода, говорячи про людей уражених хворобою, ставив риторичне питання: «Невже гадаєш, що премилосердна й дбала матір наша природа зачинила їм двері до щастя, ставши для них мачухою?». Це риторичне запитання нині хвилює багатьох спеціалістів, причетних до навчання, виховання, соціальної реабілітації дітей, яких природа позбавила достатньою мірою сприймати світ, відчувати свою належність до нього через хвороби, травми, патологічні стани. Визнання прав такої дитини, її інтересів, потреб, надання допомоги у процесі соціалізації та вибору професійної діяльності є дуже важливим на сучасному етапі розвитку освіти. Тому важливого значення набуває інклюзивне навчання, що передбачає спільне перебування дітей із порушеннями психофізичного розвитку з їх здоровими однолітками.

У різних країнах світу інклюзивна форма навчання дітей з особливими освітніми потребами існує понад 30–40 років і стала вже світовою тенденцією. До країн із найбільш досконалим розвинутим законодавством у галузі інклюзивної освіти належать: Канада, Кіпр, Данія, ЮАР, Іспанія, Бельгія, Швеція, Великобританія, США. Наприклад, в Італії законодавство підтримує інклюзивну освіту з 1971 року і акцентує увагу саме на соціалізацію «особливих» дітей, в результаті якої вони стають повноправними членами суспільства.

Міжнародні стандарти в галузі прав людини ґрунтуються на ідеї участі кожної особи в суспільному житті на засадах рівності й без дискримінації (ООН, 1993). Поширення в Україні процесу інклюзивного навчання дітей з обмеженими можливостями фізичного та/або психічного здоров'я є не лише відображенням часу, але й представляє собою ще один крок до забезпечення повної реалізації прав дітей з особливими потребами на якісну освіту.

Актуальність проблеми інклюзивної освіти пов'язана, насамперед, з тим, що число дітей, які потребують корекційного навчання, неухильно росте. Дітей, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку, в Україні понад 1 млн., що становить 12% від загальної кількості дітей у країні. Окрім зростання кількості дітей з обмеженими можливостями, наголошується тенденція якісної зміни структури дефекту, комплексного характеру порушення у кожній окремій дитині.

Україна не може сліпо скопіювати досвід інших країн через різні економічні, етнографічні умови та різний менталітет, вона створює свій шлях розвитку інклюзивного навчання. В нашій країні початок інтеграційних процесів «особливих дітей» у масову шкільну систему почався з 90-х років минулого століття. У 2001 р. Міністерство освіти і науки України, Інститут спеціальної педагогіки АПН України та Всеукраїнський фонд «Крок за кроком» започаткували науково-педагогічний експеримент «Соціальна адаптація та інтеграція в суспільство дітей з особливостями психофізичного розвитку шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх закладах», основна мета якого була розробка і реалізація механізму інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади, ранньої інтеграції цих дітей в соціальне середовище з урахуванням їх типологічних та індивідуальних особливостей. Але остаточно інклюзивна освіта стала підтримуватись законодавчою базою України з 2010 року, коли до Закону України «Про загальну середню освіту» були внесені зміни, згідно з якими загальноосвітні навчальні заклади могли повноправно створювати спеціальні та інклюзивні класи для навчання дітей з особливими потребами. У жовтні 2010 року МОНмолодьспорту України затвердило «Концепцію розвитку інклюзивної освіти», а в серпні 2011 року Кабінет міністрів України затвердив «Порядок організації інклюзивного навчання в загальноосвітніх навчальних закладах». Нині інклюзивне навчання поширюється у всіх регіонах України.

При цьому інклюзивною освітою охоплено 5,0% дітей з інвалідністю: станом 2015 рік дошкільні навчальні заклади відвідували 7 950 дітей-інвалідів; у навчальних закладах для здобуття повної загальної середньої освіти навчалися 41 557 дітей, які потребують корекції фізичного та(або) розумового розвитку. Таким чином, 95,0% дітей з інвалідністю навчаються в умовах спеціальних навчальних закладів, або не отримують освіти взагалі.

Тому пошук підходів до активізації розвитку інклюзивної освіти є важливим державним питанням.

Протягом останнього десятиліття вітчизняні науковці, зокрема, С. Богданов, Г. Гаврюшенко, А. Колупаєва, Н. Найда, Н. Софій, І. Ярмошук, А. Колупаєва, Т. Євтухова, В. Ляшенко, І. Іванова, О. Столяренко, А. Шевчук, О. Савченко та ін., присвячують свої праці дослідженням проблеми залучення осіб з особливими потребами до навчання в освітніх закладах, їх реабілітації та соціалізації до суспільних норм.

Значний вплив на розвиток системи спеціальних навчальних закладів, удосконалення їх структури, розробку методик ранньої діагностики психічного розвитку дітей мають праці психологів Л.Виготського, О. Венгер, О.Запорожця, О.Киричука, Г.Костюка, Б.Корсунської, С.Максименка, Н.Морозової, В.Синьова, П. Таланчука, В.Тарасун, М.Ярмаченка. В них

обґрунтовано принципів положення щодо особливостей розвитку психічних процесів у дітей різного віку, ролі корекційного виховання у підготовці до шкільного навчання, механізмів формування їх соціально-комунікативної активності. В дослідженнях вчених вивчалася історія становлення і розвитку окремих напрямків спеціальної освіти дітей шкільного віку з різними психофізичними порушеннями. Одночасно аналізувалася історія виникнення наукових поглядів на ті чи інші прояви аномального розвитку та засоби їх психолого-педагогічної корекції.

Насьогодні розроблено Інститутом та затверджено МОН України навчально-методичні посібники для педагогів і батьків, зокрема: «Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами» (за заг. ред. А. А. Колупаєвої); науково-методичний посібник «Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання» Колупаєвої А. А. та Савчук Л. О., путівник для педагогів «Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка» Колупаєвої А. А. й Таранченко А. О. В системи Інститутів післядипломної педагогічної освіти впроваджено навчальні програми: «Вступ до інклюзивної освіти» (автори: Колупаєва А. А., Єфименко С. М.), «Диференційоване викладання в інклюзивному класі» (автори: Таранченко О. М., Найда Ю. М., за заг. ред. А. А. Колупаєвої); навчальну програму та навчально-методичний посібник Колупаєвої А. А., Данілавічюте Е. А., Литовченко С. В. «Професійне співробітництво в інклюзивному навчальному закладі»; навчальну програму та навчально-методичний посібник для педагогічних університетів «Основи інклюзивної освіти» (за заг. ред. А. А. Колупаєвої) тощо.

В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей, яка забезпечує однакове ставлення до всіх людей, але створює спеціальні умови для дітей з особливими потребами. Навчання дітей з особливими потребами ґрунтується на принципах виваженої педагогіки, дієвість яких підтверджується і від використання якої вирають усі діти. Вона передбачає, що різноманітність між людьми є природнім явищем. Через обмеження у спілкуванні, самообслуговуванні, пересуванні розвиток цих дітей значною мірою залежить від задоволення їхніх потреб іншими людьми, а це становить багатогранний процес соціально-педагогічної інтеграції та процесу інклюзії, зокрема. Освіта дітей з особливостями психофізичного розвитку є однією із найважливіших завдань для країни. Це необхідна створення дійсно інклюзивного середовища, де кожен зможе відчувати затребуваність свого існування. Суспільство зобов'язане дати можливість кожній дитині, незалежно від її потреб та інших обставин, повністю реалізувати свій потенціал, приносити користь суспільству і стати повноцінним його членом. Водночас, наше сьогодення - це зміна ціннісних орієнтацій в освіті, визначення розмаїття кожної дитини, обумовлене зміною освітньої парадигми на гуманістичну «освіта для всіх, школа для всіх» [5,59].

Інклюзивне навчання - це система освітніх послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, яка передбачає навчання в умовах загальноосвітнього закладу. Інклюзивна освіта - це процес, у якому школа намагається відповідати на потреби всіх учнів, вносячи необхідні зміни до навчальної програми та ресурсів, щоби забезпечити рівність можливостей.

Інклюзивна освіта націлена на:

- залучення дітей з обмеженими можливостями в освітній процес;
- соціалізацію дітей-інвалідів у сучасному суспільстві;
- створення активної поведінкової установки у дітей-інвалідів на впевнене позиціонування себе в сучасному суспільстві;
- вміння перетворювати свої недоліки в переваги;
- зміну ставлення сучасного суспільства до людей з обмеженими можливостями.

Основний принцип інклюзії: у всіх випадках, коли це можливо, усі діти мають навчатися разом, незважаючи на певні труднощі чи відмінності, які існують між ними. Розкриття потенційних можливостей дітей з психофізичними порушеннями залежить

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

На зміну спеціалізованому навчанню приходять нові форми отримання освіти – інтеграція та інклюзія, завдяки яким учні з особливими потребами отримують можливість перейти зі спеціалізованих шкіл у масові за місцем проживання. Але, якщо інтеграція передбачає пристосування дітей з психічними і фізичними вадами до вимог всієї системи освіти, яка в цілому залишається незмінною, не пристосованою для навчання даної категорії учнів, то інклюзія полягає в адаптації системи до потреб дитини.

Для дітей з обмеженнями життєдіяльності мають бути створені такі основні умови:

– регламентоване нормативно–правовими документами фінансове та юридичне забезпечення освітнього процесу;

– спеціально підготовлені для роботи з дітьми з обмеженнями життєдіяльності педагоги та фахівці (кадровий ресурс);

– матеріально-технічне оснащення для створення без бар'єрного середовища (пандуси, підйомники, спеціально обладнані туалети, кабінети лікувальної фізкультури, психомоторної корекції, кімнати для логопедичних та корекційних занять з дефектологами і психологами, медичний кабінет, спортивний зал тощо);

– адаптовані освітні програми, складання фахівцями, педагогами та батьками індивідуальних планів занять;

– необхідний роздатковий та дидактичний матеріал для занять з дітьми [6, 64].

Інклюзивне навчання може здійснюватись за однією з форм:

- повна інтеграція, за якою діти з психологічною готовністю до спільного навчання зі здоровими однолітками та рівнем психофізичного розвитку, що відповідає віковій нормі, по 1-3 особи долучаються до звичайних класів (груп) загальноосвітнього (дошкільного) навчального закладу; при цьому вони мають одержувати корекційну допомогу за місцем навчання та проживання;

- часткова інтеграція, за якої діти з особливостями психофізичного розвитку, які неспроможні на рівні зі здоровими однолітками оволодіти освітнім стандартом, лише на частину дня долучаються до загальноосвітніх класів (груп) по 1-3 особи;

- тимчасова інтеграція, за якої діти з особливостями психофізичного розвитку об'єднуються зі здоровими однолітками 2-4 рази на місяць для проведення спільних виховних заходів;

- комбінована інтеграція, за якої діти з близьким до норми рівнем психофізичного розвитку по 1-3 особи долучаються до звичайних класів (груп) загальноосвітнього (дошкільного) навчального закладу; у процесі навчання вони постійно одержують допомогу вчителя-дефектолога (асистента вчителя);

Повна і комбінована форми інтеграції прийнятні для дітей з високим рівнем психофізичного і мовленнєвого розвитку; часткова і тимчасова доцільні для дітей з нижчим рівнем розвитку, зокрема для дітей з порушеннями інтелекту.

Ефективності навчально-виховного процесу сприяють різні форми роботи: навчальна робота в парах; робота груп кооперативного навчання; робота з індивідуальними інструкціями; незалежні самостійні заняття.

Для досягнення успіху дітей з особливостями психофізичного розвитку в навчальній діяльності необхідно враховувати: час, протягом якого дитина може концентрувати увагу (5-7 хв, 15 хв); зручність (давати дитині можливість визначити, в яких умовах їй зручніше працювати: в ігровій кімнаті, мистецькому центрі тощо); відволікання (визначити місце і умови роботи, за яких дитина мінімально відволікається на сторонні подразники; слідкувати, щоб увага була сконцентрована на матеріалах центру); рівень шуму (визначити робоче місце учня поруч з учителем, асистентом або лідером групи, щоб уникати гамору); вибір

матеріалів (розташовувати в центрі тільки ті матеріали, що стосуються теми, завдання; використовувати засоби навчання, які сприяють соціальному та емоційному розвитку дитини); створення сприятливої атмосфери (ранкові зустрічі, святкування досягнень дитини, визначення учня «дитиною дня», нагородження призами).

Зміст, форми та методи навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку мають бути корекційно спрямованими. Це означає, що кожна тема, яка вивчається в школі, кожний метод і прийом, використаний вчителем чи вихователем, мають сприяти не лише засвоєнню знань, умінь, навичок, формуванню поведінки, а й виправленню вад психофізичного розвитку (залежно від дефекту).

Дитина з особливостями психофізичного розвитку не повинна займати особливого становища в класі, вона має почуватися природно, досягти самостійності, наскільки це можливо. Дуже важливо в інклюзивному класі створити таку атмосферу взаєморозуміння та взаємодопомоги між учнями, щоб забезпечити дитині з особливостями психофізичного розвитку можливість самоствердитися, подолати неадекватні установки та стереотипи, набутти певних навичок соціальної поведінки.

Результативність навчально-виховної, корекційно-реабілітаційної і лікувально-профілактичної роботи в інклюзивному класі (групі) значною мірою залежить від скоординованості впливів усіх членів команди (керівника закладу, педагогів, лікарів, психолога, дефектолога, реабілітолога, батьків) на дітей з особливостями психофізичного розвитку, комплексного підходу до планування і реалізації корекційно-розвивальних заходів. Важливо заохочувати організацію неформальних груп підтримки серед учнів школи з метою створення простору для соціальної реабілітації дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Література

1. Богданов С. Соціальний захист інвалідів. Український та польський досвід / С. Богданов; відп. ред. О. Палій. – Київ : Основи, 2002. – 93 с.
2. Заярнюк О.В. Соціальний захист уразливих верств населення: вітчизняний та зарубіжний досвід / О.В. Заярнюк // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Серія «Економічні науки». – Кіровоград : КНТУ. – 2004. – Вип. 6. – С. 131–134.
3. Коваленко Н. Щороку кількість сліпих у світі зростає / Н. Коваленко, Н. Шерстюк [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://health.unian.ua/country/152529-schoroku-kilkist-slipih-usvitizrostaе.html>.
4. Софій Н.З., Найда Ю.М. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти / Інклюзивна школа: особливості організації та управління : [навч.-метод. посіб.] / [А.А. Колупаєва, Ю.М. Найда, Н.З. Софій та ін.] ; за заг. ред. Л.І. Даниленко. – К., 2007. – 128 с.
5. Цыганов М.Е. Интеграция инвалидов в сферу занятости: опыт стран Евросоюза / М.Е. Цыганов // Труд за рубежом. – 2003. – № 4. – С. 28–56.
6. Ярская-Смирнова Е.Р. Социальная работа с инвалидами / Е.Р. Ярская-Смирнова, Э.К. Наберушкина. – СПб. : Питер, 2004. – 316 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛУЗЛИН-ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С АУТИЗМОМ

Кнященко А.А.

*ОП «Лисичанский педагогический колледж
ЛНУ имени Тараса Шевченко»*

г.Лисичанск

Аутизм представляет собой спектр расстройств, которые варьируются в зависимости от степени тяжести симптомов и проявления характерных особенностей. Эти отличительные особенности влияют на способность социального взаимодействия человека с другими людьми, на общение. Также для людей с аутизмом характерна повышенная или пониженная чувствительность к звукам, прикосновениям, вкусу, запаху и свету. В большинстве случаев характерные черты аутизма проявляются в возрасте от одного до трех лет.

В Великобритании насчитывается более полумиллиона людей, страдающих аутизмом (Baird et al., 2006). С начала 90-х гг. был отмечен рост количества людей с аутизмом. Возникла необходимость предоставления подходящей сенсорной стимуляции для того, чтобы облегчить развитие коммуникативных навыков, и в то же время предоставить такую сенсорно-стимулирующую среду, которая отвечала бы всем остальным нуждам развития сенсорного восприятия. Так утверждает доктор Ханна Линк (бакалавр, клинический психолог, доктор клинической психологии, Великобритания, 2012 г.)

Для человека с аутизмом взаимодействие с другими людьми может оказаться настоящим испытанием, и существующая окружающая сенсорная среда может приносить беспокойство. Такая ситуация может приводить к увеличению стереотипных и поведенческих проблем. Модифицируя сенсорные потребности и сосредотачиваясь на возможностях человека, количество проявлений данных нарушений в поведении можно снизить. Подобное модифицирование может также способствовать сенсорному и информационному восприятию, что приведет к меньшему количеству проблем во взрослой жизни. Если у ребенка есть сложности в восприятии и интерпретации сенсорного воздействия, то становится понятным, почему они видят мир по-другому, а не так как мы.

Один из подходов, который может помочь с развитием сенсорного восприятия, это создание окружающей среды «Снузлин». Сенсорная комната «Снузлин» предоставляет широкий спектр сенсорной стимуляции, которая направлена на то, чтобы отвечать нуждам людей с аутизмом и развивать их сенсорное восприятие. Это будет способствовать их подготовке к участию и вовлечению в различные виды деятельности.

Поведение, характерное для людей с аутизмом, включает в себя три главных аспекта. Это недостаточность социальных взаимодействий, нарушенная коммуникация, нарушенное сенсорное восприятие.

При социальном взаимодействии с другими людьми отмечается ограничение зрительного контакта и проявления различных выражений на лице и жестов. «Снузлин» не предлагает прямого социального взаимодействия, поэтому подходит для любого человека, независимо от уровня его социальных навыков. Можно подобрать занятия, направленные на развитие независимого, параллельного и совместного взаимодействия.

Нарушенная коммуникация – у детей с аутизмом зачастую проявляются задержки в умении понимать речь и говорить. Можно использовать «Снузлин» с возможностью переключателей для закрепления коммуникативных навыков и для лучшего применения сенсорного подхода.

Нарушенное сенсорное восприятие заключается в том, что такому человеку может казаться, что окружающий мир чувств подавляет его. Это может приводить к состоянию фрустрации. Это, в свою очередь, может приводить к перепадам в настроении и чувству потери контроля. Уровень стимуляции в комнате «Снузлин» может быть отрегулирован (большая или меньшая степень стимуляции) для того, чтобы контролировать уровень сенсорной возбудимости и модифицировать поведение.

Окружающая среда «Снузлин» оказывает прямое и не прямое воздействие на органы чувств и может быть использована отдельно или как часть общей терапии для того, чтобы обеспечить сенсорное воздействие. Оборудование, которое подходит для людей с аутизмом, может включать в себя:

Визуальная стимуляция (зрение) – фиброоптическое волокно, проектор с изображениями, вызывающими воспоминания, пузырьковые трубки.

Слуховая стимуляция (звук) – записи с релаксирующими звуками, вибрирующий звук от оборудования, музыка ветра, музыка, отражающая личные музыкальные предпочтения.

Обонятельная стимуляция (запах) – ароматерапия, знакомые ароматы духов или средств после бритья. Например, знакомый запах духов или средства после бритья родителей может снизить уровень беспокойства ребенка.

Вкусовая стимуляция (вкус) – любые съедобные продукты, которые обладают различными вкусами или текстурой. Люди с аутизмом могут ориентироваться на конкретные вкусы и текстуру. Нужно стремиться к постепенному расширению ряда продуктов, узнаваемых на вкус.

Тактильная стимуляция (прикосновение) – вибрирующие подушки и матрасы, утяжеленные одеяла с различными текстурными поверхностями.

Проприоцептивная или вестибулярная стимуляция (движение) – кресла-качалки, лошадки-качалки. Растяжки и вытягивание.

Окружающая среда комнаты «Снузлин» – это в своем роде «набор инструментов» с различным оборудованием, предназначенным для воздействия на разные сенсорные зоны человека, который использует это оборудование. «Снузлин» не использует все предметы оборудования одновременно.

Перед использованием оборудования «Снузлин» необходимо оценить состояние человека с аутизмом. Для этого может понадобиться следующее.

Средство сенсорной оценки и профилирования (Collier, 2003). Это исследование помогает выявить сенсорные предпочтения человека. Рекомендуется начинать терапевтические сессии «Снузлин» с оборудования, которое будет влиять на сенсорные зоны, предпочтительные для данного человека. Это поможет с более легким переходом к использованию сенсорной комнаты «Снузлин» и может быть использовано в качестве отправной точки для стимуляции и других органов чувств по мере прогресса при прохождении терапии.

Сенсорный профиль (Dunn, 1999). Это исследование помогает определить уровень стимуляции, необходимый человеку. При исследовании выявляют тех, кто обладает различными сенсорными порогами, и кто ориентирован на разные сенсорные модальности. Благодаря такой информации можно подобрать необходимый уровень стимуляции в комнате «Снузлин».

Уровень активности согласно д-ру Пул (PAL) в качестве инструмента оккупационального профилирования (Pool, 2011). Это исследование лучше подходит для аутистов взрослого возраста. Даются инструкции, как проводить терапевтическую сессию «Снузлин» в зависимости от степени когнитивного нарушения. Инструкции помогают структурировать деятельность, разработать терапевтическую сессию «Снузлин» и провести ее от начала и до конца.

Информационные листы для предлагаемой среды с мультисенсорным воздействием (Pagliano, 2001). Данные информационные листы помогают вести мониторинг прогресса, наблюдаемого в среде комнаты «Снузлин»; ведётся запись поведенческих реакций по стандартной системе. Акцент делается на индивидуальных способностях человека и на аспектах среды «Снузлин», способствующих развитию и обучению.

Необходимо использовать руководство в сочетании с четкими методами оценки. Руководство по использованию «Снузлин» есть в методике исследования «Уровень активности согласно Пулу (PAL) в качестве инструмента оккупационального профилирования» (Пул, 2011).

Использованные источники

1. Сенсорная терапия «Снузлин» для людей с аутизмом. – Режим доступа : <http://rehabmedical.ru/stati/sensorroom.html>.

2. Сенсорная комната «Снузлин». – Режим доступа : <http://rehabmedical.ru/catalog/sensornaya-komnata/chto-takoe-sensornaja-komnata-snuzlin.html>.

3.Мультисенсорная комната Snoezelen. – Режим доступа : <https://obektivcentr.ru/multisensornaya-komnata-snoezelen>.

4.Baird, G et al (2006) Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South West Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). The Lancet, 368(9531), pp210-215.

ПІДТРИМКА ПЕДАГОГА, ЯКИЙ ПРАЦЮЄ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ПРОСТОРИ

Коган О.В.

Психолого-медико-педагогічна консультація

міського методичного кабінету

Рубіжанської міської ради

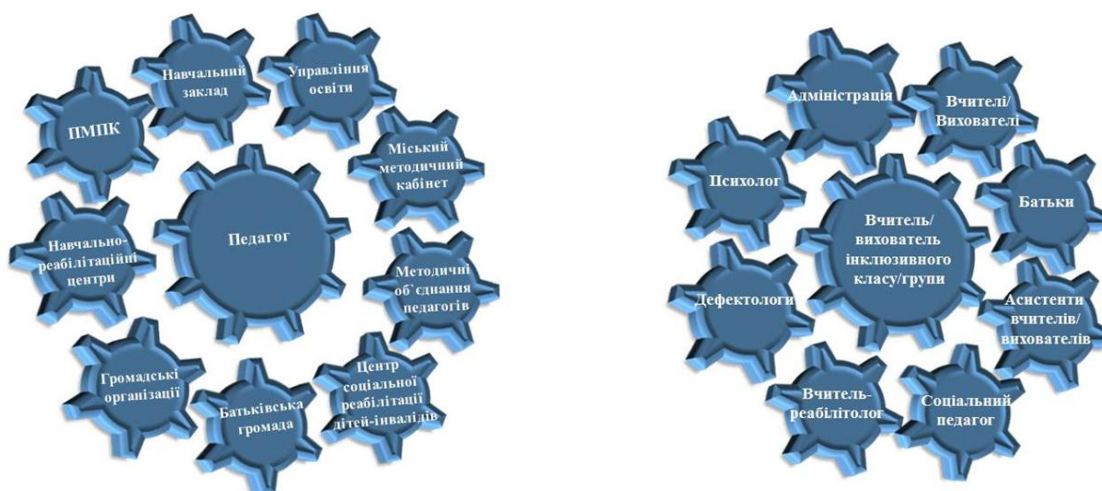
м.Рубіжне

Кожна родина, яка очікує народження дитини, не думає і, повірте, не мріє народити неповносправну дитину. Вона очікує на здорове, розумне дитя, пов'язуючи з її народженням багато надій. Та нажаль, кожного дня на цей світ народжуються діти, яких ми називаємо дітьми з особливими освітніми потребами. Перед батьками постає багато питань і не останніх за важливістю – як їх дитина буде навчатися та жити у соціумі.

Інклюзивна освіта покликана забезпечити право всіх дітей, в тому числі дітей з порушеннями психічного та (або) фізичного розвитку, на рівний доступ до якісної освіти за місцем проживання в умовах загальноосвітнього навчального закладу.

Інтенсивно входячи в практику сучасної школи, інклюзія ставить перед нею багато складних питань і нових завдань, насамперед, перед педагогом, який є найважливішою ланкою в організації інклюзивного навчання. До них належать проблеми психологічної та професійної готовності педагога загальноосвітнього навчального закладу до роботи з дітьми з особливостями психофізичного розвитку. Варто наголосити, що без позитивного ставлення педагога до дитини з особливими освітніми потребами, будь-які спроби залучення її до загальноосвітнього навчального простору, приречені на невдачу. Адже психологічна готовність - це умова ефективної професійної діяльності вчителя.

Як особливій дитині потрібен процес адаптації до інклюзивного класу, так і вчителю інклюзивного класу потрібна додаткова підготовка та підтримка. Процес формування професійної компетентності та психологічної готовності вчителя до реалізації інклюзивного навчання складний і багатоплановий, він розв'язується за допомогою підтримки школи, психологічного супроводу та залежить від скоординованих дій педагога та різнопрофільних фахівців.



Малюнок 1. Підтримка педагогів на рівні міста

Малюнок 2. Підтримка педагогів на рівні навчального закладу

Необхідні й нові підходи до надання методичної допомоги педагогам, які працюють в інклюзивному просторі. У зв'язку з цим творчою групою фахівців ПМПК м. Рубіжного Луганської області розроблено програму «Професійної та психологічної підтримки педагогів, які працюють в інклюзивних класах та групах». Мета програми: створення умов для підвищення рівня професійної, психологічної компетентності та формування інклюзивної компетентності педагогів, які працюють в інклюзивному просторі. Структура програми трирівнева та містить наступні компоненти:

- теоретичний;
- психологічний;
- практичний.

Програма спрямована на подолання таких проблемних моментів:

- наявність психологічних бар'єрів і професійних стереотипів педагогів;
- недостатність знань щодо психофізіологічних особливостей дітей даної категорії;
- відсутність знань щодо методів та прийомів роботи з дітьми, які мають порушення психічного та (або) фізичного розвитку;
- обмежені знання спеціальних програм виховання та навчання;
- недостатність досвіду ефективної роботи в команді з різнопрофільними фахівцями;
- емоційна напруга вчителя / вихователя.

Серед шляхів підвищення рівня професійної психологічної компетентності та формування інклюзивної компетентності педагогів, які працюють в інклюзивному просторі, наступні:

1. Організація заходів, спрямованих на формування колективу однодумців, що дозволить вивчити досвід більш досвідчених колег, отримати відповіді на конкретні запитання, уникнути можливих помилок і труднощів у своїй практичній діяльності;
2. Організація умов для проходження педагогами курсів підвищення кваліфікації;
3. Проведення системи майстер-класів, тренінгів, семінарів, «круглих столів», психологічних практикумів для всіх учасників навчально-виховного процесу;
4. Тісна взаємодія загальноосвітніх навчальних закладів з фахівцями навчально-реабілітаційних центрів, спеціальних навчальних закладів та організацій, що належать до сфери охорони здоров'я та соціального захисту населення;
5. Створення творчих груп та мультидисциплінарних команд;
6. Створення супервізійних груп;
7. Проведення відкритих заходів педагогами інклюзивних класів/груп, що дозволить демонструвати професійний зріст, намітити подальші цілі власної та командної діяльності цих навчальних закладів.

Програма підтримки дозволить педагогам, які працюють з дітьми цієї категорії, долати професійний стрес, отримувати емоційну та професійну допомогу колег та інших фахівців. Адже запорука успіху впровадження інклюзивної освіти — у командній роботі всіх причетних до цієї справи осіб.

Таким чином, ефективність розвитку інклюзивної практики диктує необхідність підготовки і перепідготовки та залежить від скоординованих дій педагога та різнопрофільних фахівців.

Література

1. Колупаева А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія / А. А. Колупаева. – К.: «Самміт-Книга», 2009. – 326 с.

2. Захарчук М. Є. Проблеми формування професійної компетентності викладача в умовах впровадження інклюзивної освіти в Україні [Електронний ресурс] / М. Є. Захарчук - [http://gnpu.edu.ua/files/naukovi%20chitanny/pedagogi a/ZharchukKluchkovska](http://gnpu.edu.ua/files/naukovi%20chitanny/pedagogi%20a/ZharchukKluchkovska)

3. Гордійчук О. Є., Гафткович В.А. Професійна компетентність педагога інклюзивного класу як показник ефективності навчання дітей з особливими потребами [Електронний ресурс] / О. Є. Гордійчук, В.А. Гафткович - <http://www.sworld.com.ua/konfer38/192.pdf>

4. Тім Лорман, Джоан Деспелер, Девід Харві Інклюзивна освіта. Підтримка розмаїття у класі: практичний посібник. / пер. з англ. – К.: СПД-ФО Парашин І.С., 2010. – 296 с. [Електронний ресурс] / <http://ussf.kiev.ua/data/Canada/Canada/Інклюзивна%20освіта>.

5. Бовкуш К.П. Основні засади формування інклюзивної компетентності педагога [Електронний ресурс] / <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2014/7/42.pdf>.

ОРГАНІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ В КОНТЕКСТІ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ РУБІЖАНСЬКОГО НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ «КРИШТАЛИК»

Колодна Н.А., Муренець Л.С.

Комунальний заклад

Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр

«Кришталік»

м.Рубіжне

Освітні реалії сьогодення пов'язані з найпильнішою увагою до дітей з особливими освітніми потребами, її формування та розвитку, із забезпеченням ефективного проходження учнем власної освітньої траєкторії. Концепція державного стандарту спеціальної освіти регламентує не тільки зміст та обсяг навчального матеріалу, корекційно-розвивальних занять, які підлягають засвоєнню, але й передбачає через державні вимоги до рівня загальноосвітньої підготовки школярів вихід результатів навчання в площину життєвих умінь.

Комунальний заклад «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік» (РНРЦ «Кришталік») є державним навчально-виховним і корекційно-реабілітаційним освітнім закладом, що задовольняє потреби учнів з вадами психофізичного розвитку в освіті, вихованні, соціальній допомозі та реабілітації, який забезпечує умови для відновлення здоров'я, соціальної адаптації, професійної орієнтації сліпих учнів та з вадами зору. Навчаються в нашому Центрі діти з Луганської області.

Керуючись пунктом 2 статті 8 Закону України «Про загальну середню освіту», з метою здійснення інноваційної освітньої діяльності в загальноосвітніх навчальних закладах у 2007 р. КЗ «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік» став експериментальним навчальним закладом регіонального рівня та почав проводити дослідно-експериментальну роботу.

У січні 2013р. педагогічний колектив визнав доцільним продовжити статус експериментального навчального закладу та розпочав дослідно-експериментальну роботу за новою темою: «Навчально-реабілітаційний центр як педагогічна система соціалізації дітей з особливими потребами».

Відповідно до Статуту закладу і згідно з Програмою дослідно-експериментальної роботи, основними завданнями Центру є:

- створення умов для формування соціально-адаптивної та соціально-продуктивної особистості;

- забезпечення умов для отримання вихованцями якісної повної середньої освіти;
- розробка та втілення у практику інноваційного змісту, форм та методик навчально-виховного й корекційно-реабілітаційного процесу;
- забезпечення фізичного та психічного здоров'я дітей;
- всебічна підготовка вихованців з зоровою патологією до інтеграції в суспільство;
- розвиток здібностей, природних нахилів, творчого мислення, потреби самовдосконалення, формування громадянської позиції, власної гідності, готовності до трудової діяльності, відповідальності за свої дії;
- вдосконалення способів підготовки педагогічних кадрів для роботи з дітьми з вадами психофізичного розвитку.

Особливості умов виховання, навчання та утримання дітей, охоронно-педагогічного режиму у РНРЦ «Кришталік» визначаються:

- * спеціальною системою навчальної, виховної і корекційної роботи;
- * створенням спеціальних умов для корекційної спрямованості навчання, виховання та подолання порушень фізичного і психічного розвитку, формування мовлення, відновлення здоров'я;
- * здійсненням індивідуального та диференційованого підходу у навчанні і вихованні учнів з вадами зору з урахуванням характеру порушення.

Навчально-виховний процес у закладі здійснюється у відповідності до Статуту Центру та робочих навчальних планів та програм для дітей зі зниженим зором та сліпих рекомендованими Міністерством освіти і науки України.

Навчальний план містить інваріантну частину та варіативну частину, в якій передбачено години на додаткове вивчення предметів інваріантної складової, курси за вибором, індивідуальні та групові заняття, а також корекційно-розвиткові заняття.

Зміст корекційно-розвиткових занять у для дітей зі зниженим зором, сліпих спрямований на вирішення специфічних завдань, зумовлених особливостями психофізичного розвитку учнів і реалізується через навчальні предмети та курси:

- соціально-побутове орієнтування;
- орієнтування у просторі;
- ритміка;
- лікувальна фізкультура;
- корекція вад розвитку школяра;
- розвиток мовлення.

Корекційно-розвиткові заняття проводяться спеціалістами Центру: вчителем-дефектологом, вчителем-логопедом, вчителем-реабілітологом, інструктором з лікувальної фізкультури, вчителем ритміки. Проводяться індивідуальні та групові заняття.

Багаторівнева корекційно - реабілітаційна система у закладі побудована як цілісний, комплексний, диференційований, регульований процес управління всім ходом психофізичного розвитку та відновлення зору на основі стимуляції всіх потенційних можливостей дітей з порушенням зору.

Ефективність корекційно-реабілітаційної роботи зумовлюється системою принципів, що організують її реалізацію: виправлення та відновлення порушених функцій, варіативність окремих компонентів, пропедевтичність, мотиваційна спрямованість, орієнтованість на інтеграцію та високий динамізм.

Для здійснення даної роботи в закладі задіяні всі учасники навчально-виховного процесу.

Педагогічні працівники РНРЦ «Кришталік» досконало володіють інформацією про фізіологічні особливості сліпих та слабозорих учнів та враховують діагностичні показники у своїй роботі, впроваджують інтерактивні методики, використовують можливості методу проектів та інноваційних технологій, застосовують традиційні та нетрадиційні форми

проведення уроку, корекційних занять та позакласних заходів, що сприяють розвитку критичного мислення вихованців, формують їхню активну пізнавальну діяльність.

У школі працюють 4 методичних об'єднання, соціально-медико-психолого-педагогічна служба (СМППС). Систематично проводяться медико-педагогічні читання з питань спеціальної корекційної освіти та тифлопедагогіки (тифлосемінари, лекції, тренінги, практичні заняття).

До складу соціально-медико-психолого-педагогічної служби Центру входять соціальний педагог, практичний психолог, вчитель-дефектолог, вчитель - реабілітолог, лікар-офтальмолог, лікар-педіатр, медична сестра ортоптистка, медична сестра, дітсестра, інструктор з лікувальної фізкультури. Як розвинути індивідуальні можливості кожної дитини й зберегти її психічне й фізичне здоров'я – ось проблема, над якою завжди замислюються і працюють фахівці служби.

У 2012 - 2013н.р. наш реабілітаційний Центр почав розвивати новий напрямок роботи – «Навчання і виховання сліпих дітей і організація соціально - психологічного супроводу навчально - виховного процесу сліпих школярів в умовах навчально - реабілітаційного Центру».

Організована робота з тотально сліпими учнями. Створені відповідні умови для навчання та перебування відповідної категорії дітей. З цією метою був відкритий спеціалізований кабінет компенсаторної корекції та розвитку. Вчитель-дефектолог, вчитель-реабілітолог розвивають сенсорний досвід дітей з важкими порушеннями зору за рахунок збережених аналізаторів, удосконалюють вміння та навички орієнтування у мікро та макро просторі, розвивають зорове та тактильне сприймання.

Спеціалістами соціально-медико-психолого-педагогічною служби постійно розробляються та удосконалюються індивідуальні програми реабілітації (ІПР) на кожну дитину з вадами зору.

Для комплектування в групи корекційно-розвиткових занять та складання індивідуальної програми реабілітації (зорового сприймання, психічного, фізичного, мовленнєвого розвитку та інші) два рази на рік проводиться поглиблений медичний огляд дітей та додаткове вивчення учнів відповідними спеціалістами закладу РНРЦ «Кришталік». Діяльність вузьких спеціалістів спрямована на подолання та попередження відхилень психофізичного розвитку школярів з зоровою патологією та складними порушеннями.

Лікувальний журнал є однією з форм організації корекційно-реабілітаційного процесу у Центрі, завдання якого:

- * врахування загальних закономірностей і специфічних особливостей розвитку дітей, опорі на здорові сили і збережені можливості;

- * комплексні (клініко-фізіологічні, психолого-педагогічні) підходи до діагностики і корекційної допомоги учням з вадами зору;

- * реалізація програм корекційної роботи для кожної дитини, удосконаленні змісту повної середньої освіти, відповідності змісту і методів навчання пізнавальним можливостям дітей;

- * система роботи з соціально-побутової адаптації та особистісної самореалізації вихованців з вадами зору;

- * створення офтальмо-гігієнічних умов у навчальних класах, спальних кімнатах і корекційних кабінетах, організація спеціального розпорядку життєдіяльності, лікування, навчання і виховання з врахуванням інтересів, здібностей, можливостей і потреб школярів.

У лікувальному журналі розміщена інформація про кожну окрему дитину. В журналі простежується динаміка гостроти зору учня, розроблені заходи, щодо профілактики загальномедичного та гігієнічного характеру, а також заходи щодо індивідуальної профілактики. Розміщений перелік тренувальних вправ органу зору відповідно до захворювання, вправ для зняття зорової втоми, зорове навантаження для кожного школяра та його відповідне розташування за партою. Лікарем-офтальмологом виведені групи "ризик" дітей щодо захворювань органу зору. Крім того, в журналі є рекомендації кожного

спеціаліста соціально-медико-психолого-педагогічної служби, медичний допуск при роботі за комп'ютером, група (підготовча, спеціальна, основна) на заняттях фізичної культури.

Це дає можливість всім учасникам навчально-виховного процесу щоденно використовувати його дані в роботі з дітьми з вадами зору, простежувати динаміку захворювання, корегувати роботу для кожного учня, встановлювати внутрішній взаємозв'язок цих вихідних положень і отримувати в результаті ту необхідну основу навчання, яка вирішує проблему оптимальності та специфіки цього процесу.

Педагоги РНРЦ «Кришталік» - це колектив, який постійно навчається. Наші колеги стали студентами Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова у м. Києві та здобули другу вищу тифлопедагогічну освіту.

Під керівництвом адміністрації закладу РНРЦ «Кришталік» з 2014 р. був запроваджений журнал «Вісник «Кришталіка», який відображає всю роботу нашого закладу.

Практична діяльність по використанню методів та форм роботи педагогами школи представлена в їх авторських посібниках, дидактичному матеріалі для дітей з вадами зору, що безпосередньо застосовуються на різних етапах навчально-виховного процесу.

Будь-яка діяльність спрямована на результат. Якщо говорити про результат комплексної корекційно-реабілітаційної роботи РНРЦ «Кришталік», то ми можемо побачити позитивну динаміку в стані здоров'я наших учнів. Зокрема, за останні 5 років стан здоров'я після проведених заходів комплексної корекційно-реабілітаційної роботи покращився від 12% у 2010-2011 н.р. до 30% у 2015-2016 н.р.

Система комплексної реабілітації дітей з вадами зору в умовах навчально-виховного закладу нового типу та інтеграції дітей з порушенням зору в середовище здорових однолітків - головна складова закладу нового типу.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕРАПИИ МУЗЫКОЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Коптева Т.С.

ОП «Лисичанский педагогический колледж

ЛНУ имени Тараса Шевченко»

г.Лисичанск

Говоря о тяжелых аномалиях психического развития ребёнка нам часто приходится слышать о таком заболевании как аутизм.

Аутизм – это психическое расстройство, связанное с нарушениями функций головного мозга. Дети больные аутизмом не любят обращать внимание на окружающих и словно живут в своём собственном мире. Они не стремятся познавать новое, знакомиться, делиться своими эмоциями. Часто у таких детей возникают проблемы в общении и социальной адаптации, ничего не интересует их. Все указанные признаки проявляются в возрасте до трёх лет. По статистике аутизм встречается у 2-4 детей из 10 000. Считается, что мальчики склоны к этому заболеванию в три раза чаще девочек.

Многие специалисты в области аутизма уделяют все больше внимания музыкотерапии, как методу коррекции при аутизме. Такой повышенный интерес не случайность, поскольку дети очень восприимчивы к звукам и мелодиям. На сегодняшний день музыкотерапия считается «молодым» методом борьбы с аутизмом, но действенным. Существуют даже специальные институты, которые занимаются вопросами музыкотерапии.

Согласно проведенным исследованиям, музыка обладает мощным психологическим воздействием, поэтому ее рекомендуют использовать в терапевтических целях. Живая музыка сильнее действует на психологическое состояние человека, чем музыка в записи.

Музыкотерапия очень эффективно воздействует на людей, у которых диагностируют аутизм. На индивидуальных занятиях происходит установление и закрепление контакта между человеком с аутизмом и педагогом. Со временем такой контакт переходит в категорию доверительного. Например, ребенок с аутизмом смотрит в глаза своему музыкотерапевту, здоровается с ним за руку, отвечает улыбкой на улыбку, улыбается при встрече и другие проявления.

Во время занятий дети с аутизмом могут исследовать разные музыкальные инструменты, например, духовые, клавишные, ударные. Это помогает в развитии креативности. Вместе с музыкотерапевтом дети, у которых диагностируют аутизм, выполняют различные движения под ритмическую музыку. Такие движения развивают чувство ритма и концентрацию внимания у детей, страдающих аутизмом, а также стимулируют подвижность, улучшают физическое состояние. Педагог на занятиях музыкотерапии дает возможность ребятам с аутизмом играть на различных музыкальных инструментах.

Занятия такого вида развивают любознательность, мелкую моторику и учат групповому взаимодействию. Иногда игра на музыкальных инструментах стимулирует ребенка, страдающего аутизмом, к совместному пению. Это уже первый шаг к речевому диалогу.

Для детей с аутизмом, у которых агрессивное поведение, предлагают набор ударных инструментов, например, барабаны, тарелки, шумелки. Игра на ударных инструментах может снять у ребенка, страдающего аутизмом, внутреннее напряжение и успокоить его.

В основе музыкотерапии находится импровизация. Музыкотерапевт должен наблюдать за психологической и музыкальной реакцией малыша с аутизмом, оценить его реакцию на разные музыкальные композиции и на звучание разных музыкальных инструментов. Для большей эффективности на занятиях музыкотерапией необходимо присутствие двух педагогов. Один из них должен контактировать с ребенком, у которого диагностируют аутизм, а второй – играть на музыкальных инструментах.

Для детей с аутизмом до двенадцати лет лучше играть детские мелодии из мультфильмов, например, «Песенка черепахи», «Спят усталые игрушки», «От улыбки» и прочие. Ребенок с аутизмом знает эти мелодии и быстрее пойдет на контакт с музыкотерапевтом. Опыт показывает, что не следует на занятиях для детей такого возраста включать незнакомые мелодии, которые могут вызвать у малышей с аутизмом тревогу и страх.

Специалисты рекомендуют собрать несколько известных детских песен и включить их в режиме «нон-стоп». Такой прием поможет достучаться даже до самого вялого малыша.

Ритм играет не маловажную роль в музыкотерапии, поскольку от него зависят произвольные телодвижения. Педагог должен уметь переводить акценты с сильной доли на малую, тем самым приводя в движение маленького аутиста.

В американской литературе музыкотерапию называют «методом клинической импровизации», поскольку ребенок с аутизмом может сам создавать музыкальные произведения, придумывать телодвижения и выплескивать эмоции на занятиях. Музыкотерапия – хороший метод помощи малышам, страдающим аутизмом.

Турецкие ученые убеждены, что музыка Моцарта помогает больным аутизмом и дислексией (неспособность сосредоточиться).

В Стамбуле создан специальный «Слушательский центр Томати». Назвали его в честь французского медика Альфреда Томати, который первым предложил лечить музыкой. Сначала такую «скорую музыкальную» помощь оказывали во время второй мировой войны пилотам, которые из-за частых стрессов и шумных моторов начинали терять слух. Результаты терапии были впечатляющими. Дальнейшие эксперименты доказали, что прослушиванием музыки можно лечить не только глухоту, но и психические заболевания.

Турецкие ученые внесли свой вклад в исследования и установили, что для разных болезней эффективна разная музыка. В частности, сонаты Моцарта помогают тем, кто

страдает от аутизма и дислексии. Именно на этих недугах специализируются в стамбульском центре, а потому слушают здесь исключительно Моцарта.

ЛЕЧЕБНОЕ ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ МУЗЫКОЙ

Крамарева Д.В.

ОП «Лисичанский педагогический колледж

ЛНУ имени Тараса Шевченко»

г.Лисичанск

Музыкотерапия – метод психотерапии, основанный на эмоциональном восприятии музыки. В зависимости от мелодии, ее ритмической основы и исполнения музыка может оказывать самые разнообразные эффекты - от индивидуального ощущения внутренней гармонии и духовного очищения до неуправляемого агрессивного поведения больших человеческих масс. Её можно использовать для влияния на самочувствие человека.

Корни возникновения музыкотерапии как метода лечения уходят в глубокую древность и непосредственно связаны с историей народной медицины. Каждое племя древних отличалось выбором и группировкой инструментов, своеобразным соединением вокального и двигательного компонентов, создавая тем самым определенную оригинальную форму лечебного ритуала, которая сохранялась как тайное магическое средство.

Высокое значение лечебному влиянию музыки придавалось в медицинской науке древнего Египта, Греции, Рима. Бог Солнца – Апполон был одновременно богом музыки и медицины, что свидетельствует о тесных отношениях, существующих между этими видами знаний в умах древних греков.

Достоинствами музыкотерапии являются:

1. Абсолютная безвредность
2. Легкость и простота применения
3. Возможность контроля
4. Уменьшение необходимости применения других лечебных методик, более нагрузочных и отнимающих больше времени.

С помощью специально организованных по законам композиции звуко сочетаний музыка, организованная по законам психофизиологического воздействия может успешно отражать и передавать: самые различные настроения – радость, веселье, бодрость, грусть, нежность, уныние, уверенность, тревогу.

Интеллектуальные и волевые процессы – решительность, энергичность, сдержанность, задумчивость, инертность, безволие, легкомыслие, серьезность.

Обобщенные свойства явлений действительности – силу, легкость, продолжительность, направленность, широту, пространственность.

Самые разнообразные характеристики движений – быстрые, умеренные, медленные, вялые, упругие, порывистые, угловатые.

Сакральное воздействие колокольных звонов, как «молитвы в звуке», «иконы звучащей» усиливает эффект очищающего воздействия музыкальных тонов, - считает руководитель колокольной звонницы при Храме Св. Николая И.Г.Шариков.

Во многих странах мира наибольшее распространение музыкотерапия получила как лечебная педагогика, лечебно-воспитательный метод. «Содержанием музыкотерапии является система разнообразных дифференцированных методов, способов и элементов лечебно-воспитательного воздействия, осуществляемого с помощью активной и рецептивной деятельности» - пишут чешские ученые З.Матейова и С.Машура в книге «Музыкотерапия при заикании». Обнаружившаяся связь целительных и педагогических методов базируется на

альтернативе активного или пассивного состояния индуктора или реципиента, педагога или ученика, свойственных как педагогике, так и медицине.

Как рассказала доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Е.П. Бомбардинова, влияние музыки на состояние детей начал изучать выдающийся психоневролог В. М. Бехтерев еще в начале XX столетия. Уже тогда было видно: детям полезно слушать классику и колыбельные, что музыка не только развивает детей, но и оздоравливает их.

Десять – двенадцать лет назад ученые Института педиатрии решили найти научное обоснование метода музыкотерапии. А самыми первыми пациентами, которые получали лечение музыкой, стали новорожденные отделения недоношенных.

Что показали исследования? У детей, пострадавших от недостатка кислорода во время внутриутробного развития, будь они доношенными или недоношенными, как правило, активность ферментов клетки снижена. После того, как младенцам давали прослушивать классическую музыку, активность ферментов клетки у них повышалась. Это показал цитохимический анализ. Младенцам также замеряли артериальное давление, пульс, ритм дыхания. И всюду видели классическую реакцию адаптации: организм приспосабливался к окружающей среде и чувствовал себя лучше.

А может, дети так реагируют на любой звуковой раздражитель – тиканье будильника, разговор? Может быть, гармония и мелодия тут ни при чем?

Исследователи включали младенцам метроном, который отбивал медленный ритм в темпе спокойной музыки. Внешне новорожденные вели себя неплохо: успокаивались, засыпали. Но цитохимический анализ бесстрастно отмечал: на фоне работающего метронома в клетках идет угнетение ферментов. Это, между прочим, доказательство того, что рок-музыка с ярко выраженным пульсирующим ритмом вредна маленьким детям.

Когда новорожденные покидали стационар, врачи рекомендовали их родителям и дома наряду с массажем, специальной гимнастикой и упражнениями в воде продолжать сеансы музыкотерапии. Родители по-разному относились к такому совету, кто-то потом давал своему ребенку прослушивать музыку, кто-то – нет... Но когда через год все эти дети прошли обследование в Институте педиатрии, выяснились интересные вещи. Младенцы, которые постоянно слушали классическую музыку, лучше справились с неврологическими нарушениями, чем те, чьи родители не поверили в целебную силу музыкотерапии. Так появилась достоверная статистика.

Какую музыку должны слушать младенцы? Детям возбудимым, беспокойным полезны мелодии в медленном темпе - «адажио», «анданте». Такими бывают обычно вторые части классических сонат, инструментальных концертов. Это может быть, к примеру: 2-я часть «Маленькой ночной серенады» Моцарта, «Зима» из «Времен года» Вивальди, дуэт Лизы и Полины из оперы Чайковского «Пиковая дама», колыбельные песни. Причем мелодия со словами влияет на детей сильнее, чем мелодия без слов. А живое пение – сильнее записанного на диск или кассету инструментального исполнения. А для младенцев с синдромом угнетения, которые плохо сосут, иногда даже неритмично дышат, полезны произведения в темпе «аллегро» и «аллегро модерато» Моцарта, Шуберта, Гайдна... Например: вальсы из балетов Чайковского, «На тройке» из его же «Времен года», «Весна» из «Времен года» Вивальди, а также маршевые мелодии.

Сеансы музыкотерапии хорошо влияют и на здоровых, нормально развивающихся малышей. Ведь и их иногда надо успокоить или, наоборот, взбодрить. Вот и можно это сделать с помощью расслабляющей или активизирующей музыки.

Ни в коем случае нельзя давать маленьким детям слушать музыку через наушники. Наши уши природой приспособлены для рассеянного звука. От направленного звука незрелый мозг может получить акустическую травму.

Музыкотерапия противопоказана:

- Младенцам с предрасположенностью к судорогам.
- Детям в тяжелом состоянии, которое сопровождается интоксикацией организма.

- Больным отитом.
- Детям, у которых резко нарастает внутричерепное давление.

Список произведений классической музыки для регуляции психоэмоционального состояния детей с ограниченными возможностями:

– Для уменьшения чувства тревоги и неуверенности – «Мазурка» Шопен, «Вальсы» Штрауса, «Мелодии» Рубинштейна.

– Для уменьшения раздражительности, разочарования, повышение чувства принадлежности к прекрасному миру природы – «Кантата № 2» Баха, «Лунная соната» Бетховена.

– Для общего успокоения – «Симфония №6» Бетховена, часть 2, «Колыбельная» Брамса, «Аве Мария» Шуберта.

– Для снятия симптомов гипертонии и напряженности в отношениях с другими людьми – «Концерт ре-минор» для скрипки Баха.

– Для уменьшения головной боли, связанной с эмоциональным напряжением – «Дон Жуан» Моцарт, «Венгерская рапсодия №1» Листа, «Сюита Маскарад» Хачатуряна.

– Для поднятия общего жизненного тонуса, улучшение самочувствия, активности, настроения – «Шестая симфония», Чайковского, 3 часть, «Увертюра Эдмонд» Бетховена.

– Для уменьшения злобности, зависти к успехам других людей – «Итальянский концерт» Баха, «Симфония» Гайдна.

– Для повышения концентрации внимания, сосредоточенности – «Времена года» Чайковского, «Лунный свет» Дебюсси, «Симфония № 5» Мендельсона.

– Для уменьшения синдрома угнетения, повышения аппетита, ритмичного дыхания - Моцарт, Шуберт, Гайдн, вальсы из балетов Чайковского, «На тройке» из его же «Времен года», «Весна» из «Времен года» Вивальди, а также маршевые мелодии.

Сейчас у родителей большой выбор – они могут покупать аудиокассеты и CD-диски с классической музыкой в традиционном исполнении. Или кассеты с классикой, аранжированной специально для малышей. Там в ансамбль инструментов введены колокольчики. Кому-то такая аранжировка нравится, кому-то – нет. Вы должны сами увидеть, как реагирует на нее ваш младенец. Но цитохимического тестирования эта манера исполнения не проходила – у лаборатории сейчас нет денег на дорогие реактивы. А еще продаются записи классической музыки на фоне звуков природы — шума ручья, прибоя, звуков леса... Аудиокассеты так и называются: «Малыш в лесу», «Малыш у моря», «Малыш у реки»... Тоже приятное лекарство.

Слушайте музыку вместе с малышом и расслабляйтесь, ведь и мамам беспокойных младенцев просто необходим хороший отдых, на клеточном уровне.

Использованные источники

1. Музыкотерапия и восстановительная медицина в XXI в. – Режим доступа : www.galactic.org.ua/Interakt/Fizvokaliz-3.htm.
2. Музыкотерапия – Режим доступа : www.c-cafe.ru/words/140/13899.php.
3. Лечите младенцев Моцартом. – Режим доступа : http://gazeta.aif.ru/online/ss/178/ss06_01.

ІНКЛЮЗИВНЕ ВИХОВАННЯ ТА НАВЧАННЯ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ ОСВІТИ

Крилова М.О.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Істотні зміни, що відбуваються останнім часом у сфері освіти в Україні пов'язані з новим ставленням до інвалідів і дітей з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ). Інтеграційні процеси все повніше охоплюють різні категорії дітей із відхиленнями у розвитку. Оновлюється категоріальний апарат відповідно до міжнародної практики та тенденцією гуманістичного підходу, змінюються концептуальні і правові основи спеціальної освіти. З'являється і активно розвивається, поряд з інтеграцією, інклюзивна освіта, спрямоване на забезпечення корекції порушень розвитку у різних категорій дітей з ОМЗ, надання їм кваліфікованої допомоги в освоєнні програм дитячого садка і школи.

Досвід здійснення інтеграційних програм в Україні і в усьому світі (корекційні класи в масових школах) привів до розуміння того, що, з одного боку, індивідуальний підхід, який застосовується до дітей з особливими освітніми потребами, важливий кожній дитині, що знайдені в процесі створення комбінованих дитячих садків методи і способи навчання і виховання відкривають нові перспективи для дітей з нормативним розвитком, а з іншого боку, стало очевидним, що виділення "особливих" класів в школах і груп в дитячому садку часто веде до виключення дітей з ОМЗ з культурного та соціального життя освітнього закладу, створює певні перешкоди в спілкуванні та взаємодії між суб'єктами освітнього процесу. Тому, від моделі "інтеграції" стали переходити до ідеї "інклюзії" - спільного навчання і виховання дітей з різними стартовими можливостями.

Актуальність впровадження інклюзивного навчання в педагогічну практику не викликає сумнівів. Такий вид навчання в ОУ уможливує надання необхідної психолого-педагогічної та медико-соціальної допомоги великій кількості дітей, дозволяє максимально наблизити її до місця проживання дитини, забезпечити батьків консультативною підтримкою, а також підготувати суспільство до прийняття людини з обмеженими можливостями здоров'я.

Введення в людське співтовариство дітей з особливостями — є основним завданням всієї системи корекційної допомоги. Соціальна інтеграція розуміється, як кінцева мета спеціального інклюзивного навчання, спрямованого на включення індивідуума в життя суспільства. Освітня ж інтеграція, будучи частиною інтеграції соціальної, розглядається як процес виховання і навчання особливих дітей спільно з тими, що розвиваються нормально.

Інклюзивні освітні установи створюють ідеальні умови для того, щоб члени спільноти не тільки краще розуміли питання навчання, виховання, соціалізації та інтеграції дітей-інвалідів, а й долучалися до нової системи цінностей і поглядів для кращої взаємодії з оточуючими, незалежно від того, відрізняються вони або схожі.

Інклюзивна освіта — це визнання цінності відмінностей всіх дітей і їх здатності до навчання, яке ведеться у той спосіб, який найбільше підходить кожній дитині. Це гнучка, відкрита, динамічна система, де враховуються потреби всіх дітей, не тільки з проблемами розвитку, але і різних етнічних груп, статі, віку, приналежності до тієї чи іншої соціальної групи.

Мета інклюзивної освіти полягає в досягненні всіма дітьми певного суспільного статусу і затвердження своєї соціальної значимості. Це відноситься і до дітей з особливостями у розвитку. Спільне навчання дітей з різними психофізіологічними можливостями — це спроба надати впевненість в своїх силах дітям з обмеженими можливостями здоров'я. Діти з особливими освітніми потребами потребують не тільки в особливому ставленні і підтримки, але також у включенні компенсаторних механізмів, розвитку своїх здібностей і досягнення успіхів при навчанні в школі.

Існує вісім основних принципів інклюзивної освіти:

1. Цінність людини не залежить від його здібностей і досягнень.
2. Кожна людина здатна відчувати і думати.
3. Кожна людина має право на спілкування і на те, щоб бути почутим.
4. Всі люди потребують один одного.
5. Справжнє освіту може здійснюватися тільки в контексті реальних взаємин.

6. Всі люди мають потребу в підтримці і дружбу однолітків.

7. Для всіх учнів досягнення прогресу швидше може бути в тому, що вони можуть робити, ніж в тому, що не можуть.

8. Різноманітність підсилює всі сторони життя людини.

Інклюзивне виховання повинне бути доступним і розвиваючим. В інклюзованому ДНЗ необхідно мати хороше сучасне обладнання для проведення всіх видів занять, ігротерапії, музичної терапії і т.д. Важливим моментом є наявність у дошкільному та навчальному закладі добре навченої команди фахівців. Вихователі, психологи, логопеди, музичні керівники повинні володіти прийомами різних галузей корекційної педагогіки та елементами здоров'язберігаючих технологій, так як будь-які реформи не проходили в системі освіти, в результаті вони, так чи інакше, замикаються на конкретному виконавцеві – педагогові. Саме педагог є основною фігурою при реалізації на практиці основних нововведень. Безпосереднє включення дітей із різними психофізіологічними порушеннями в загальноосвітні групи лягає на плечі самих установ і педагогічного колективу ДНЗ.

Недоліками інклюзивної освіти є психологічна неготовність суспільства до прийняття людини з обмеженими можливостями здоров'я, недосконалість системи соціальної підтримки і забезпечення таких осіб та інвалідів. Складність вирішення проблеми роботи з дітьми з ОВЗ посилюється професійною некомпетентністю фахівців освітніх установ, недостатнім розумінням в суспільстві можливостей таких дітей, рівноправно беруть участь у житті суспільства. Виходячи з цього, потрібна розробка і створення умов для підвищення рівня професійної компетентності педагогів міста, які здійснюють інклюзивне навчання в загальноосвітніх установах, і батьків, що мають дітей з ОМЗ.

Інклюзивна освіта в Україні поки що носить експериментальний характер і має ряд недоліків. Можна відзначити відсутність спеціальної підготовки педагогічних працівників ДНЗ, незнання ними основ корекційної педагогіки та спеціальної психології, а також несформований програмний і методологічний апарат "інклюзії", недостатнє матеріально-технічне оснащення установ.

Процес навчання математики дітей зі стійкими інтелектуальними вадами є одним із найскладніших у корекційній педагогіці, адже система математичних знань базується на достатньому розвитку таких мислинневих процесів, як аналіз, синтез, узагальнення, абстрагування тощо, які ушкоджені в них найбільшою мірою.

На уроках математики розумово відсталі школярі вчать спостерігати за предметами та відношеннями, порівнювати та співставляти їх між собою. При цьому у них формується вміння помічати, виділяти окремі ознаки, визначати у процесі їхньої характеристики основні і другорядні.

Процес розв'язування задач відіграє значну роль у формуванні уявлень школярів. Працюючи над їхнім змістом діти уявляють відображену предметно-дійову ситуацію, в залежності між заданими параметрами і шуканим. Надалі співвідносять умову з запитанням, намічають шляхи розв'язання поставленої проблеми, план послідовного виконання дій. Таким чином, розв'язок задачі виступає як результат спільної діяльності уявлення і мислення. Слід зазначити, що така робота над задачею сприяє як розвитку мислення з одного боку, так і творчої уяви, творчих здібностей – з іншого.

Для розумово відсталих учнів характерними є порушення просторової орієнтації і моторики, причому в більшості з них спостерігається недорозвиток дрібної диференційованості рухів руки, що призводить до труднощів оволодіння навичками письма, читання, рахунку. Використання на уроках математики практичних робіт з ліплення геометричних форм, їх обведення, малювання, штрихування тощо сприяє корекції цих недоліків.

Уроки математики покликані реалізувати зв'язок навчання з життям. На них учні вчать вирішувати життєво-практичні завдання, що будуть постійно зустрічатись після закінчення школи. Тому школа в цілому і уроки математики зокрема, покликані дати якомога

більше практичних знань, умінь та навичок, як сприятимуть вирішенню певних проблемних ситуацій у процесі входження до соціального середовища.

Література

1. Бітов А.Л. Особлива дитина дослідження і досвід допомоги. Проблеми інтеграції та соціалізації, – М.: Правда, 2000., с.254
2. Буре Р. С., Островська Л. Ф. Вихователь і діти – М., 2001. –174с.
3. Бурлова Н.Б. Соціальний захист дитинства / Н.Б. Бурлова // Довідник керівника дошкільного закладу. - 2012 року № 10, с. 56-60.
4. Гулідов П.В. Основні напрями модернізації інфраструктури дошкільних установ / П.В. Гулідов // Довідник керівника дошкільного закладу. – 2012 року № 7, с. 42-45.
5. Єкжанова Е.А., Стребелева Е.А. Корекційно-розвивальне навчання і виховання. Програма дошкільних освітніх установ компенсуючого виду для дітей із порушенням інтелекту / Е.А. Єкжанова, Е.А. Стребелева - М.: Просвіта, 2005, - 272 с.

ІСТОРИКО-ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВІДНОШЕННЯ СУСПІЛЬСТВА ДО ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Крошка С.А.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Питання відновлення здоров'я та соціальної адаптації осіб з обмеженнями життєдіяльності виникли у людства з моменту усвідомлення проблеми конфлікту між стійкими вадами здоров'я та активною участю людини у соціальному житті. З найдавніших часів первіснообщинних форм соціального устрою члени роду усвідомлювали, що обмеження життєдіяльності, які виникають через хворобу, каліцтво чи ускладнені пологи, не є особистою проблемою їх нещасних одноплемінників, а питанням виживання та подальшого функціонування усього племені – тобто, проблемою соціально-економічною. За таких умов взаємодія особи з інвалідністю та суспільства – їх навчання, працевлаштування, вирішення питань спадкоємності нащадка з порушеннями психофізичного розвитку тощо були необхідними й всі ці явища, врешті-решт, є елементами реабілітування [2].

Реабілітація – система медико-педагогічних заходів, спрямованих на включення аномальної дитини в соціальне середовище, залучення до суспільного життя і праці на рівні його можливостей. Реабілітація здійснюється за допомогою медичних засобів, спрямованих на усунення або пом'якшення дефектів розвитку, а також спеціального навчання, виховання й професійної підготовки.

У різні історичні епохи ця проблема розв'язувалася членами громад та їх лідерами по-різному, але так чи інакше її пов'язують з питанням реабілітування особи з інвалідністю, у якій би примітивній чи розвинутій формі це реабілітування не здійснювалося. Проте, її онтологічні засади, структура явищ і процесів багато у чому пов'язуються із освітньою реальністю. Характерним для сучасного періоду є розуміння дитини як найвищої цінності й необхідності створення умов для її особистісного становлення та соціалізації, проте історико-теоретичний аналіз образу дитини в культурі й масовій свідомості свідчить про різні стилі відношення у суспільстві та сім'ї до дітей.

У дослідженнях Н.В. Гавриш історико-культурного аспекту дається огляд змінної позиції відношення людства до дітей й дитинства в цілому, яка засвідчує, що на кожному з історичних етапів розвитку суспільство намагалося знаходити відповідні часу способи

взаємодії з дітьми, форми співпраці, створювати умови, визначати найбільш ефективні засоби впливу на їхній розвиток [1]. Сьогодні образ дитини має принаймні два виміри: якою вона повинна бути від природи – від Бога і якою повинна стати в результаті навчання, виховання та інших соціалізуючих впливів.

Для первинного суспільства нормою було подвійне ставлення до дітей. Розповсюдженим був інфантицид – убивство дітей. Убивали немовлят, яких уважали фізично або психічно неповноцінними. Тоді важливим був матеріальний фактор, можливість сім'ї забезпечити життя дитини, а коли батьки не могли прогледувати дитину, вони її вбивали. Тільки в кінці IV ст. н.е. дітовбивство стало розцінюватися законом як убивство. У середні віки, як і в античні, становище дітей залишалося тяжким. Переважали такі стилі ставлення до дитини, як «відчуження» і «амбівалентність». При стилі відчуженого ставлення до дитини вже визнається наявність у дитини душі. Практикується виховання в чужій родині, у монастирі [4].

За «амбівалентного стилю» (XIV-XVII ст.) дитина допускається до емоційного життя батьків, її починають оточувати увагою, але в самостійному духовному існуванні відмовляють. Ціла низка причин ускладнювала формування стійкого позитивного ставлення до дітей, серед яких народжуваність і смертність були високими. Фаталізм та смиренність за цих умов були природними, а байдужість, з якою батьки ставилися до смерті своїх дітей, була проявом психологічного захисту, реакцією на те, що відбувалося занадто часто.

У XVIII столітті домінував «нав'язливий стиль», він характеризується психологічною близькістю батьків і дітей; однак батьки при цьому намагаються повністю контролювати не лише поведінку, а й внутрішній світ і думки дитини.

Для XIX і XX століть характерним був «стиль соціалізації». Мета виховання при такому ставленні – підготовка дитини до майбутнього самостійного життя; основою виховних впливів є процес тренування.

У XX столітті з'явився «допомагаючий стиль», заснований на припущенні, що дитина краще від батьків знає, що їй потрібно на кожному етапі життя. Завдання батьків – допомогти індивідуальному розвитку дитини, намагатися зрозуміти, створити психологічне взаєморозуміння. Необхідно зазначити, що кожна культура має не один, а кілька поглядів на природу дитини.

Отже, порівняльно-історичний аналіз дав підстави виділити такі стилі ставлення до дитини відповідно до історичних періодів: інфантицид; стиль відчуження; амбівалентність; нав'язливий стиль; стиль соціалізації; допомагаючий стиль.

Розглянемо сучасний стан досліджуваної проблеми і дамо характеристику мейнстримінгу. Він передбачає розширення соціальних контактів між дітьми з обмеженими можливостями здоров'я та їхніми однолітками, в основному це позаурочна форма спілкування: участь у спільних масових заходах, таборах, клубах по інтересам тощо.

На думку канадських та американських учених, мейнстримінг визначає цілий етап у розвитку освітніх тенденцій щодо навчання дітей з особливостями у Північній Америці наприкінці XX сторіччя і пов'язаний, переважно, із поширенням функціонування спеціальних класів у масових школах, коли соціальні контакти, встановлення стосунків дітей з особливостями розвитку та їхніх здорових однолітків відбувалися в позаурочний час. Втім, вказується й на те, що ці стосунки характеризувалися нетривалістю та обмеженістю. Він обумовлюється інтеграцією навчання та інклюзією [2].

Вчені Л.М. Шипіцина, І.В. Мамайчук визначають й обґрунтовують соціальну й освітню інтеграцію; за визначенням Б.П. Пузанова, М.М. Малафеева інтегроване навчання, це – навчання і виховання дітей з відхиленнями розвитку в установах загальної системи освіти разом з дітьми, які розвиваються нормально; А.Е. Конопльова та Т.В. Лещинська розглядають інтеграцію в системі освіти, як створення єдиного освітнього простору, зближення загальної і спеціальної освіти, навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах максимально наближених до звичайного середовища [2]. Методологічними засадами освітньої інтеграції дітей з особливостями психофізичного

розвитку є принципи рівних прав і можливостей у здобутті освіти. Педагогічна інтеграція передбачає надання можливості учням з порушенням психофізичного розвитку навчатися у звичайних загальноосвітніх школах, при цьому ці діти мають опанувати програму загальноосвітньої школи, їм надаються традиційні освітні послуги, найчастіше вони перебувають у спеціальних класах, не включаючись у процес спільного навчання зі здоровими однолітками.

Інтегроване навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку у масових загальноосвітніх навчальних закладах, на думку вчених, може здійснюватися за моделями повної інтеграції, комбінованої, часткової та тимчасової. Повна інтеграція, як форма навчання, рекомендована тим дітям, які за рівнем психофізичного розвитку відповідають віковій нормі і психологічно готові до спільного навчання зі здоровими однолітками. Комбінована інтеграція – для тих дітей, у яких психофізичний розвиток наближений до вікової норми, але їхнє навчання в умовах масового закладу обов'язково має супроводжуватися корекційною допомогою відповідних фахівців, зокрема вчителя-дефектолога спеціального класу. Часткова інтеграція передбачає перебування дитини з обмеженими можливостями здоров'я серед своїх здорових однолітків у масовому навчальному закладі лише частину дня (найчастіше другу половину) та тимчасова інтеграція, за якої всі школярі спеціального класу (закладу) незалежно від стану психофізичного розвитку об'єднуються кілька разів на місяць для проведення спільних заходів.

Інклюзивна освіта – це гнучка, індивідуалізована система навчання з психолого-педагогічною підтримкою дітей і молоді з особливостями психофізичного розвитку в умовах масової загальноосвітньої школи, яка знаходиться поблизу місця проживання. При інклюзивній системі навчання особливі освітні потреби задовольняються і у дітей з обмеженими можливостями здоров'я, і у дітей талановитих і обдарованих за допомогою індивідуалізованих методів навчання, адаптованих навчальних програм, спеціально розроблених навчальних матеріалів, посібників тощо. В Україні діє державний експеримент з навчання дітей з обмеженими можливостями в загальноосвітньому просторі. Він здійснюється за двома напрямками: інтегроване навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку в умовах загальноосвітньої школи та інклюзивне навчання, що передбачає спільне перебування дітей з різними порушеннями психофізичного розвитку з їхніми здоровими однолітками.

Отже, ставлення суспільства до осіб з обмеженими психофізичними порушеннями, зокрема до дітей з комплексними порушеннями визначає соціальну модель допомоги, що набуває сьогодні загальнонаціонального характеру й у її реалізації беруть участь не тільки структура влади, органи управління освітою, охорони здоров'я й соціального захисту, наукові й учбові заклади, але і суспільні організації, фундації, батьківські об'єднання.

Досвід багатьох зарубіжних країн засвідчує, що методологічними засадами освітньої інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку є затвердження принципів рівних прав і можливостей у здобутті освіти.

У загальнонавчальному розумінні освітня інтеграція, на нашу думку, передбачає надання можливості учням з порушенням психофізичного розвитку навчатися у звичайних класах загальноосвітньої школи, при цьому ці діти мають опанувати програму масової або спеціальної школи, їм надаються усталені освітні послуги. Як колективна форма освітньої інтеграції можуть функціонувати спеціальні класи (групи), в яких діти з особливостями психофізичного розвитку здобувають освітній рівень спеціальної школи-інтернату відповідно типу або загальноосвітнього закладу.

У міжнародних документах, зокрема у Саламанкській декларації наголошується на тому, що «Інтеграція дітей та молоді з особливими освітніми потребами відбувається найкраще в рамках інклюзивних шкіл, які повинні приймати всіх дітей, не зважаючи на їхні фізичні, інтелектуальні, соціальні, емоційні, мовні чи інші особливості. До них належать діти з розумовими чи фізичними вадами, обдаровані діти, безпритульні і ті, що працюють, діти з

віддалених районів, діти, що відносяться до мовних, етнічних чи культурних меншин, діти з найменш благополучних чи маргіалізованих районів чи груп населення» [3].

Засади інклюзивного навчання викладено в Саламанкській декларації, в рамках дій щодо освіти осіб з особливими потребами. У цьому міжнародному документі наголошується, що «основним принципом інклюзивного навчання є те, що всі діти мають навчатися разом у всіх випадках, коли це можливо, незважаючи на жодні труднощі чи відмінності між ними. Інклюзивні школи повинні визнавати і враховувати різні потреби своїх учнів шляхом приведення у відповідність методи та темп навчання, а також забезпечувати якісну освіту для всіх, розробляючи відповідні навчальні плани, організаційних заходи, стратегії викладання, використовуючи ресурси та партнерські зв'язки громадами, де вони проживають» [3].

Інклюзивне освітнє середовище змінює роль педагога звичайного навчального закладу, який має сприймати учнів з особливими освітніми потребами, як і інших дітей у класі; залучати їх до спільних видів діяльності, ставлячи дещо інші завдання, залучати учнів до колективних форм навчання і групового вирішення завдань; використовувати різноманітні стратегії колективної участі - ігри, спільні проекти, лабораторні дослідження.

Список використаних джерел

1. Гавриш Н.В. – Режим доступу : <http://www.ipedahohika.com/lirefs-494-1.html>.
2. Засенко В. В. Сучасні проблеми теорії і практики навчання дітей з особливими потребами / В. В. Засенко // Сучасні тенденції розвитку спеціальної освіти (українсько канадський досвід) = Modern trends in special education development (Canada Ukraine Experience): матер. міжнар. конф., 25–26 травня Київ, 2004 р. [під ред.: В. І. Бондаря, Р. Петришина]. — К.: Наук. світ, 2004. — С. 26–30.
3. Саламанкська декларація та Рамки дій (Salamanca Statement and Framework for Action, UNESCO, 1994). – Режим доступу : www.unesdocunesco.org/.
4. Психологія розумово відсталої дитини : підручник / В. М. Синьов, М. П. Матвєєва, О. П. Хохліна. – К. : Знання, 2008. – 359 с.

ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ ЛУГАНЩИНИ ДО РОБОТИ В ІНКЛЮЗИВНОМУ СЕРЕДОВИЩІ (з досвіду роботи)

Крошка С.А.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

Кожна дитина по-своєму унікальна і потреби кожної дитини специфічні. Кожна дитина становить незмірну цінність для своїх батьків і родичів, а всі діти разом - неоціненний скарб суспільства, запоруку його майбутньої долі.

Головною проблемою осіб з особливими потребами у всьому світі вважається відсутність адекватного доступу до освіти. Право на освіту є одним з фундаментальних прав, прописаних у Всесвітній декларації про права людини, а також у різних міжнародних і національних конвенціях і законодавчих актах. У більшості країн існують величезні відмінності в забезпеченні доступу до освіти дітям з особливостями психофізичного розвитку і здоровим дітям. Україна також приєдналася до даної проблеми і активно впроваджує у всіх сферах діяльності.

Лисичанський педколедж вже має певний досвід щодо даної проблеми. Провели 4 науково-практичні конференції, 2 семінари, видали 3 збірки статей.

В першу чергу необхідно виробити модель роботи з дітьми. За приклад можна взяти таку (рис.1).

Обов'язковим наступним етапом повинна бути модель педагога, який працює з дітьми з особливими освітніми потребами (рис.2).

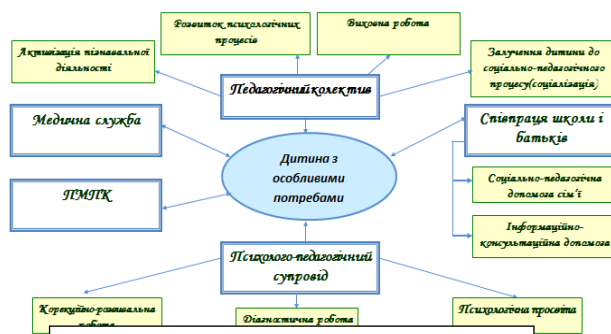


Рис.1.
Модель роботи з дітьми з ООП

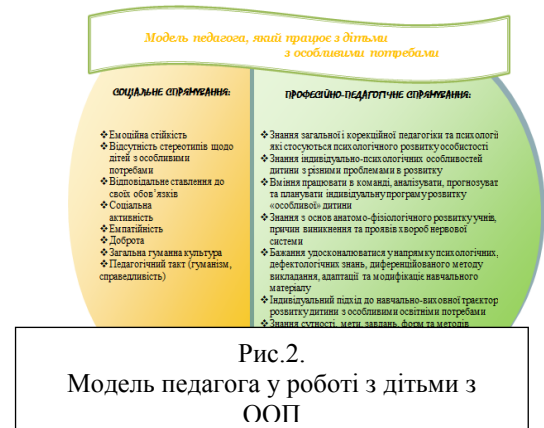


Рис.2.
Модель педагога у роботі з дітьми з ООП

На порталі освітян України «Педрада» Луценко Інна, науковий співробітник лабораторії проблем інклюзивної освіти Інституту спеціальної педагогіки НАПН України, пропонує схему інклюзивного навчання у школі та організація психологічного супроводу дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання (рис.3).

Викладачі коледжу готують спеціалістів різних напрямків, зокрема «Початкова освіта», «Дошкільна освіта», «Фізичне виховання», «Технологічна освіта», «Журналістика». Приділяємо увагу новому напрямку в освіті – рівний-рівному.

На заняттях використовуємо елементи степ-аеробіки, заняття з фітболами, стретчінг, вправи на релаксацію (викладачі Крошка С.А., Сидоренко Н.М., Борисенко Л.Л., Сліпецький В.П.).

Елементи кінезіології – розвиток розумових здібностей і фізичного здоров'я через певні рухові вправи, які включають в себе: розтяжки, дихальні вправи, рухові вправи очей, тілесні вправи, вправи для розвитку дрібної моторики, вправи на релаксацію і масаж. Ми використовуємо теоретичні дані цієї науки на заняттях з різних дисциплін як теоретичних так і практичних.

Зумба – танцювально-розважальна фітнес програма. Проходить в ігровій формі, що дає

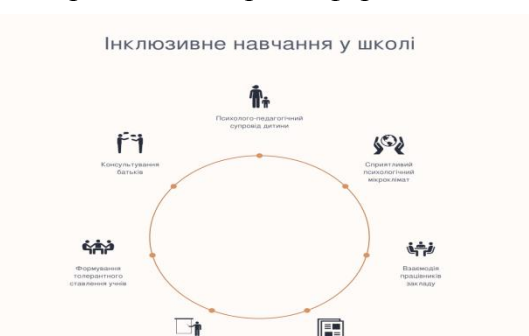


Рис.3.
Інклюзивне навчання у школі

змогу дітям веселитися і вести себе природньо! Класи включають ключові елементи розвитку: лідерство, повагу, роботу в команді, довіру, почуття власної гідності, розвиток пам'яті, творчості, координації та культурної свідомості.

Базова програма розвитку дитини дошкільного віку «Я у світі» зазначає, що кожного малюка ледь не з пелюшок потрібно навчати не лише навичок особистої гігієни, але й мовленнєвої культури. Один з них — використання вправ мовленнєвої гімнастики в різних режимних

моментях навчально-виховного процесу, а саме:

- у ранковій гімнастиці та корекційній гімнастиці після сну;
- у різних видах занять;
- у фізкультпаузах і фізкультхвилинках;
- в усіх видах ігор.

Мовленнєва гімнастика включає:

- вправи для розвитку мимічних м'язів та м'язів губ;
- артикуляційну гімнастику;
- дихальну гімнастику;
- голосові вправи.

Всі ми знаємо позитивний вплив східних систем. Є у них і прості за виконанням комплекси вправ. Які підійдуть для використання як фізкультурних пауз, так і самодостатній комплекс вправ.

Комплекс вправ тибетського оздоровлення активізує певні точки або ділянки тіла, підвищуючи рівень своєї енергії і покращуючи роботу внутрішніх органів. Крім того, ці техніки дозволяють «розбуркати» організм.

Вправа 1. Енергійно потреть один про одного свої долоні, розтираючими рухами



помасажуйте кисті рук – 30 секунд.

Вправа 2. Енергійно потреть долонями свої вуха, вгору-вниз – 15 разів. Візьміть вушину раковину вказівним і великим пальцем і потягніть в різні боки, із зусиллям, кілька разів. У результаті – вуха повинні «спалахнути».

Вправа 3. Розімніть і помасажуйте кожен палець на руці, від нігтьової до нижньої фаланги. Особливо добре масажуйте нігтьову пластину, не забуваючи про бічну сторону пальця. Потягніть кожен палець, кожен суглоб.

Вправа 4. Помасажуйте кінчиками пальців голову, круговими рухами, протягом 30 секунд.

Даоська доктрина вважає, що душа є у кожного з життєво важливих органів. Кожен орган є вмістилищем емоцій, як позитивних, так і негативних.

За допомогою цієї практики збільшується життєва сила організму, підвищується енергетичний потенціал внутрішніх органів і систем.

Теоретично всі вправи даоських навчань спрямовані на активізацію фізіологічних процесів організму, очищення кровоносних судин, регулювання роботи внутрішніх органів, підвищення імунітету, досягнення рівноваги в обміні речовин, відродження життєвої сили.

Ступні – друге серце людини. Часто масажувати ступні дуже корисно для здоров'я.

Традиційна китайська медицина вважає, що в ступнях більше 60 точок, які тісно пов'язані з внутрішніми органами. На ступнях знаходяться рефлексні зони, які зв'язуються майже з усіма органами. Але ступні далеко від серця і у них низька опірність до захворювання. Патогенний фактор, як холод і волога, часто входять в організм через ступні. Тому треба побільше приділяти увагу профілактиці ступнів. Часто масажувати ступні після теплої ванни допоможе видалити захворювання і забезпечити довголіття.

Часте ковтання слини забезпечує сто років тривалості життя.

Традиційна китайська медицина вважає, що слина – екстракт, виділений організмом.



Слина зберігається в Дань-тань (місце в животі, зосередження Ци) і перетворюється на Цзін-ци (життєва есенція і енергія), який добре зміцнює шлунково-кишковий тракт, отвори організму (очі, вуха, ніздрі, рот), зволожує кінцівки і внутрішні органи, зміцнює нирки, живить мозок.

Вранці і ввечері стукати зубами забезпечує міцні зуби.

Традиційна китайська медицина вважає, що стукіт зубів зміцнює нирки, балансує Інь і Ян, покращує провідність крові та енергії, в результаті уповільнює старіння.

Потягування забезпечує хорошу фігуру і знімає втому.

Потягнутися – значить випрямити шию, підняти руки, глибоко дихати, потягувати груди і попереk, рухати суглоби, розслабляти хребет.

Яскраві і не звичайні подушки, виконані у вигляді пазла чудово підійдуть для ігор на підлозі. Виконання фізичних вправ або стануть



прекрасним декором для дитячої кімнати.

Оригінальні подушки незвичайного дизайну, форми або з незвичним наповнювачем. Вони не просто допомагають нам добре відпочити, але здатні зміцнювати здоров'я, покращувати настрій, прикрашати інтер'єр.

Ігри з тілом.

«Гімнастика для їжачка»

Мета. Зміцнення м'язового «корсета» хребта.

Хід. Ведучий показує дітям, як їжачок робить гімнастику. У положенні лежачи на спині підняти руки за голову і максимально витягнутися. Потім, піднімаючи верхню половину тулуба до колін, нахилитися вперед, згрупуватися, обхоплюючи ноги під колінами (їжак згорнувся).

«Кішка».

Мета. Гра сприяє емоційному підйому, створює почуття розніженість і тренує м'язи спини і черевного преса, розвиваючи гнучкість і силу.

Хід. Ведучий пропонує дітям опуститися на коліна і обпертися долонями в підлогу. Зараз ми будемо зображати кішку. Спочатку кішка незадоволена. Вона вигинає спинку якнайсильніше вгору. Тепер кішка потягується. Спинка прогинається вниз. Рухи повинні бути енергійні, але в той же час плавні і граціозні. Рухи чергуються протягом 2 секунд. Потім дітям пропонується лягти на спину, швидко і граціозно перевертатися то на один, то на інший бік, одночасно виконуючи потягують рухи руками і



ногами на одному боці і згортаються рух на іншому, як це робить кішка, коли дуже задоволена. Вправа виконується протягом 2 секунд. Ведучий дякує дітям.

Бестінг – це елемент фізкультурного заняття, коли діти стають у «Коло побажань» або «Коридор успіху» і по черзі висловлюючи свої мрії та побажання, підтримують друзів. Проводиться для підвищення самооцінки, виховує впевненість у собі, розвиває психічні, емоційні та соціальні якості дитини, дає можливість утвердитись у соціумі.

В роботі використовуємо кольоротерапію, арт-терапію, пісочну терапію, танцювально-рухову терапію, сміхотерапію, казкотерапію.

Дихальна артпедагогіка – гра на духових музичних інструментах. Регулювати силу й тривалість вдиху та видиху чудово допомагає видування повітря через соломинку у склянку з водою у ритм виконуваного музичного твору.

Етюди психогімнастики зберігають психічне здоров'я дитини або здійснюють корекцію її психоемоційних порушень.

Вправа «Після дощу» (для дітей 4—5 років)

Спекотне літо. Щойно закінчився дощ. Під музику діти обережно ступають, ходять навколо уявних калюж, намагаючись не замочити ніг. Потім, пустуючи, стрибають по калюжах так сильно, що бризки летять в усі сторони, їм дуже весело.

Валеокорекція активізує розумову діяльність шляхом стимуляції мозкового і периферійного кровообігу. Під час занять діти виконують 3-4 вправи для язика, очей, хребетного стовпа, вимовляючи звуки на видиху.

Вправа «Маляр»

Відкрити рот. Погладити широким кінчиком язика піднебіння, роблячи рухи вперед-назад, як маляр білить щіткою стелю.

Вперед-назад, це твій язик

Так піднебіння голить.

-Як маляр він білити звик,

-Це стінам не завадить!

Етюди для душі мають на меті не лише зміцнення фізичного здоров'я, але й духовного стану. Дітям пропонують обрати серед запропонованих карток із зображеннями різноманітних ситуацій ті, де йдеться про Добро, і обговорити їх.

Мудри це особливе положення рук, що відновлює порушення в енерго-інформаційному обміні шляхом впливу на енергетичні потоки в нашому організмі або йога пальців. Крім того, мудри позитивно впливають на розвиток мислення, мовлення, а також дрібної моторики рук. Мудра «Чаша Чандмана» або 9 коштовностей. «Знання», «Життя», «Вікно мудрості», «Енергія», «Флейта Майтрейї» (при розладах нервової системи).

Є спеціальний комплекс мудр, що виконуються перед сном: «Земля», «Сходи небесного храму», «Черепашка» (при втомі, порушеннях роботи серцево-судинної системи), «Зуб дракона», «Чаша Чандмана», «Щит Шамбали» (для підвищення опірності всього організму).

Ерготерапія (сухий басейн) пропонує унікальний підхід, що поєднує терапевтичну програму реабілітації, абілітації та компенсації (адаптації).

Анімалотерапія має також психотерапевтичну допомогу. Цей сучасний науковий метод дозволяє не тільки лікувати, але і профілакувати серйозні захворювання. У анімалотерапії широко застосовуються різні символи тварин: образи, малюнки, казкові герої, іграшки. Використовуються також і звуки тварин.

Під час багатьох експериментів було доведено позитивний вплив тварин на хвору людину. Загальновідомо, що люди, які мають домашніх тварин, живуть довше інших і хворіють менше. При цьому наголошується, що нервова система цих людей перебуває в значно кращому стані. Психофізіологічна функція полягає в тому, що спілкування з тваринами здатне рятувати людину від стресу, поліпшувати роботу нервової системи та психіки в цілому.

Психотерапевтична функція – спілкування з тваринами в чому сприяє гармонізації їх міжособистісних відносин.

Реабілітаційна функція полягає в тому факті, що контакти з тваринами служать додатковим каналом взаємодії особистості з навколишнім світом. Вони допомагають психічній і соціальній її реабілітації.

Каністерапія. Собака позбавляє від дефіциту в спілкуванні, підвищує самооцінку. У собачої, а також котячої слині міститься фермент лізоцим, який вбиває хвороботворні



мікроорганізми. Каністерапія призначається при неврастенії, істерії, Психастенія і неврозах. Застосування каністерапії виправдано в роботі з неговариськими, скутими, замкнутими дітьми, з дітьми, що страждають аутизмом, шизофренією. Собака дозволить надовго стримати страх, депресію, напругу, знизити неухважність і мобілізувати рухові функції. Неговіркі починають більше говорити, а люди з емоційною некомпетентністю (набутою або вродженою) — виявляти здатність реагувати на тварин із несподіваним почуттям і розумінням. Собаки незамінні при роботі з дітьми, які страждають на аутизм. Вони надзвичайно впливають на поведінку таких дітей. Присутність або пасивна участь у терапії дружельно налаштованого собаки збігається з помітним поліпшенням у поведінці дітей та зниженням таких проявів аутизму, як занурення в себе.

Собак використовують для профілактики і лікування простудних захворювань, захворювань серцево-судинної системи, при безсонні, при алергії і астмі. Собаки діагностують напади епілепсії і можуть попередити про настання епілептичного припадку за 20 хвилин. Собаки дуже дієві для лікування нервового напруження, при розсіяності уваги. Особливо ефективними вони є при почутті самотності, покинутості, в стані депресії. Та одним з найбільш поширених напрямів використання каністерапії є допомога хворим, що страждають на ДЦП і аутизм.

Література

1. Колупаєва А.А. Досвід реалізації інклюзивної освіти в країнах Європи /Колупаєва А.А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітні навчальні заклади: Монографія. – К.: Педагогічна думка, 2007 р. – 458 с.

2. Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально-методичний посібник / Кол. авторів: Колупаєва А. А., Софій Н. З., Найда Ю. М. та ін. За заг. ред. Даниленко Л. І., – К.: 2007. – 128 с.

МЕТОДИ СЕНСОРНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

Кулікова Т.П.

Комунальний заклад

Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»

м. Рубіжне

Під методами навчання розуміють систему дій педагога, який організовує практичну та пізнавальну діяльність дітей, спрямовану на засвоєння змісту роботи.

Оскільки діти набувають знань у процесі безпосереднього сприймання предметів і явищ навколишньої дійсності, предметно-практичної діяльності та з повідомлень педагога (пояснення, розповідь тощо), то виділяють такі основні методи сенсорного виховання: словесні, наочні і практичні. Як правило ці методи дуже рідко використовуються ізольовано.

Діти молодшого і середнього дошкільного віку краще засвоюють словесні пояснення, які супроводжуються показом відповідних об'єктів. Але дослідження у галузі тифлопедагогіки і тифлопсихології засвідчують, що за допомогою словесних методів можна сформуванати у дитини достатньо глибокі знання про навколишній світ, якщо активізувати вже набуті нею знання та вміло використати їх для отримання нових, більш складних. Це положення має особливе значення для виховання сліпих та слабозорих дітей. Словесні пояснення, які спираються на раніше сформовані уявлення дітей, значно розширюють їх навколишній світ, знайомлять з предметами та явищами, які вони, на відмінну від зрячих, не можуть пізнати безпосередньо. Отже, чим більше у дитини сформованих уявлень про оточуючі предмети, що спираються на їхній чуттєвий досвід, тим ширші можливості словесного методу.

Використання наочного методу в навчанні сліпих та слабозорих дітей - це насамперед їх знайомство з оточуючими предметами за допомогою дотику і залишкового зору. Таким чином, наочний метод направлений на формування у дітей уявлень на основі перцептивної діяльності. Об'єктами пізнання виступають як реальні предмети, так і різні моделі, іграшки, опудала тощо.

Різке зниження зору негативно позначається насамперед на процесі сприймання, що характеризується значною загальмованістю, звуженням огляду, зниженням точності. Через це зорові уявлення дітей недостатньо чіткі, часто спотворенні, носять вербальний характер. У дітей з вадами зору утруднене і просторове орієнтування. Тому наочний матеріал повинен сприяти уточненню уявлень дітей. При підготовці до навчально-виховного процесу педагогам необхідно приділяти увагу добору та використанню наочності, демонстраційного та роздаткового матеріалу, виконувати загальні вимоги:

- педагоги не повинні носити наочність в руках;
- демонструючи наочність, можна запрошувати дитину ближче до себе;
- універсальний фон зелений, темні фігури показують на світлому фоні і навпаки;
- наочний матеріал слід розміщувати на дошці або фланелеграфі у верхній частині, вище від рівня очей дитини;
- демонструється обмежена кількість наочності (1-2). Вся відпрацьована наочність прибирається;
- наочним роздатковим матеріалом має забезпечуватись кожна дитина;
- дидактичні картки та картини повинні бути контрастними, лаконічними, без зайвих деталей, з ясною композиційною структурою, з насиченими кольорами;
- важливо виділяти контуром головне, закони перспективи, динаміку рухів персонажів, їх пози тощо.

Питаннями використання демонстраційного матеріалу у навчанні дітей з порушеннями зору займалася В.О. Феоктістова. Вона рекомендує адаптувати зображення за допомогою контрастного оконтурювання, представлення в кольорі суттєвого, тимчасових рамок.

Для демонстраційної роботи використовують великий (70 см x 100 см) фланелеграф з контрастними фонами, що встановлюється на рівні очей дітей. На кожному робочому місці дитини повинен розміщуватись індивідуальний фланелеграф (20 см x 30 см) з фоном високої контрастності (темний фон рекомендується дітям з міопією, особливо високого ступеню; світлий фон рекомендується дітям з атрофією зорового нерва. Рекомендовано використовувати жовто-червоно-жовтогарячі й зелені тони, особливо для дітей дошкільного й молодшого шкільного віку (наприклад, оптимальне поєднання кольорів при амбліопії:

червоний – жовтий; при міопії: синій – білий, жовтий – чорний, зелений – білий). Крім того, дітям зі збіжною косоокістю необхідно мати на занятті фланелеграф з підставкою (вертикальне положення).

Особливості використання наочності залежно від зорової патології дитини

№ п/п	Діагноз	Особливості зорового сприймання	Рекомендації
1.	Порушення окорухової функції (косоокість, ністагм).	1.Порушена цілісність сприймання. 2. Сповільнене сприймання.	1. Рельєфні зображення. 2. Збільшити час на розглядання.
2.	Афакія	1. Неможливість сприймання при поганому освітленні. 2. Сповільнене сприймання.	1. Добре освітлити об'єкт. 2. Збільшити час на сприймання об'єкта.
3.	Астигматизм, атрофія зорових нервів, дегенерація жовтої плями.	Зображення не зберігається в одному фокусі.	1. Включити у пізнавальну діяльність дотикове та інші види сприймання. 2. Рельєфна наочність.
4.	Вузьке поле зору	Неможливість сприймати об'єкти великого розміру цілісно.	1. Оптимальний розмір ілюстрації 9/12. 2. Здійснювати аналіз ілюстрації по частинах. 3. Використання трафаретів для концентрації погляду
5.	Гіперметропія, амбліопія	1. Ускладнення сприймання на близькій відстані. 2. Ускладнення сприймання дрібних деталей.	1. Віддалити об'єкт на оптимальну відстань від очей. 2. Обвести, виділити дрібні деталі. 3. Збільшити відстань між рядками.
6.	Міопія	1. Погано сприймається предмет на далекій відстані і при недостатньому освітленні. 2. Утруднений перехід погляду з близької відстані на далеку.	1. Наблизити об'єкт до очей. 2. Підмалювати об'єкти, обвести контури, збільшити контраст. 3. Добре освітлити об'єкт. 4. Збільшити час на розглядання.
7.	Кольороаномалія	Неможливість чи неадекватність сприймання одного або декількох кольорів.	1. Аналіз кольорової гами. 2. Використання чорно-білого унаочнення.
8.	Катаракта	Порушена цілісність сприймання.	1. Збільшити час на розглядання. 2. Рельєфна наочність
9.	Глаукома	Швидка втомлюваність.	Дотримуватись режиму зорового навантаження.
10.	Альбінізм	Ускладнення сприймання при яскравому освітленні.	Уникати яскравого освітлення.
11.	Захворювання сітківки і зорового нерва	Погано розрізняються світлі зображення на темному фоні.	Розміщувати темні фігури на світлому фоні.

Під час роботи дітей з наочним матеріалом, обстеження якого значно ускладнюється за рахунок погіршення координації рухів, неузгодженості рухів руки та ока, значно уповільнюється й темп обстеження, що вимагає збільшення часових норм приблизно в 2-3 рази, порівняно з дітьми, які нормально бачать.

У процесі використання наочного методу в сенсорному вихованні необхідно робити акцент на розвиток аналізуючого спостереження, а для цього необхідно навчати дітей різносторонньому вивченню об'єкта, його властивостей та особливостей. Для цього дітям необхідно пропонувати операції порівняння.

Операція порівняння (знаходження однакового та різного) лежить в основі будь-якого пізнавального акту і може бути доступна дітям дошкільного віку. Порівняння двох предметів за допомогою зору та дотикового сприймання – складна пізнавальна діяльність, в процесі якої кожен з об'єктів співвідноситься з іншим за виділеною ознакою. Відношення відповідних ознак виражається за допомогою судження. Порівняння проводиться в процесі поперемінного обстеження двох предметів, як при впізнаванні об'єкта (предмет, який обстежується, зіставляється з його мисленнєвим образом), так і в ході виконання завдання знайти предмет за даною ознакою (кожен із предметів, що обстежується, порівнюється зі зразком, доки не буде знайдений такий самий). При формуванні сенсорних навичок у сліпих та слабозорих дошкільників найчастіше застосовується порівняння двох предметів. Зазвичай дітям пропонується завдання порівняти об'єкти, які не дуже відрізняються один від одного, за декількома параметрами. Наприклад, два олівці порівняти за довжиною і товщиною, два м'ячі – за величиною, матеріалом тощо.

Вивчення особливостей порівняння дітьми предметів дає можливість зробити такі практичні висновки:

1. Для порівняння слід добирати предмети, які відрізняються деякими несуттєвими ознаками (варіанти одного і того ж предмета), предмети, які відрізняються один від одного за суттєвими ознаками, але які можна віднести до однієї категорії (види транспорту, меблі, посуд тощо), і, нарешті, предмети, які відносяться до різних категорій. Найбільш розвиваючим ефектом для сліпих та слабозорих дітей відзначаються другий і третій варіанти, яким необхідно приділяти велику увагу. Порівняння двох варіантів одного і того ж предмета дає можливість пізнавати об'єкти в їх різноманітності. Пізнання як суттєвих, так і несуттєвих ознак різних варіантів предмета сприяє формуванню його узагальненого образу. Діти мають можливість знаходити схоже й відмінне в порівнюваних предметах, які зіставляються за несуттєвими ознаками. Наприклад, дві чашки, які відрізняються за формою і величиною. Порівняння двох предметів, які відносяться до однієї категорії, дозволяє знайти їх суттєві ознаки, які дають можливість використовувати предмет певним чином (тобто з'ясувати функціональне призначення предмета). При порівнянні з'являється можливість знаходити як відмінне, так і спільне у суттєвих чи несуттєвих властивостях і ознаках предмета.

2. Дітям слід ставити запитання, які спрямовують їх увагу насамперед на найбільш суттєві ознаки предметів, що допомагають їм визначати призначення та функціональні особливості предмета. При цьому слід використовувати вже наявні у дітей знання про предмет, які, завдяки продуманим запитанням і поясненням тифлопедагога, постійно розширюються і поглиблюються.

Крім того, необхідно активізувати діяльність дітей з обстеження предметів, що порівнюються. Потрібно враховувати схильність сліпих та слабозорих дітей замінити обстеження предметів за допомогою дотику чи залишкового зору виключно вербальним порівнянням, що виявляється у заміні практичної діяльності словесним описом. Тому під час розвитку у сліпих дітей процесів порівняння важливо простежити, щоб дитина не почала порівнювати предмети за вивченою схемою, відхиляючись від ознак, які вона безпосередньо сприймає.

Використання практичного методу у навчанні дітей з порушеннями зору. Сліпі та слабозорі діти дошкільного та молодшого шкільного віку пізнають оточуючий їх

предметний світ у різних видах діяльності. Пізнання властивостей предметів здійснюється як при їх безпосередньому обстеженні, так і в процесі предметно-практичної діяльності. Предметно-практична діяльність включає в себе власне предметну діяльність, спрямовану на використання предмета відповідно до його функцій, тобто включає знаряддеві дії, маніпулятивні дії, співвідносні дії та ігрові дії.

Знаряддеві дії є найважливішими, базовими. За період дошкільного дитинства вони поступово засвоюються дитиною. Проте слід пам'ятати, що знаряддеві дії малодоступні сліпим дітям, але, в той же час, заслуговують на велику увагу, оскільки їх формування сприяє як сенсорному розвитку дітей, так і їх більшій самостійності (наприклад, дії з ножицями, олівцями, ложкою, виделкою тощо). Характерним для знаряддевих дій є те, що за їх допомогою змінюється предмет, тобто вони є перетворюючими.

Маніпулятивні дії – це дії, за допомогою яких дитина пізнає ознаки та властивості предметів: на дотик (холодний-теплий, сухий-мокрый, солодкий-гіркий); за формою (круглий, овальний, трикутний, чотирикутний тощо); за кольором (червоний, синій, зелений тощо); за просторовим розташуванням (високий-низький, вгорі-внизу, далеко-близько, глибоко-мілко, довго-коротко). При цьому спеціальної роботи потребує система обстежувальних дій, а саме: для виявлення та осмислення поняття “твердий” слід навчити стискати предмет, “крихкий” – розбивати, “круглий” – прокочувати тощо

Співвідносні дії – це дії порівняння, зіставлення, накладання, прикладання, вкладання маленького у велику ємкість, закривання тощо.

Предметно-практична діяльність включає в себе і продуктивну діяльність, яка спрямована перш за все на створення зображень предмета.

Предметна діяльність, як одна з найважливіших форм діяльності дитини, є первинною відносно розвитку багатьох психічних процесів. У рамках предметної діяльності в ранньому віці відбувається інтенсивний психічний розвиток дитини в кількох основних напрямках: наочно-дійове мислення, мова, початок символічної гри, самосвідомість.

Предметна діяльність стає провідною у розвитку мислення дитини. Дослідження вітчизняного психолога А.В. Запорожця показали, що дитина дошкільного та молодшого шкільного віку здатна розумно і послідовно міркувати, робити висновки, якщо вона спирається на достатній досвід дій з предметами. Це особливо важливо для дитини з серйозними мовними проблемами, тому що дає можливість корекційної роботи на рівні домовленневих узагальнень. “Переносячи старе в нове і змінюючи його відповідно до нового, дитина здійснює в практичних операціях узагальнення. Знаменна та обставина, що процес узагальнення здійснюється без допомоги мови”. Надалі такий досвід дій з предметами може створити основу для засвоєння дітьми значень слів. У процесі вирішення практичних завдань мова поступово набуває плануючої функції. “Для дитини визначити предмет чи поняття рівноцінно тому, щоб назвати, що цей предмет робить або, ще частіше, що можна зробити з цим предметом”.

Корекційна робота, спрямована на розвиток предметної діяльності, ґрунтується на закономірності формування такої діяльності у дитини в онтогенезі, що описано в роботах вітчизняних психологів (П.Я. Гальперін, А.В. Запорожець, Л.С. Виготський, Д.Б. Ельконін та ін.)

Оволодіння функціональними діями з предметами, узагальненими способами дій значно підвищують можливості дитини орієнтуватися в навколишньому світі. В предметній діяльності дитина пізнає зв'язки і взаємозв'язки різних об'єктів, вчиться взаємодіяти з предметами.

У зрячих дітей інтенсивний розвиток предметної діяльності проходить в ранньому віці. У дітей з глибокими порушеннями зору він настає пізніше і протікає більш в'яло.

ПЛАВАННЯ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ТА ВІДХИЛЕННЯМИ У СТАНІ ЗДОРОВ'Я

Лагутєєва А.А.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

Адаптивна фізична культура є невід'ємною частиною загальної культури, підсистема фізичної культури, одна з багатьох сфер соціальної діяльності, спрямована на задоволення потреби осіб з обмеженими можливостями в руховій активності, часткове відновлення та компенсації втрачених функцій, особистісного розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил з метою поліпшення якості життя, соціалізації та інтеграції в суспільство. Методика адаптивної фізичної культури має суттєві відмінності, обумовлені аномальним розвитком фізичної і психічної сфери дитини. Саме ці базові положення, що стосуються медико-фізіологічних і психологічних особливостей дітей різних нозологічних груп, типових і специфічних порушень рухової сфери, методичних принципів, корекційної спрямованості педагогічного процесу і визначають специфіку підходів до побудови та змісту методик адаптивної фізичної культури.

Плавання є ефективним засобом розвитку рухової сфери людини і характеризується придбанням життєво необхідного досвіду – вміння плавати і пов'язаних з ним теоретичних знань. Отримані знання та вміння є базою для спеціалізації в спортивній і професійно-прикладній діяльності. Для вирішення завдань адаптивної фізичної культури в сучасній педагогічній практиці є багатий арсенал фізичних вправ і видів спорту, в тому числі плавання.

Адаптивне плавання – навчання плаванню осіб з обмеженими можливостями (інвалідів), вдосконалення рухових здібностей і плавальної підготовленості, що дозволяють в якійсь мірі компенсувати втрачені рухові функції. Соціальна адаптація через плавання істотно розширює коло спілкування людей з обмеженими можливостями, емоційно насичує їх життя.

Уміння плавати необхідно як для занять багатьма видами спорту, так і для оволодіння професіями, пов'язаними з водним середовищем.

Плавання – вміння людини триматися на воді і пересуватися в ній за допомогою певних рухів руками і ногами без підтримуючих засобів, воно має свої характерні особливості, так як фізичні дії людини відбуваються в умовах водного середовища:

- тіло людини не має твердої опори, такий стан збільшує його рухові можливості і сприяє їх розвитку;

- тіло людини в умовах водного середовища має відносно невагомість. Маса тіла нейтралізується підйомної силою води, невагомість тіла розвантажує опорну систему, головний хребет від звичайних гравітаційних навантажень;

- тіло знаходиться в горизонтальному положенні при виконанні фізичних вправ. Робота деяких внутрішніх органів при такому положенні тіла під час виконання циклічних рухів значно полегшується.

Відомо, що під впливом активної м'язової діяльності поліпшується психоемоційний стан організму, знижується рівень тривожності людини, важливо мати на увазі, що цей ефект особливо виражений в заняттях плаванням, де має місце суттєва зміна навколишнього середовища, саме це, як свідчать спеціальні дослідження, є засобом профілактики психічних перенапруг.

Вода має високу теплопровідність, і перебування в ній тренує механізм терморегуляції. Ті, хто систематично відвідує басейн, більш стійкі до простудних захворювань. Регулярні заняття розвивають у дітей рухливість в суглобах, зміцнюють м'язи рук і ніг, тулуба, що дуже важливо для формування правильної постави.

Особливу увагу в процесі занять приділяється зміцненню м'язів тулуба, так як вони стабілізують тіло при плаванні, допомагають зберігати обтічне положення корпусу. Це, в свою чергу, розвиває м'язовий корсет, який попереджає викривлення хребта дитини. Симетричні рухи і горизонтальне положення тіла роблять плавання прекрасним коригуючі засобом, що усуває порушення постави [3]. Безперервна робота ніг у швидкому темпі, постійне подолання опору води чудово тренують м'язи і зв'язки гомілковостопного суглоба.

Заняття плаванням як ніякий інший вид фізичних вправ налаштовують дихання на правильний ритм. При плаванні вдих і видих утруднені, тому м'язи, які беруть участь в процесі дихання, в результаті систематичних занять зміцнюються і розвиваються.

Доведено можливість навчати плаванню дітей з ураженням опорно-рухового апарату, з відхиленнями в розумовому розвитку і різноманітними комплексами відхилень від норми не тільки в спеціальних лікувальних басейнах при поліклініках або стаціонарах, а й в басейнах типу «жабник», критих і відкритих спортивних плавальних басейнах, в тому числі і на відкритих водоймах.

У більш пізніх роботах Д.Ф. Мосунов, і В.Г. Сазикін проаналізували, систематизували й узагальнили існуючі в науковій та спеціальній літературі знання про особливості взаємодії людей в умовах навколишнього водного середовища, результати проведених наукових досліджень, педагогічних і спеціальних експериментів, які доводять принципову можливість навчання плаванню дитини з будь-якими порушеннями і поразками. Авторами доведено позитивний якісно нове підвищення рівня фізичного, інтелектуального і психічного розвитку дітей з обмеженими можливостями. Зафіксовані факти, коли 10-12-річні діти в результаті занять плаванням вперше в житті починають ходити, говорити, переходять на самообслуговування в домашніх, навчальних і громадських умовах.

Оздоровче і спортивне плавання досить широко використовується серед інвалідів з ураженням опорно-рухової системи, в тому числі і після ампутації кінцівок.

У тих, хто навчається плавати, після ампутації обох нижніх кінцівок при зануренні у воду (при статичному положенні і затримці дихання на вдиху) голова і плечовий пояс виявляються зануреними у воду, а область тазу і кукси кінцівок знаходиться вище рівня води, кут атаки при цьому набуває негативного значення.

При статичному положенні тіла в воді на спині (з затримкою дихання на вдиху) у учнів відзначається виражене згинання в тазостегнових суглобах, що в певній мірі може бути пояснено наявністю згинальних або згинально-відвідних контрактур, що розвиваються внаслідок ампутації, компенсаторне згинання поперекового і грудного відділів хребта. При цьому голова високо піднімається над водою, тулуб йде під воду, кукси стегон знаходяться вище рівня води. При цьому м'язи шийного відділу хребта постійно напружені. Використання допоміжних плавальних засобів, зокрема утяжеляли пояса, створює умови для врівноваження сил, що діють щодо загального центру маси тіла (ЗЦМТ), і дозволяє приймати горизонтальне положення у воді.

Симпатична іннервація характерна для всіх людей, які перенесли ампутації. Переважання симпатичного відділу супроводжується високою централізацією серцевого ритму. Синусовий вузол здатний забезпечити лише стабільний ригідний ритм, що в цілому характерно для серця з низькими адаптаційними можливостями.

Незважаючи на це доцільність і необхідність застосування плавання для осіб з обмеженими можливостями з дефектами обох кінцівок безсумнівні. При високому рівні ампутації плавання сприяє лікуванню контрактур, підвищенню біоелектричної активності м'язів, а також, що найбільш важливо, є ефективним засобом соціальної реабілітації, має великий психологічний вплив на вдосконалення вольових якостей і в цілому сприяє найповнішій адаптації в сучасному суспільстві.

Купання і плавання підвищують опірність організму дитини впливу температурних коливань, є профілактикою простудних захворювань. Якщо плавання проводиться в природному водоймищі, то гартують ефект роблять і інші природні фактори – сонце і повітря.

Таким чином, сфера застосування плавання при медичних показаннях різноманітна і є предметом дослідження багатьох авторів. Позитивний вплив занять у воді відзначається при дефектах і порушеннях постави, слуху, сколіозах, захворюваннях дихальної, серцево-судинної систем, ураженнях опорно-рухового апарату, відхиленнях у розумовому розвитку, наслідків захворювань і поразок після травм і ампутацій. Однак досліджень, що містять організаційно-методичні особливості, засоби і методи навчання плаванню, рекомендації за обсягом, інтенсивності навантаження, інтервалах відпочинку при початковому навчанні плаванню глухих дітей, вкрай мало. Крім того, не визначені види контрольних вправ і завдань, які застосовуються для дітей різної нозології.

Література

1. Адаптивная физическая культура. //Библиограф, указатель. – СПб., 2000.
2. Анохин П.К. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование. – М.: Медгиз, 1956. – с. 34.
3. Булгакова, Н.Ж. Оздоровительное, лечебное и адаптивное плавание: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Н.Ж. Булгаковой. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 432 с.
4. Гидрореабилитация. Д.Ф. Мосунов / Адаптивная физическая культура, –№3, 4, – 2000. с.36-38.
5. Плавание для детей с ограниченными возможностями здоровья: Учебно-методическое пособие / Авторы: С.Б.Нарзулаев, В.И.Павлухина. – Томск, – 2010.

ПРОБЛЕМИ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Літовка О.П., Чурілова В.Є.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

Інвалідність є соціальним явищем, уникнути якого не може жодне суспільство. У всьому світі майже кожна десята людина зазнає тих чи інших обмежень, з них майже 470 млн. людей працездатного віку. Ці дані засвідчують масштабність та глобальний характер проблеми інвалідності. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів проголошують, що кожна людина та її потреби важливі для суспільства [3].

За визначенням Л. Пірога, у Радянському Союзі імідж здорового суспільства створювався за рахунок ізоляції людей з інвалідністю. Україна успадкувала цю систему, таким чином люди з інвалідністю рідко зустрічаються серед широкого загалу. Десятиліттями система реабілітації була спрямована в основному на медичну реабілітацію, залишаючи поза увагою соціальну та трудову реабілітації. Як правило, люди з інвалідністю були працевлаштовані на спеціальних закритих та субсидованих підприємствах, що сприяло їх подальшій ізоляції від суспільства. Негативні наслідки перехідного періоду вплинули на них більше ніж на інші соціальні групи. Сьогодні, людям з інвалідністю досить важко знайти точку опори на ринку праці. Наразі лише 22% людей з інвалідністю працездатного віку працевлаштовані.

Автор підкреслює, що кількість інвалідів в Україні за останні 5 років зросла на 5,5% і на початок 2016р. складала 2,7 млн. осіб, або майже 6% загальної чисельності населення. За даними Державного комітету статистики України, на початок 1999р. в Україні налічувалося понад 2,5 млн. осіб офіційно визнаних інвалідами, тобто близько 5% усього населення країни. Якщо на початку 1990-х рр. загальна кількість інвалідів у країні становила трохи менше 3% населення (близько 1,5 млн. осіб), то на 1 січня 2016р. вона перейшла 6%-й рубіж і

дорівнювала 2 млн. 741 тис. [3]. Такі статистичні дані приблизно вдвічі менше за середньосвітовий оціночний орієнтир (10%). [4, 54] Така різниця поки що не знайшла чіткого пояснення, але важко уявити, що вітчизняна ситуація настільки відрізняється у кращий бік від загальносвітової, враховуючи реалії української економіки, екології, соціальної підтримки найбільш уразливих верств населення протягом останніх 10–15 років.

Фахівці роблять різні припущення щодо такої різниці. Можливо, вона криється в різних критеріях установлення інвалідності, оскільки в різних країнах світу існують різні підходи та різні концепції. Можливо, певна частина людей хоча й відчуває за станом здоров'я певні обмеження щодо повноцінного здійснення біологічних і соціальних функцій, але не звертається до медичних установ для встановлення інвалідності. Так може бути через те, що обмежені можливості цих людей не підкріплені явними ознаками вад і захворювань, які входять до офіційного переліку, котрим керуються медико-соціальні експертні комісії при встановленні інвалідності. Дехто може не звертатися через неухвалене ставлення до власного здоров'я. Така поведінка характерна для жителів тоталітарних суспільств. І цей феномен, можливо, не зник повністю в частини населення й у посттоталітарних умовах. Інколи люди можуть не звертатися через недостатню поінформованість. І, очевидно, далеко не кожний, у кого спостерігаються стійкі розлади певних функцій (наприклад погіршення функцій органів чуття, серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату внаслідок перенесених інфекційних захворювань тощо), систематично проходить курс лікування і, відповідно, у разі необхідності отримує тимчасову або постійну інвалідність. Можливо, впливає і те, що ті, хто за визначеними медичними критеріями об'єктивно має право на встановлення інвалідності, не завжди в змозі це право реалізувати у зв'язку з матеріальними проблемами, через побутові причини або бюрократичні перешкоди. Може впливати віддаленість місця проживання від осередків соціальних і медичних служб, недостатня уважність з боку фахівців на місцях, необізнаність самої людини та її оточення щодо послідовності потрібних дій і адресності звернень, особливо в сільській місцевості, невеликих поселеннях тощо.

Таким чином, можна припустити, що певна частина людей з обмеженими можливостями не потрапляє до зведень офіційної статистики [2, 32-34]. Таку різницю між вітчизняною статистикою і світовими оцінками слід враховувати при оцінці ситуації, хоча й офіційна цифра (майже 2,7 млн.) теж достатньо вагомий показник актуальності проблеми інвалідності для України. До того ж, щоб реально уявляти кількісний аспект проблеми, слід мати на увазі, що близько 20% інвалідів становлять інваліди I групи і діти-інваліди, тобто ті, хто значною мірою потребує обслуговування іншими людьми [4].

Особливу стурбованість викликають тенденції процесу інвалідизації населення України у динаміці. Так, з 2010 по 2016 рр. майже всі щорічні показники інвалідизації (окрім загальної кількості населення, що зменшується) зростали.

Реалізація Україною стратегічного курсу щодо побудови соціально орієнтованої ринкової економіки та інтеграція її у світовий економічний простір потребують здійснення ряду першочергових заходів щодо посилення соціального захисту та забезпечення розвитку вразливих верств населення, в тому числі, осіб з обмеженими фізичними можливостями. Прогресивні країни, прямуючи до інтегрованого цивілізованого суспільства, керуються загальною стратегічною метою – забезпечення повноцінної участі людей з інвалідністю в суспільному житті та вирішення питань, пов'язаних з залученням громадян з інвалідністю до усестороннього активного життя [3].

Показники інвалідності населення є важливим індикатором, який характеризує стан здоров'я нації та певною мірою може відображати рівень розвитку системи охорони здоров'я та ефективність реалізації соціальної політики держави. Упродовж останніх років Україна проводить послідовну політику переходу від медичної до соціальної моделі інвалідності, що передбачає комплексне розв'язання проблем інвалідності та кардинальної зміни підходів до ролі і місця людей з обмеженими фізичними можливостями в економічному та соціальному житті суспільства. Аналіз стану забезпечення людського розвитку осіб з обмеженими

фізичними можливостями ґрунтується на співставленні фактичних даних та даних про потребу людей з інвалідністю в освіті, працевлаштуванні, певному рівні матеріального добробуту, охороні здоров'я тощо.

Високу частку інвалідів у загальній чисельності населення України обумовлено комплексним впливом багатьох чинників, серед яких найбільш значущими є наступні:

- дефіцит бюджетних асигнувань на лікувально-профілактичні заходи;
- нестача медичних кадрів та недостатня кількість сучасного лікувального обладнання (особливо у сільській місцевості);
- забруднення навколишнього середовища, у першу чергу, наслідки аварії на Чорнобильській АЕС;
- інтенсивний розвиток техніки, транспортних технологій та урбаністичних процесів, що призводить до зростання техногенного травматизму;
- непослідовна та низько результативна охорона та безпека праці, особливо на підприємствах недержавної форми власності, що призводить до високого виробничого травматизму.

Відсутність культури здорового способу життя, нераціональне харчування, споживання сурогатів спиртних напоїв також патогенно впливають на стан здоров'я нації. Існує пряма та значна кореляція між соціально-економічними проблемами розвитку суспільства та зростанням показників інвалідності.

Значна кількість населення з інвалідністю потребує вирішення багатьох проблем, що пов'язані із розширенням можливостей людського розвитку. У рамках проведення аналізу стану забезпечення людського розвитку осіб з інвалідністю в Україні слід зосередити увагу на віковій структурі населення з інвалідністю з метою визначення відповідних потреб різних вікових категорій.

Так, у період з 2005 по 2008 рік спостерігалась негативна тенденція до зростання частки дітей-інвалідів як у загальній чисельності інвалідів, так і в чисельності дітей віком від 0 до 14 років. Високий показник інвалідності дітей зумовлений цілою низкою соціально-економічних причин, серед яких основними є: недосконалість існуючої системи медичного забезпечення дітей та підлітків, погіршення якості харчування, техногенні перевантаження, зменшення обсягу профілактичних програм в амбулаторно-поліклінічній ланці охорони здоров'я, недосконалість системи психолого-педагогічної підтримки дітей із соціально неблагополучних родин, неефективність освітніх програм для формування у дітей культури здоров'я тощо [4].

Для дітей з інвалідністю важливою складовою людського розвитку є забезпечення належної освіти. Адже ефективна адаптація та інтеграція дітей, з порушеннями фізичного та/або розумового розвитку у суспільство неможливі без здобуття ними повноцінної дошкільної, шкільної та позашкільної освіти. Так, у 1,7 тис. спеціальних дошкільних навчальних закладів здобуває освіту 35,1 тис. дітей-інвалідів.

Після здобуття дошкільної освіти подальше формування особистості дітей з особливими потребами, забезпечення їх соціально-психологічної реабілітації, трудової адаптації здійснюється у загальноосвітніх навчальних закладах. Незважаючи на те, що останнім часом навчання дітей-інвалідів у загальноосвітніх навчальних закладах визнано державним пріоритетом, так і не створено достатніх умов для його забезпечення, через те, що переважна більшість дітей-інвалідів продовжує здобувати освіту у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах.

Для категорії дорослих інвалідів актуальним є підвищення рівня їх зайнятості, що є одним із пріоритетів державної соціальної політики щодо людей з інвалідністю. Загальноновизнано, що саме трудова діяльність відіграє особливу роль у процесі інтеграції інвалідів до суспільного життя, це допомагає їм відчутти власну необхідність як з боку родини, так і суспільства в цілому, подолати наслідки інвалідності, поліпшити власний матеріальний добробут завдяки отриманню заробітної плати, забезпечити повноцінну реабілітацію.

Протягом останніх років спостерігається стійка позитивна тенденція до збільшення кількості фактично працюючих інвалідів на підприємствах (об'єднаннях), в установах та організаціях, які подали звіти про зайнятість і працевлаштування інвалідів до регіональних відділень Фонду соціального захисту інвалідів. Так, якщо у 2003 році на таких підприємствах працювало 288 296 інвалідів, то у 2008 році – 427 864 інвалідів, тобто чисельність зайнятих інвалідів зросла майже у 1,5 рази [1, 10].

Реалізація політики щодо інтеграції інвалідів у суспільство на сучасному етапі потребує забезпечення максимально зручних умов життя і побуту людей з обмеженими фізичними можливостями, зокрема створення «безбар'єрного» середовища, в якому зазначена категорія громадян матиме можливість без ускладнень користуватися усіма елементами інфраструктури, відвідувати будь-які об'єкти житлового та громадського призначення, вільно пересуватися транспортом, користуватися засобами зв'язку та мати доступ до інформації.

Проте рівень доступності навколишнього простору для людей з різними формами інвалідності поки що залишається однією з найнагальніших проблем. Складність у забезпеченні доступності полягає в тому, що люди з різними формами інвалідності потребують різних видів доступності. Так, інваліди-візочники потребують забезпечення пологого в'їзду у приміщення та відповідну ширину дверей, наявність ліфтів відповідного розміру тощо. У той час люди зі слабким зором потребують написів на основних об'єктах шрифтом Брайля і т.п. Тому визначити однозначно, на який відсоток доступним є навколишнє середовище для людей з інвалідністю досить складно.

Варто визнати, що за останні роки хоча й зроблено суттєві кроки щодо розробки та реалізації соціальної політики щодо цієї категорії громадян, проте, низка серйозних проблем залишається не вирішеними. Основною метою державної соціальної політики щодо інвалідів в Україні має бути забезпечення рівних можливостей та реалізація конституційних прав цією категорією громадян, створення сприятливих правових, політичних, соціально-економічних, медичних, психологічних, організаційних умов і гарантій для забезпечення людського розвитку та інтеграції у суспільне життя.

Література

1. Врегулювання проблемних питань працевлаштування та захисту прав інвалідів у сфері праці: практ. посіб. / уклад. О.В. Бабак, І.В. Гладка, Н.М. Малиновська, В.Й. Скаковська; за заг. ред. В.М. Дьяченка, М.Л. Авраменка. – К.: «Ун-т Україна», Всеукр. центр професійної реабілітації інвалідів, 2007. – 156 с.
2. Іванова І.Б. Проблеми соціально-психологічної адаптації інвалідів // Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Інтеграція аномальної людини в сучасній системі соціальних відносин». – К., 1994. – С. 32-34.
3. Іванова І.Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в системі соціальних служб для молоді. – канд. пед. наук.: 13.00.05 /Київський університет ім. Т.Г. Шевченка. – К., 1998. – 19 с.
4. Пирог Л.А. Социальная реабилитация «нетипичных» детей. – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.isras.ru/files/File/Socis/2005-6/chernyaeva_soc_rehabi.pdf.

ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ БАТЬКІВ ДО ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Ляшенко В.В.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

У результаті народження дитини з відхиленнями у розвитку стосунки всередині родини, а також контакти з навколишнім соціумом спотворюються. Причини порушень пов'язані з психологічними особливостями хворої дитини, а також з колосальним емоційним навантаженням, яке несуть члени його сім'ї у зв'язку з довготривалим стресом. Багато батьків у ситуації, що склалася виявляються безпорадними. Їх стан можна охарактеризувати як внутрішній (психологічний) і зовнішній (соціальний) глухий кут.

Якісні зміни в таких сім'ях проявляються на наступних рівнях: психологічному, соціальному і соматичному.

По-перше, варто розглянути, як народження дитини з особливими потребами впливає на родину на психологічному рівні.

Народження дитини з відхиленнями у розвитку сприймається його батьками як найбільша трагедія. Факт появи на світ дитини «не такої, як у всіх», є причиною сильного стресу, який переживається батьками, в першу чергу матір'ю. Стрес, який має пролонгований характер, робить сильний деформуєчий вплив на психіку батьків і стає вихідною умовою різкого травмуючого зміну життєвого укладу, який сформувався в сім'ї. Деформуються: сформований стиль сімейних взаємин; система відносин членів сім'ї з навколишнім соціумом; особливості світобачення та ціннісних орієнтацій кожного з батьків хворої дитини. Всі надії та очікування членів сім'ї у зв'язку з майбутнім дитини виявляються марними і руйнуються в одну мить, а осмислення того, що сталося і набуття нових життєвих цінностей часом розтягується на тривалий період.

Розподіл обов'язків між чоловіком і дружиною, батьком і матір'ю в більшості родин носить традиційний характер. Проблеми, пов'язані з забезпеченням життєдіяльності сім'ї (господарські, побутові), а також з вихованням і навчанням дітей, у тому числі і з відхиленнями у розвитку, в основному лягають на жінку. Чоловік — батько хворої дитини — забезпечує в першу чергу економічну базу сім'ї. Він не виключається, як мати дитини, зі звичних соціальних відносин і його життєвий стереотип не так сильно піддається змінам, тому що більшу частину часу він проводить у тому самому соціальному середовищі. Тому психіка батька не піддається патогенному впливу так само інтенсивно, як психіка матері хворої дитини. Наведені характеристики, як правило, є найбільш поширеними. Але, безумовно, є і виключення з правил.

Емоційний вплив стресу на жінку, яка народила хвору дитину, незмірно значніше. Сам факт того, що саме вона народила хвору дитину, змушує її нестерпно страждати. У матерів часто спостерігаються істерики, депресивні стани. Для них властиве зниження психічного тону, занижена самооцінка, що проявляється у втраті перспектив професійної кар'єри, неможливості реалізації власних творчих планів, втрати інтересу до себе як до жінки і особистості.

Виражені психофізичні порушення дитини, а також особистісні особливості матері можуть служити джерелом материнської депривації. Любов до дитини як специфічне почуття виникає у жінки ще в період вагітності. Але саме це світле почуття зміцнюється і розквітає у відповідь на емоційну взаємність дитини: його посмішку, комплекс пожвавлення при появі матері та ін. Депривація материнських почуттів може ініціюватися недостатністю цих соціально-психологічних проявів у дитини.

Внаслідок того що народження хворої дитини, а потім її виховання, навчання і в цілому спілкування з нею є тривалим патогенно діючим психологічним фактором, особистість матері може зазнавати значні зміни (В.А. Вишневський [2]). Депресивні переживання можуть трансформуватися в невротичний розвиток особистості і суттєво порушити її соціальну адаптацію.

Також значними після народження дитини з особливими потребами є зміни на соціальному рівні.

Після народження дитини з проблемами в розвитку її родина, в силу виникаючих численних труднощів стає розбірливою у контактах. Вона звужує коло знайомих і навіть

родичів через характерні особливості стану і розвитку хворої дитини, а також через особисті установки самих батьків (страху, сорому).

Це випробування надає також деформуючий вплив на взаємини між батьками хворої дитини. Одним із самих сумних проявів, що характеризують стан сім'ї після народження дитини з відхиленнями у розвитку, є розлучення. Не завжди зовнішньою причиною розлучення називають хвору дитину. Найчастіше батьки дітей, пояснюючи причину розриву сімейних відносин, посилаються на зіпсований характер дружини (або чоловіка), відсутність взаєморозуміння в сім'ї, часті сварки і, як наслідок, охолодження почуттів.

Тим не менш об'єктивним стресором, що впливає на психіку членів сім'ї, є сам факт народження хворої дитини і стан його здоров'я в наступний період. Нова ситуація, що склалася, є випробуванням для перевірки почуттів між подружжям. Відомі випадки, коли подібні труднощі згуртовували сім'ю. Однак частина сімей не витримує такого випробування і розпадається, що чинить негативний вплив на процес формування особистості дитини з відхиленнями в розвитку. Неповні сім'ї, в яких виховуються діти з відхиленнями у розвитку, становлять від 30 до 40%.

В силу цієї причини (самотності матерів, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку), а також і інших, серед яких можуть бути і генетичні (правомірний страх батьків перед народженням ще одного аномального дитини), деякі сім'ї відмовляються від народження інших дітей. У таких сім'ях дитина з особливими потребами є єдиною.

Відносини в сім'ї можуть погіршуватися не тільки між подружжям. Вони можуть змінюватися між матір'ю дитини з відхиленнями у розвитку та її батьками або батьками її чоловіка. Особливості дитини важко прийняти невідповідній людині. Жалість до свого онука і його матері можуть тривалий час пронизувати взаємини близьких людей. Проте з віком сили слабшають: бабусі й дідусі поступово усуваються від такої родини. Іноді з боку бабусь і дідусів звучать грікі докори у бік дитини з відхиленнями в розвитку і його матері («Ти винен у тому, що бабуся хворіє» або «Ти винна в тому, що в мене немає здорових онуків» та ін.).

Заслугове на увагу також тенденція, яка проявилася у окремих матерів, які виховують дітей з вираженими дефектами розвитку. У зв'язку з тим, що проблема виховання і навчання такої дитини лише частково забезпечується системою державного утворення, окремі матері знаходять у собі сили і можливості для отримання спеціальної освіти та використання нових знань для розвитку та навчання як свою дитину, так і інших дітей.

Можна виділити ще одну особливість, що характеризує соціальну позицію значної частини батьків щодо виховання, розвитку та подолання проблем хворої дитини. Цю позицію можна назвати утриманською або безініціативною. Батьки вважають, що подоланням проблем їх дитини повинні займатися фахівці та співробітники установ, в яких їхні діти виховуються, навчаються або тривало лікуються і живуть [1].

Стрес, що виник в результаті комплексу незворотних психічних розладів у дитини, може викликати різні захворювання у його матері, будучи, таким чином, ніби пусковим механізмом цього процесу. Виникає патологічний ланцюжок: недуга дитини викликає психогенний стрес у її матері, який в тій чи іншій мірі провокує виникнення у неї соматичних або психічних захворювань. Таким чином, захворювання дитини, її психічний стан, можуть бути психогенним і для батьків, в першу чергу матерів.

Безумовно, фізичне навантаження у батьків таких дітей надзвичайно велике, особливо це стосується батьків, які мають дітей з дитячим церебральним паралічем (постійна фізична допомога дитині при її переміщенні по будинку, щотижневе перевезення дитини різними видами громадського транспорту з дому до школи і назад за відсутності належних допоміжних засобів). Труднощі, з якими стикаються батьки розумово відсталих дітей, мають свою специфіку, оскільки щоденне супроводження дитини до школи (якщо це не школа-інтернат) і додому у великому мегаполісі займає багато часу.

Проте при наявності величезного фізичного навантаження, яке, безсумнівно, виснажує сили і впливає на соматичний стан батьків, психологічний фактор і нічим не

вимірною тяжкістю переживаються, відіграючи провідну роль. Для батьків у першу чергу патогенними є перераховані раніше психологічні особливості розвитку їхніх дітей: ознаки інтелектуального недорозвитку, зовнішнє каліцтво, рухові і мовні порушення. Почуття страху, невпевненості в собі, різні форми депресії — усі ці болючі стани батьків є не тільки у відповідь реакцією їх особи на переживання, але й у відповідь захисною реакцією всього їх організму.

Розумово відстала дитина, підліток або доросла людина сприймається як близькими людьми, так і в суспільстві частіше негативно, з насмішкою, хоча в окремих випадках таке ставлення супроводжується жалем. Навіть в середовищі фахівців терміни «розумова відсталість», «олігофренія», «дебільність», які, по суті, означають те ж саме, що і діагноз будь-якого соматичного захворювання, використовуються для негативних, принизливих, дискримінуючих характеристик дітей та їх близьких (олігофрен, дебіл в повсякденній свідомості означає дурень). Ця ситуація не повторюється ні з якою іншою категорією дітей з відхиленнями в розвитку.

Відношення матерів до розумово відсталих дітей має суперечливий характер. З одного боку, матері проявляють жалість до дітей. Неспроможність розумово відсталих дітей змушує матерів їх опікувати і контролювати. З іншого боку, у матерів розумово відсталих дітей часто проявляється втома, роздратування, бажання покарати дитину, ігнорувати інтереси дитини в силу їх примітивності.

У поведінці батьків, які виховують проблемних дітей раннього віку, виділяється ряд особливостей. Серед них: невміння створювати ситуацію спільної діяльності, неемоційний характер співробітництва, неадекватність позиції по відношенню до дитини і неадекватний стиль виховання, недостатня потреба в спілкуванні з дитиною.

З кожним роком дедалі актуальніше звучить тема про потребу батьків дітей з відхиленнями у розвитку в наданні їм психокорекційної допомоги. У зв'язку з цим фахівцями підкреслюється необхідність включення батьків розумово відсталих дітей в корекційно-виховний процес їх дітей, розробляються прийоми та методи психокорекційної допомоги.

Підводячи підсумки можна зробити наступні висновки. У сім'ях, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, формуються неадекватні міжособистісні стосунки в силу різних причин. До факторів, що порушують сімейну атмосферу, що впливають на розвиток неконструктивних моделей дитячо-батьківських і батьківсько-дитячих взаємин і типів виховання дітей з відхиленнями у розвитку, можна віднести наступні:

характер і ступінь вираженості порушень у дитини, їх незворотність, тривалість і зовнішні прояви психофізичної недостатності (наприклад, при розумовій відсталості, дитячому церебральному паралічі, ранньому дитячому аутизмі тощо);

особистісні особливості батьків (осіб, які їх заміщують), які загострюються в ситуаціях що травмують психіку (прояв тенденцій до розвитку акцентуацій або аномалій характеру);

ціннісні орієнтації батьків (осіб, які їх заміщують) і специфічний характер впливу батьківських установок на процес виховання, їх залежність від сімейних, національно-етнічних традицій, соціально-культурного рівня і освіченості батьків як вихователів; при цьому важливе значення у виборі батьками моделі виховання мають їх психологічні особливості (авторитарний, невротичних, психосоматичний типи);

соціальне середовище та умови, які перешкоджають реалізації батьками своїх виховних завдань (наприклад, соціально-економічні катаклізми, що мають місце на сучасному етапі розвитку українського суспільства).

Крім того ставлення батьків до дітей з особливими потребами відіграє першорядну роль у подальшому становленні таких дітей у суспільстві. Тут важливе значення має такий фактор, як ставлення батьків до дітей з особливими потребами, а також прийняття або неприйняття батьками дитини.

Список використаних джерел

1. Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей / Л.П. Боровая // Социально-педагогическая работа. – 1998. – №6. – С. 59-63.
2. Ватерс Л. Поддержка аутичных и отстающих в развитии детей : Сборник упражнений для специалистов и родителей / Л. Ватерс, М. Ланзинд, Э. Шонглер. Мн. : Издательство БелАПДИ, 1997. – 18 с.
3. Волковская Т.Н. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова. – М. : Книголюб, 2004. – 104 с.
4. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания / Н.Н. Заваденко. – М. : Школа-Пресс 1, 2001. – 128 с.
5. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка / М.М. Либлинг // Дефектология. – 1996. – № 3. – С. 56-66.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ІКТ У РОБОТІ З ДІТЬМИ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Ляшенко К.І.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

У педагогічній освіті сьогодні актуалізувалися питання підготовки педагогів, до функціональних обов'язків яких входять соціальні, виховні, педагогічні та інші завдання. Освітні процеси, які відбуваються у сучасному суспільстві, засвідчують, що саме професія педагога буде дуже актуальною найближчим часом, «оскільки покликана комплексно вирішувати проблеми людини в різних галузях і сферах її життя, незалежно від віку, статі, соціального статусу» [1].

Двадцять перше століття ознаменувалось стрімким зростанням інформаційного потоку, який надзвичайно швидко почав змінювати якість та зміст життя суспільства. Незалежно від бажання людей в їх життя влилися і стали його органічною часткою електронні засоби зв'язку, цифрові технології, комп'ютерна техніка.

Актуальність поставленої проблеми зумовлена зміною освітньої парадигми у зв'язку з переходом від монокультурної традиції до діалогової культури, що спричинило серйозні трансформації у методиці та технологіях викладання.

На сьогоднішній день інтерактивні дошки можна застосовувати на будь-яких уроках, лекціях, семінарських заняттях, адже така дошка лише розширює можливості подання інформації.

З дітьми з особливими потребами доцільне використання ІКТ як інструмента навчання, самоосвіти. З допомогою нових інформаційних технологій такі діти можуть знайти відповіді на багато питань. Розвиток ІКТ відкриває перед такими клієнтами нові можливості за рахунок розширення сфери спілкування з користувачами Інтернету. Таким чином, особлива дитина включається до інформаційної освіти, яка в даний час відбувається в масових соціальних мережах та за допомогою спеціалізованих інформаційних сайтів, блогів, порталів, де можна отримати необхідну інформацію, поспілкуватися з фахівцями, обмінятися інформацією [3].

Навчання за допомогою інтерактивної дошки SMART Board мало чим відрізняється від звичних методів викладання. Основи успішного проведення уроку ті самі, незалежно від технологій й устаткування, що використовує викладач. Насамперед, будь-яке заняття повинне мати чіткий план і структуру та досягати певних цілей і результатів. Все це допомагає учням краще засвоїти матеріал і співвіднести його з тим, що вони вже знають [4].

Педагоги постійно прагнуть відшукати нові способи й прийоми роботи з учнями, які мають особливі потреби. Багато з розроблених підходів (особливо, якщо мова йде про дітей, які погано бачать й чують або будь-яку іншу особливу категорію учнів) можуть бути втілені в навчальних програмах, що припускають використання інтерактивних дошок SMART Board:

✓ Учням, що бачать, але з відхиленнями в розвитку мовлення й слуху допомагають коментарі, що написані на інтерактивній дошці, а також побудовані діаграми, об'єкти й символи, якими можна маніпулювати. Керувати інтерактивною дошкою просто, тому учні всіх віків здатні працювати з нею й бачити плоди своєї роботи - записи або об'єкти.

✓ Учні, що погано бачать, спілкуються зі світом за допомогою дотику. Їх досить складно, як правило, втягнути у звичайний навчальний процес, що традиційно сполучає візуальний і звуковий способи подачі матеріалу. Інтерактивна дошка SMART Board, надасть їм можливість вчитися за допомогою дотикальних вправ.

✓ Глухі учні або учні, що погано чують, сприймають лише візуальні матеріали, а інтерактивна дошка SMART Board забезпечує їхню подачу з паралельним сурдоперекладом.

✓ Учні, що погано бачать, можуть керувати об'єктами й читати текст, представлений на великому екрані, у той час, як комп'ютерні монітори, здебільшого, занадто малі для цього.

Інші учні з особливими потребами (від фізичних до психічних недоліків) також зможуть плідно використовувати інтерактивну дошку SMART Board. Її великий розмір і чутлива поверхня, по зручності й простоті користування, набагато перевершують традиційні комп'ютерні клавіатуру й мишу [2].

Таким чином, інформаційно-комунікаційні технології – це можливість відкрити для дітей з особливими потребами новий світ навчання, здатність орієнтуватися в сучасному інформаційному потоці, готовність до вибору цікавих та різноманітних інформаційних педагогічних засобів. Поставлена проблема вимагає подальших досліджень теоретичних і практичних аспектів щодо вивчення способів використання ІКТ в роботі педагога з різними категоріями клієнтів, на базі різних установ, за допомогою різних типів взаємодії в електронному середовищі тощо.

Список використаних джерел

1. Бартків О.С. До проблеми практичної підготовки соціальних педагогів / О.С. Бартків // Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки : Педагогічні науки. – 2009. – № 21. – С. 71 – 75.
2. Вайнола Р.Х. Методика викладання соціально-педагогічних дисциплін : навч. посіб. / Р.Х. Вайнола, С.О. Сисоева. – К. : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2010. – 152 с.
3. Дети с особыми образовательными потребностями // Словарик визуальный [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ped. vslovar.ru/550.html>.
4. Касьянова Г.П. Модель непрерывного образования для детей с особыми образовательными потребностями как стратегия жизненного успеха личности [Электронный ресурс] / Касьянова Галина Петровна. – Режим доступа: <http://ppms-orelrn.narod.ru/stati.htm>.

ОРГАНІЗАЦІЯ КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В КОНТЕКСТІ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УМОВАХ НРЦ «КРИШТАЛИК»

Манукян О.А.

Комунальний заклад

Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр

«Кришталік»

м. Рубіжне

Сьогодні не тільки для нашої країни, але й для країн всього світу характерним є збільшення кількості дітей, з особливими освітніми потребами, що мають різні відхилення у розвитку. Порушення зору займає в цьому переліку одне з центральних місць. Дитина з патологією зору розвивається в умовах обмеження, спотворення або повної відсутності візуальної інформації про навколишній світ. Таким чином порушення зору (або повна його втрата) безперечно впливає на весь хід психофізичного розвитку дітей.

«Відсутність або глибоке ураження зору у ранньому віці завдає дитині таку шкоду, що не в змозі компенсуватися ні у дитячому ні в молодшому шкільному віці. Серйозне і поглиблююче відставання у психічному розвитку дитини з глибокими порушеннями зору виражається в значно меншому обсязі знань і уявлень про навколишній світ, в обмеженому розумінні слів, відсутності конкретних уявлень за вимовними словами, у менш розвинених і нескоординованих рухах і слабкому орієнтуванню та мобільності у просторі» - зазначала в своїх працях видатний тифлопсихолог Л.В. Солнцева.

В даний час розроблені теоретичні основи корекційно-розвиваючого навчання і накопичено певний практичний досвід навчання й виховання даної категорії дітей. При цьому оптимальна модель організації корекційно-реабілітаційного процесу в контексті навчально-виховної діяльності все ще знаходиться в стадії формування. Своєчасна організація корекційного впливу є основним чинником, що зумовлює соціальну адаптацію і реабілітацію дитини з важкими порушеннями зору.

Основною метою організації корекційно-розвивального та відновлювально-реабілітаційного процесу в умовах навчально-реабілітаційного центру «Кришталік» є створення оптимальних умов для ампліфікації розвитку сенсорної, емоційно-вольової, пізнавальної, рухової сфери, розвитку позитивних якостей особистості кожної дитини з вадами зору, її оздоровлення, а також спостереження за динамікою розвитку дитини. Хотілося б відзначити, що корекційно-реабілітаційний вплив має бути спрямований на подолання та попередження вторинних порушень розвитку, формування певного кола знань і вмій, необхідних для успішної адаптації інваліда по зору у соціум. Таким чином, перебування дитини у навчально-реабілітаційному центрі повинно мати корекційно-розвиваючу та реабілітаційно-відновлювальну спрямованість, а діяльність фахівців та педагогів будуватися на діагностичній основі. Завдання діагностичної корекційно-розвиваючої роботи в свою чергу реалізуються з опорою на основні лінії розвитку дитини. Діагностична діяльність займає особливе місце в педагогічному процесі і відіграє роль індикатора результативності компенсаторного, корекційно-розвивального та освітньо-виховного впливу на дитину.

Таким чином корекційна, реабілітаційна, навчально-виховна робота в центрі «Кришталік» реалізується як система спеціальних прийомів і заходів, спрямованих на подолання чи послаблення вад розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

В нашому закладі з дітьми працюють вчитель-реабілітолог, вчитель-дефектолог, вчитель-логопед, практичний психолог, соціальний педагог, інструктор лфк, вчителі та вихователі, які володіють методиками навчання та виховання дітей з патологією зору. Дуже важливо те, що діти знаходяться під постійним наглядом і контролем лікаря-офтальмолога, проходять курс призначеного їм лікування. В центрі є лікар-педіатр.

При проектуванні корекційно-розвивального та реабілітаційного процесу адміністрація, педагогічний колектив та вузькі фахівці центру спрямовують свою діяльність у таких напрямках:

I. Створення необхідних оптимальних умов :

- організація спеціальної розвиваючої середовища, добір обладнання та спеціальних методичних посібників (вони повинні відповідати вимогам роботи із слабозорими дітьми, мати корекційно-розвиваючу спрямованість). В центрі працюють спеціалізовані кабінети – це

*кабінет охорони зору, який несе функцію медичної реабілітації дітей , для поліпшення або повного відновлювання втрачених функцій органу зору, проведення

плейоптичного, ортоптичного, диплоптичного лікування на різних приладах і апаратах, якими кабінет оснащений в повному обсязі;

* зал ритміки та лфк, які призначені для фізичної реабілітації, поліпшення або повне відновлення порушених функцій опорно-рухового апарату, розвиток координації рухів та почуття ритму дітей з вадами зору;

* фізіотерапевтичний кабінет, кабінет масажу працюють з метою досягнення найбільшого терапевтичного ефекту при найменшому навантаженні на організм шляхом посилення специфічних і ослаблення неспецифічних компонентів дії фізичних чинників, надання лікувальної допомоги та профілактики;

* кабінет компенсаторної корекції та розвитку- мета створення якого: розвиток сенсорного досвіду дітей з тяжкими порушеннями зору за рахунок збережених аналізаторів;

* кабінет розвитку пізнавальних функцій та мовлення, метою якого є вдосконалення пізнавальної діяльності, виправлення недоліків звуковимови, розвиток фонетичної, фонематичної та лексико-граматичної сторін мовлення;

* кімната психологічного розвантаження, яка сприяє поліпшенню емоційного стану, зниженню активності та агресивності, зняттю нервового збудження та тривожності, м'язової та психоемоційної напруги, нормалізації сну, активізації мозкової діяльності.

II. Залучення до роботи в навчально-реабілітаційному центрі педагогів, компетентних у проблемі та специфіці організації навчальної діяльності дітей з вадами зору. Пов'язано це з тим, що корекційне навчання спрямоване на засвоєння знань про шляхи та засоби подолання недоліків психічного та фізичного розвитку і вдосконалення способів застосування отриманих знань аномальними дітьми.

III. Добір методичних матеріалів, що забезпечують задачі діагностики і реалізації основних напрямів роботи згідно «Освітній програмі» для роботи з дітьми з вадами зору. Сюди входять програми, календарне планування, перспективні плани, навчально-методичні посібники, нормативні документи, методики, робоча та звітна документація та ін.

Завдання та освітня програма навчально-реабілітаційного центру реалізується через:

- комплекс спеціальних компенсаторно-розвиваючих уроків та занять, які спрямовані на вирішення специфічних завдань, зумовлених особливостями психо-фізичного розвитку учнів з вадами зору, це - соціально-побутове орієнтування, розвиток мовлення, корекція розвитку, лікувальна фізкультура, ритміка, просторове орієнтування та мобільність, що дає можливість для ефективної корекції, реабілітації та соціалізації дитини з вадами зору;

- спеціальні заняття в кабінеті охорони зору, кабінеті компенсаторної корекції та розвитку, які спрямовані на подолання недоліків сенсорної сфери, розумового і фізичного розвитку, вдосконалення психічних і фізичних функцій, за рахунок збережених сенсорних функцій та нейродинамічних механізмів компенсації дефекту;

- плейоптоортоптичне, фізіотерапевтичне лікування та масаж;

- через оздоровчі та психолого-педагогічні заходи (загартовування, вітамінізація, спеціальна гімнастика з використанням сенсорних доріжок, іонізація повітря, діяльність психолога, робота гуртків, організація дозвілля, екскурсії та ін.). Завдяки цим заходам відбувається виховання типологічних властивостей і якостей особистості, інваріативної предметної специфіки діяльності (пізнавальної, трудової, естетичної та ін), що дозволяють адаптуватися в соціальному середовищі дітям даної категорії.

При плануванні конкретного змісту корекційно-розвиваючої, реабілітаційної, оздоровчої та педагогічної роботи в кожній віковій групі фахівці, вчителі і вихователі центру враховують:

· принципи спеціального навчання і виховання;

· результати комплексного вивчення дітей;

· результати діагностичного обстеження класу і кожної дитини з метою розробки або коригування планів корекційно-розвивальної, відновлювальної, лікувальної та навчально-виховної роботи;

завдання та зміст основних розділів програми.

Враховуючи вище зазначене корекційно-розвиткова діяльність педагогічного колективу передбачає вирішення специфічних завдань, зумовлених особливостями психофізичного розвитку учнів методом:

- впровадження особистісно орієнтованих програм навчання та реабілітації за індивідуальним та диференційованим підходом;
- проведення корекційно-розвиткових занять;
- здійснення планомірного спостереження за розвитком дитини в умовах корекційного навчання;
- вдосконалення різнобічних уявлень про предмети і явища навколишньої дійсності, збагачення словника, розвиток зв'язного мовлення;
- сенсорного і сенсомоторного розвитку;
- формування просторово-часових уявлень;
- формування прийомів розумової діяльності і способів навчальної роботи;
- створення оптимальних, комфортних умов для підтримання психологічного здоров'я учнів;
- розвинення та дорозвинення збережених аналізаторів.

Враховуючи те, що метою корекційно-педагогічної роботи зі школярами, що мають порушення зору, в умовах нашого навчально-реабілітаційного закладу є формування психологічного базису для повноцінного розвитку особистості кожного дитини. Процес корекційного навчання і виховання умовно можна розділити на два етапи .

На I-му етапі навчання важливо сформувані передумови для розвитку вищих психічних функцій: міжсенсорні зв'язки, різні види сприймання, в тому числі зорове, мимовільні увагу і пам'ять, логічне мислення , удосконалювати моторні функції, збудити пізнавальну і творчу активність дитини. Для цього необхідно створювати умови для становлення провідних видів діяльності. Якщо діти вступають в навчально-реабілітаційний центр в 6 - 6,5 років (що ми вважаємо оптимальним за часом початку компенсаторної, корекційно-розвивальної роботи в умовах спеціального закладу) пропедевтична робота на I-му етапі здійснюється в період від 6 до 7-ми років.

Якщо діти вступають до нашого центру в більш старшому віці, пропедевтичний період необхідний, але на нього відводиться менше часу, тому робота ведеться більш інтенсивно вчителем-реабілітологом, вчителем-дефектологом, практичним психологом, вчителем-логопедом.

На II-му етапі реалізуються завдання спеціальної освіти та формуються мотивації позитивного ставлення до шкільного навчання.

Навчальний план початкової школи відображає основні компоненти корекційно-педагогічної роботи з дітьми та орієнтований на реалізацію наступних завдань:

- формування певного запасу уявлень про навколишній світ, фундамент знань, умінь, навичок, передбачених стандартом шкільної освіти;
- зміцнення здоров'я, створення умов для повноцінного фізичного розвитку і вдосконалення рухової сфери;
- формування психологічного базису для розвитку вищих психічних функцій і передумов до навчання у старшій школі;
- формування морально-етичної сфери, створення умов для емоційно-особистісного становлення, соціальної адаптації.

З метою вдосконалення роботи соціально-медико-психолого-педагогічної служби з дітьми з особливими освітніми потребами, що навчаються у нашому закладі, організації корекційно-розвивального процесу в контексті навчально-виховної діяльності у центрі, для покращення та скоординованості дій фахівців і педагогів - створено лікувальний журнал.

Створення фахівцями центру лікувального журналу, в якому зібрано максимальну інформацію про дитину, дало можливість організувати як найліпше процес відновлення, корекції, навчання та виховання в умовах навчально-реабілітаційного центру. Це дозволили

будь - якому педагогу правильно будувати роботу окремо з кожною дитиною під час навчально-виховного процесу.

Два рази на рік (або при необхідності) інформація у журналі доповнюється або розширюється.

Завдяки турботі про дітей і активній позиції адміністрації у вирішенні низки завдань щодо забезпечення взаємозв'язку корекційно-педагогічної та лікувально-відновлювальної роботи, роботі з батьками, в нашій установі склалася здорова, емоційно-психологічна атмосфера, що як найкраще сприяє розвитку дітей з вадами зору.

ФІЗИЧНИЙ ТА ПСИХІЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ВАЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

Мельникович В.О.

Комунальний заклад

Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр

«Кришталік»

м. Рубіжне

В період дошкільного дитинства акцент розвитку переноситься на самостійну активність, пов'язану з пересуванням у просторі і комунікаціями з однолітками не тільки за допомогою мовлення, але і за допомогою спільної діяльності, що стає складним завданням для дитини з важкими порушеннями зору. В цей час на психічний розвиток дошкільника з порушеннями зору негативно впливають обмежений запас знань і уявлень, труднощі у здійсненні предметної діяльності, а також в просторовому орієнтуванні і пересуванні в просторі. Ці вторинні порушення призводять до уповільнення темпу розвитку та до тривалого перебування дитини на якісно більш низькому рівні психічного розвитку.

У дошкільному віці сліпій дитині доводиться опановувати предметною діяльністю, основними рухами свого тіла, дрібними рухами рук, навичками орієнтування в обмеженому, знайомому просторі тощо, тобто такими видами діяльності, які зряча дитина вже опанувала раніше.

Для розвитку зрячого дошкільника характерні дві особливості. По-перше, темпи розвитку надзвичайно швидкі. Друга особливість розвитку пов'язана з першою і полягає в активності дитини. Активно зростаючий мозок дитини вимагає постійного отримання подразників. Це є необхідною умовою розвитку самого мозку. В цьому також одне з джерел активності, що забезпечує такі високі темпи розвитку. При цьому психологи вказують на високий рівень "спонтанної научуваності дитини", маючи на увазі здатність до самостійного научування на основі наслідування. Зір при цьому виступає не лише як інформаційний канал, але і як джерело стимуляції, тобто необхідних впливів на мозок, що є найважливішою умовою його розвитку, а також одним з джерел активності дитини. Недолік такої зовнішньої стимуляції в психології отримав назву чуттєвої обмеженості (сенсорної депривації). Таким чином, сліпоту можна розглядати як сенсорну депривацію, що призводить до зниження рівня активності, що неминуче позначається на темпі розвитку дитини у дошкільному віці. Якщо зряча дитина сама проявляє активність, то сліпа для розвитку цієї активності потребує обов'язкової допомоги з боку дорослого. Насамперед, сліпій дитині слід забезпечити перцептивно багате і різноманітне середовище. Все, що доступно для сприймання збереженими органам чуття, відповідає віку і є безпечним, слід надати такій дитині.

Особливу увагу в подоланні наслідків обмеженого сприймання слід приділяти фізичному, руховому розвитку дитини, по-перше, тому що інформація, що йде в мозок від м'язів, суглобів, сухожилів, також стимулює його розвиток і, отже, підвищує рівень активності. По-друге, фізичний і психічний розвиток в дитинстві пов'язані найтісніше і,

забезпечують повноцінний розвиток дитини.

Порушення зору позначається на рівні організації діяльності, що проявляється в різних рухових порушеннях, труднощі формування рухових навичок. Тому активний розвиток рухової сфери незрячого дошкільника є необхідною умовою його психічного розвитку. На це слід звернути особливу увагу в зв'язку з тим, що порушення зору призводить до серйозних ускладнень просторового орієнтування, самостійного пересування у просторі, розумінню свого положення в ньому. Найважливішою передумовою самостійного опанування простором є добре розвинені моторні (рухові) навички.

Якщо в ранньому дитинстві ефект чуттєвої обмеженості може проявлятися в зниженні загальної активності, руховому недорозвитку, то в дошкільному – починають проявлятися “нав'язливі або стереотипні рухи” (блайдизми). Сліпі діти можуть довго кружляти на одному місці, розмахувати руками, розгойдуватися на стільці, терти очі і т. д.

Цими нав'язливими рухами дитина заповнює дефіцит зовнішньої стимуляції, яка створює внутрішнє напруження. Повторення таких рухів і дозволяє їй звільнитися від цього напруження. Дитина, таким чином, сама бореться з обмеженістю в рухах.

У незрячого дошкільника знижені можливості прояву самостійної здатності до навчання, ніж у його зрячого однолітка, який отримує величезну кількість інформації мимовільно. Недоліки спонтанного навчання повинні бути заповнені в тій мірі, в якій це можливо, через спеціальне корекційно-розвивальне навчання. Таку дитину усьому необхідно вчити, супроводжуючи показ словесною інструкцією. Активність батьків в цьому випадку заповнює недоліки самостійного досвіду незрячого малюка.

Це повною мірою стосується і навчання дитини грі й ігровим діям. Збідненість самостійного досвіду незрячої дитини робить необхідним її навчання найпростішим елементам гри, відтворюванню ігрових дій з предметами.

Більшість зрячих дітей тягнеться до інших дітей. Навіть якщо вони занадто малі, щоб взяти участь в грі інших дітей, присутність інших дітей досить приваблива для них. Поведінка дітей в грі та спілкуванні носить найчастіше характер імітації. Діти спостерігають один одного або іграшки один одного, і імітують гру партнера.

Сліпа дитина не отримує цієї зорової інформації, а вона дуже важлива для раннього досвіду спілкування. З'ясовано, що сліпа дитина часто уникає інших дітей. Більше такому малюку подобається спілкування з дорослими. Дитина наслідує їм, і мовлення, як середовище спілкування, набуває для неї більшого значення, вона більше зацікавлена в контакті з дорослими, яких можна запитувати і отримувати відповіді.

Відсутність зору призводить не лише до одержання обмеженої інформації, а й до істотних ускладнень в регуляції зовнішньої поведінки. Типовим проявом порушення регуляції поведінки є труднощі вільного спілкування сліпої дитини з однолітками і дорослими, що сприяє її ізоляції не тільки в суспільстві, а й у сім'ї.

Досягнення у психічному розвитку дитини (особливо оволодіння довільними діями) створюють сприятливі умови для суттєвих зрушень в успішності навчання. З'являється можливість перейти від навчання, заснованого на наслідуванні, до самостійних ігрових дій дітей, спрямованих на виконання певного завдання. У малюків з важкими порушеннями зору через неможливість повноцінного наслідування, ці процеси залишаються у безпосередній залежності від скеровуючи дій дорослого.

Продовжується інтенсивний розвиток структури та функцій головного мозку. Підвищується активність дитини, посилюється її цілеспрямованість. В нормі більш різноманітними та координованими стають рухи, а у дитини з порушеним зором без спеціального навчання спостерігається скутість основних рухів та їх низька координація.

У сліпих дітей, так само як і у зрячих, найбільш інтенсивний розвиток процесів сприймання відбувається в предметній діяльності. Однак її розвиток уповільнений і затримується до 3-4 років, внаслідок затримки розвитку моторики.

Компенсаторна роль практичної діяльності у розвитку сліпої дитини раннього та дошкільного віку полягає в тому, що вона сприяє розвитку основних процесів розумової

діяльності, готує більш досконалі форми і способи вирішення постають перед дитиною завдань.

Перцептивні дії, досягаючи в своєму розвитку більш високих рівнів, спираються на засвоєння дітьми загальноприйнятих сенсорних еталонів. Точність, адекватність образів сприймання залежить від того, якою мірою сліпа дитина володіє системою еталонів, засвоєних за допомогою збережених аналізаторів, і як вона оперує ними в процесі пізнання предметного світу. Саме практична діяльність ставить перед сліпим дошкільником нові завдання, які вимагають від нього вироблення нових способів перцептивного орієнтування та специфічних способів його виконання.

Основним шляхом компенсації недоліків перцептивних дій є дотиково-тактильне орієнтування в малому і великому просторі, визначення просторового співвідношення предметів та їх частин, їх вербалізація, формування уявлень. Таким чином, оволодіння сенсорними еталонами здійснюється сліпими дітьми інтелектуальним шляхом (Л. А. Венгер), який виявляється важким для дошкільнят. Однак саме шлях інтелектуалізації та вербалізації сенсорного досвіду є для сліпої дитини найбільш результативним і саме цьому необхідно навчати сліпого дошкільника, починаючи з молодшого дошкільного віку.

У той же час сліпа дитина вже в молодшому дошкільному віці виділяє не тільки окремі звукові характеристики і якості предметів, але і їх предметну співвіднесеність. У старшому дошкільному віці більшість сліпих дітей чітко співвідносять звукові якості з предметами, діями з ними або знаряддями, логічно обґрунтовуючи свої судження.

В процесі опанування предметною діяльністю важливого значення набуває номінативна функція мовлення, що забезпечує сліпій дитині оволодіння знаннями про предмети і закріплення їх у слові. Досвід спілкування з предметним світом і людьми забезпечує появу і розвиток узагальнюючої функції мовлення, формування процесів впізнавання предметів, спочатку при їх наявності, а до середини дошкільного віку за описом, що свідчить про початок нової стадії у розвитку компенсації сліпоти, поширенні її на процеси мислення та пам'яті.

Подальший розвиток процесу компенсації йде шляхом розвитку та вдосконалення системи уявлень, диференціації та ієрархізації ознак уявлень, удосконалення вміння оперувати ними, порівнювати в практичній діяльності сприйняті предмети з образами-уявленнями. Повільніше, ніж у зрячих, розвиваються предметні дії, менш міцні зв'язки слова з дією (через відсутність зорового контролю за її виконанням та реалізації лише на основі м'язового відчуття, а також через менший моторний досвід сліпих) можуть стати основою предметної діяльності як провідної лише в тому випадку, якщо сліпий дошкільник в процесі навчання опанує предметними діями, а саме способами їх виконання. Це досягається в умовах провідної діяльності спілкування з опорою спочатку на номінативну функцію мовлення, а до кінця середнього дошкільного віку і на узагальнюючу, що дозволяє вже в старшому дошкільному віці коригувати рухи сліпої дитини за допомогою слова.

Зміцнення і збагачення сенсорної основи сліпих в умовах предметної діяльності в дошкільному віці відбувається більш інтенсивно за рахунок включення в процеси сприймання елементарного аналізу і синтезу, тобто за рахунок підключення найпростіших форм наочно-дієвого мислення.

Формування ігрових дій у сліпих дітей відбувається відмінно від їх зрячих однолітків. Вони спираються на збіднений досвід практичних дій, на гірше розвинену моторику. У тісному мовному контакті з дорослими сліпі діти опановують нехай і неточними, але досить широкими знаннями, які дозволяють їм здійснювати ігрову діяльність. В таких умовах ігрові дії протікають у сліпої дитини у вигляді маніпуляцій з предметами та іграшками, в одноманітних повторюваних рухах і словесних описах своїх дій. Спрощено можна було б уявити собі, що процес ігрової діяльності сліпого починається з того, чим закінчується формування ігрової дії в нормі, тобто з її максимального скорочення й узагальнення. Однак це лише зовнішня форма. Психологічна сутність цих ігрових дій зовсім інша: якщо в основі ігрової дії зрячої дитини лежить добре знайома, конкретна предметна дія, готова в будь-який

момент розвернутися в повну, то у сліпої глобальна ігрова дія не несе в собі інформацію про конкретну дію. Процес формування ігрових дій у сліпих дітей здійснюється з використанням мовлення, з допомоги дорослого та наповнення збідненої ігрової дії конкретним змістом.

Велике значення в компенсації сліпоти в дошкільному віці має організація діяльності сліпого за певним планом. Спочатку план дій намічається дорослим, поступово планування опановують і самі сліпі дошкільнята. Найбільш інтенсивно цей процес розвивається в елементарній трудовій діяльності. Найпростіший план діяльності вже закладений у самих предметах (особливо в дидактичних іграшках), якими оперує сліпа дитина. У середньому дошкільному віці діти групують і класифікують деталі з метою виконати побудову, в цьому вже закладені елементи „планування” своєї майбутньої діяльності. В старшому дошкільному віці діти починають активно обстежувати зразок, зясовувати принцип його побудови, свідомо запам'ятовувати його з метою відтворення у своїй діяльності, тим самим створюючи передумови для її організації у відповідності зі сформованим образом і засвоєним правилом.

Розвиток і розширення знань і уявлень про навколишній світ у сліпих дітей забезпечують формування більш високого рівня його пізнання. Уже в процесі дотикового сприймання, під час впізнавання предметів сліпі діти використовують процеси порівняння. Для цього їм необхідно навчитися виділяти головні ознаки, характерні для даної групи предметів, і відрізнити їх від другорядних якостей, наявних в кожному конкретному об'єкті.

Сформована здатність сліпих дітей старшого дошкільного віку використовувати різні предмети для вимірювання при порівнянні об'єктів сприяє також розвитку елементів контролю та аналізу свого безпосереднього сприймання.

В процесі зміни об'єктів діяльності в сліпих дітей формується здатність виділяти такі якості об'єктів і предметів, які є істотними для певної конкретної діяльності, що свідчить про те, що процеси мислення починають займати значне місце в системі компенсації сліпоти.

Для сліпого дошкільника, так само як і для зрячого, характерна поліморфність розумових процесів, зв'язок з практичним застосуванням натуральних об'єктів, що показує залежність становлення понятійного мислення від більш елементарних пізнавальних процесів. Тісна залежність понятійного мислення від життєвого досвіду сліпих чітко виявляється у випадках неготовності сліпих дошкільників до шкільного навчання.

Погано розвинена моторика та ускладнене орієнтування в просторі незрячого дошкільника впливають і на його емоційну сферу, викликаючи страх пересування в просторі, що в свою чергу гальмує розвиток орієнтування і руху. Для подолання цих недоліків психічного розвитку сліпої дитини важливе створення позитивно забарвленого емоційного ставлення дитини до тієї діяльності, яку йому належить виконати.

Отже, у навчальній діяльності сліпих дошкільників спостерігаються ті ж закономірності, що й у зрячих дітей. Її специфіка полягає в способах виконання цієї діяльності. Дотикове сприймання матеріалу, закріплення образів в уявленнях пам'яті, оперування ними в розумовому плані вимагають не тільки збільшення часу на наочно-практичні рішення, що лежать в основі переходу до наочно-образного мислення, а й значно більш ранньої спеціальної роботи з навчання дітей діяти „за зразком”. Сліпі діти різного віку за результативністю виконання навчальних завдань відстають від своїх зрячих однолітків, однак і в середньому, і в старшому дошкільному віці основна їх маса може опанувати вирішення поставлених завдань саме способом уявного оперування образами, працюючи „за правилом”.

Участь дорослого в розвитку сліпого дошкільника значно більша, ніж у житті зрячої дитини, що пов'язано з відсутністю у сліпих безпосереднього зорового наслідування та є найважливішим каналом опанування знань і навичок та повноцінного розвитку.

Література

1. Вавіна Л.С. Виховання сліпої та слабозорої дитини в сім'ї // Діти з особливими потребами: поради батькам. – К., Наук. світ, 2004. – С.88-128.

2. Воспитание ребенка с нарушениями зрения в семье: Сб.науч.трудов/ Под ред. Л.И. Солнцевой, В.П. Ермакова.– М., 1979.
3. Гураш Л. Раннє дитинство: специфіка, особливості // Дошкільне виховання. – 2002. – № 1 – С. 24.

ОСНОВНІ ЛІКУВАЛЬНІ ВЛАСТИВОСТІ АНІМАЛОТЕРАПІЇ

Міненко Г.М., Крошка С.А.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м. Лисичанськ

Останнім часом часто проводяться різні наукові дослідження, що доводять здатність тварин зціляти. Люди, в яких є домашні улюбленці, живуть довше і хворіють менше, – це науковий факт.

Існує гіпотеза, що електромагнітне випромінювання, властиве будь-якій живій матерії, дозволяє людині й тваринам впливати на інші біологічні об'єкти. При цьому головну роль відіграє не сила випромінювання, а інформація, що міститься в ньому, тобто спектр його частот. Цей частотний резонанс може стимулювати життєдіяльність організму у дуже широкому діапазоні. Цим, мабуть, і пояснюється той факт, що кішки, собаки та інші тварини позитивно впливають на людей.

Про те, що тварини лікують, було відомо ще 10 тисяч років тому до нашої ери. У V столітті до н.е. Гіппократ помітив вплив навколишньої природи на людину і говорив про користь лікувальної верхової їзди. Стародавні греки приблизно 3 000 років тому виявили здатність собак допомагати людям упоратися з різними недугами. З тією ж метою єгиптяни використовували кішок. У Стародавній Індії велике значення надавали прослуховування пташиного співу.

Лікувальні властивості різних тварин відомі людству вже досить давно. Існує навіть спеціальний термін «анімотерапія» (від латинського «animal» - тварина). Він позначає систему лікування людей за допомогою спілкування з тваринами [3].

Це цивілізований науковий метод лікування і профілактики серйозних захворювань. Всесвітня організація охорони здоров'я визнала, що живі істоти поряд з нами приносять величезну користь [2].

У анімотерапії використовуються символи тварин: образи, малюнки, казкові герої, іграшки, а також живі тварини, спілкуватися з якими безпечно. Використовуються також і звуки тварин. Практично всі тварини, відомі на землі, навіть одноклітинні, в якійсь мірі можуть лікувати від різних недуг.

Даний вид терапії має також психотерапевтичну допомогу. Під час багатьох експериментів було доведено позитивний вплив тварин на хвору людину. Загальновідомо, що люди, які мають домашніх тварин, живуть довше інших і хворіють менше [1]. При цьому наголошується, що нервова система цих людей перебуває в значно кращому стані.

Про лікування за допомогою тварин знали навіть печерні люди. Ще в давнину цілителі людям, що страждають неврозами, прописували холодний душ, ходьбу босоніж і їзду на коні.

1792 року в Йорку (Англія) в лікарні для душевнохворих, тварин почали використовувати як частину терапевтичного процесу [1]. У якості самостійного методу анімотерапія стала популярною з другої половини 20 століття. Початок цьому поклав американський дитячий психіатр Борис Левінсон. 1962 року він став використовувати свою собаку в терапевтичних сесіях.

В даний час анімотерапія отримала визнання у всіх розвинених країнах. Скрізь існують спеціальні інститути, які займаються вивченням впливу тварин на людей. Активно

проводяться міжнародні конференції та семінари, присвячені методикам лікування за допомогою тварин [3].

В Америці, Британії, Франції та Канаді були створені організації, за допомогою анімалотерапії надають допомогу людям з фізичними або психічними проблемами. У програмах анімалотерапії беруть участь медики, соціальні працівники та психологи.

Проводяться Міжнародні конференції «Взаємодія людини і тварин», в яких бере участь велика кількість фахівців з анімалотерапії. Вперше така конференція відбулася в Америці 1982 року.

Виокремимо функції анімалотерапії. Психофізіологічна функція полягає в тому, що спілкування з тваринами здатне рятувати людину від стресу, поліпшувати роботу нервової системи та психіки в цілому.

Психотерапевтична функція - спілкування з тваринами в чому сприяє гармонізації їх міжособистісних відносин.

Реабілітаційна функція полягає в тому факті, що контакти з тваринами служать додатковим каналом взаємодії особистості з навколишнім світом. Вони допомагають психічної і соціальної її реабілітації.

Функція задоволення потреби в компетентності. Однією з найголовніших потреб людини можна назвати потребу в компетентності, яка виражається формулою «я можу».

Функція самореалізації. Дуже важливою для будь-якої людини є потреба в реалізації свого внутрішнього потенціалу. Людина хоче бути значимим для інших, представленим в їхньому житті і в їх особистості.

Функція спілкування. Тварини можуть здійснювати цю важливу функцію в процесі спілкування з ними людини.

Існують види анімалотерапії, зокрема такі.

Ненаправлена анімалотерапія є взаємодія з тваринами в домашніх умовах. Вона здійснюється без усвідомлення або цілеспрямованого розуміння їх терапевтичного значення.

Спрямована анімалотерапія являє собою цілеспрямоване використання тварин і їх символів. Це використання здійснюється за спеціально розробленим терапевтичним програмам.

Даний вид анімалотерапії використовує спеціально навчених тварин, а не тварин пацієнта. Залежно від того, які тварини використовуються, анімалотерапія підрозділяється на окремі види.

Іпотерапія – це спілкування з кінями і верхова їзда. Є ефективною лікувальною фізкультурою. Застосовується при порушеннях опорно-рухового апарату, черепно-мозкових травмах, атеросклерозі, поліомієліті, захворюваннях шлунково-кишкового тракту, простатиті, сколіозі і розумової відсталості.

Дельфінотерапія – спілкування з дельфінами, яке дозволяє поліпшити психоемоційний стан людини і зняти психологічну напругу. Є також відмінною психологічною реабілітацією для людей, які пережили серйозні психологічні потрясіння. Допомагає дітям, які страждають аутизмом, ДЦП, олігофренією і синдромом Дауна.

Каністерапія – використання собак. Допомагає при гіподинамії, профілактиці серцево-судинних захворюваннях, інфаркті міокарду. Собака позбавляє від дефіциту в спілкуванні, підвищує самооцінку.

У собачій, а також котячій слині міститься фермент лізоцим, який вбиває хвороботворні мікроорганізми. Каністерапія призначається при неврастенії, істерії, Психастенія і неврозах.

Лисичанський педагогічний коледж також долучився до цієї важливої справи. На базі коледжу проводять науково-практичні конференції, які присвячені проблемам та значенню каністерапії; майстер-класи (запрошують господарів із собаками). Це дає великий резонанс та надає допомогу людям, які мають особливі потреби. Майстер-класи проводить викладач фізичного виховання коледжу Цвік О.С., Майстер спорту України зі службового поводження з собаками.

Фелінотерапія являє собою терапевтичний вплив кішок. Вона сприяє зниженню артеріального тиску, нормалізує роботу серця, позбавляє від суглобових і головних болів. Кішки прискорюють відновлення після травм, лікує внутрішні запальні захворювання. Кішка чудово вміє вгадувати хворі місця свого господаря. Тривала дружба з кішкою зміцнює імунну систему і сприяє здоров'ю й довголіттю.

Дуже корисно і муркотіння кішки, яке навіть може підвищувати щільність кісток людини. Муркотання сприяє підвищенню захисних сил організму, прискорює загоєння ран, в результаті дії звукових коливань такої частоти підвищується щільність кісток, що сприяє зрощенню переломів. Муркотання кішки – це певні звукові коливання (частота від 20 до 50 Герц), що стимулюють процес зцілення.

Кішка – прекрасний енергоінформаційний прилад, що знаходить хворі місця свого господаря. Завдяки відомій котячій звичці масажувати кігтикими тіло людини, в останньої задіюються рефлексогенні зони – котячі кігті працюють так саме, як інструменти рефлексотерапевта під час сеансу голкотерапії.

Тварини здатні впливати як на душевний, так і на фізичний стан здоров'я людини. Наприклад, спостереження за акваріумними рибками допомагає вилікуватися від деяких захворювань шкіри. Золоті рибки викликають у людей відчуття радості та благополуччя, сприяють підвищенню інтелектуального рівня. Довго спостерігаючи за рибками, людина починає робити менше серйозних помилок у житті, прагне більше часу проводити з сім'єю.

Канарки і папужки допомагають людям, які вимушені довго лежати в ліжку або страждають на депресію. Цвірінькаючі вихованці будять у людини творчі здібності. Птахи змінюють людину: вона стає життєлюбом, у неї підвищується працездатність і творча активність, вона привчається жити, згідно з встановленим режимом дня.

В Лисичанському педагогічному коледжі функціонує «Лабораторія методики ознайомлення з природою» (засновник директор коледжу Міненко Г.М.). Лабораторія сприяє залученню студентів до експериментально-дослідницької діяльності, розвиває духовно-моральні цінності у майбутніх учителів. Викладачі природничого циклу постійно вдосконалюють створення медіатеки з питань природничого характеру, яка являє собою зібрання книг, відео-, фото- та аудіо матеріалів (спів птахів, звуки природи), електронних презентацій, що є запорукою успіху на пробних заняттях з педагогічної практики у школі та ДНЗ. На сьогодні створено, зібрано чимало електронних матеріалів, які надано до інформаційного середовища навчального закладу та викладено у мережі інтернет.

Даний матеріал викладачі коледжу використовують для проведення занять, зокрема, направлених на роботу з дітьми, які мають особливі потреби.

Якщо ви з любов'ю ставитеся до тварин, то й вони відповідають вам тим же, і дарують вам тепло, турботу та лікують вас. Тварини люблять нас, приймають людей такими, які вони є – зі всіма помилками і недоліками. Окрім цього вони пробуджують в людях почуття відповідальності й мають унікальну здатність виводити людину із замкнутого внутрішнього простору і, таким чином, створюють бажання спілкуватися з людьми, пізнавати навколишній світ, радіти життю.

Список використаних джерел

1. Велика епоха. – Режим доступу : <http://www.epochtimes.com.ua/health/health>.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. - Режим доступу : <http://www.who.int/topics/ru>.
3. Лікувальні властивості анімалотерапії. – Режим доступу : <http://uwm.com.ua/taxonomy>.

ЕМПАТИЧНЕ СПІВПЕРЕЖИВАННЯ-ВРОДЖЕНА ЗДАТНІСТЬ МОЗКУ

Осташева-Грибанова О.М.

Дошкільний навчальний заклад № 12 «Катруся»

м. Лисичанськ

Емпатія (від греч. *empathēia* - співпереживання) - емоційна чуйність людини на переживання іншого. Співпереживаючи, людина переживає почуття, ідентичні спостережуваним. Співпереживання може виникнути як по відношенню до спостережуваних (чи уявним) почуттів іншого, так і до переживань персонажів художніх творів, кіно, театру, літератури. Емпатія грає фундаментальну соціальну роль, забезпечуючи розділення почуттів, потреб, цілей.

Багато хто знає, що в парах, довго і що щасливо живуть разом, люди з кожним роком все більше походять один на одного. Це не означає, що за проведені пліч-о-пліч роки їх носи або підборіддя стають однаковими. Просто кожен з них так часто і точний "зеркалил" вираз обличчя партнера, що сотні крихітних м'язових з'єднань з шкірою трішки змінили риси обличчя.

Механізм, що стоїть за цим перетворенням, дозволяє розібратися, як ми відчуваємо, що нас відчувають. Деякі речі з нижчеописаних все ще є лише гіпотезами, але вони проливають світло на найпотаємніші повсякденні спостереження за свідомістю.

В середині 1990-х років італійський вчений Джакомо Риззолатти з міста Парма, використовуючи імплантовані електроди для відстежування окремих нейронів, вивчав премоторну кору головного мозку мавп. Коли мавпа їла арахіс, спрацьовував певний електрод. У цьому нічого дивовижного не було. Але подія далі змінила траєкторію дослідження свідомості. Коли мавпа їла арахіс, спрацьовував певний електрод. У цьому нічого дивовижного не було. Але подія далі змінила траєкторію дослідження свідомості. Коли мавпа просто дивилася, як один з дослідників жував горіх, у неї спрацьовував той же моторний нейрон. Крім того, виявлені нейронні мережі активувалися тільки в результаті навмисних дій із спостереження.

Надалі дзеркальну нейронну систему виявили і у людей. Цими дослідженнями займався італійський вчений Марко Якобоні. Цю систему вважають основою емпатії. Починаючи із сприйняття базового поведінкового наміру, вдосконалена префронтальна кора людей дозволяє подумки складати карту свідомості інших. Мозок використовує сенсорну інформацію для репрезентації чужої свідомості точно так, як і завдяки сенсорним даним створюються образи довкілля.

Найцікавіше, що дзеркальні нейрони реагують тільки на умисну активність, з передбачуваною послідовністю дій або певною метою. Якщо просто підняти руку і помахати нею, ваші дзеркальні нейрони ніяк не дадуть відповідь на це. Але якщо я вчиню якийсь вчинок, який ви здатні передбачити по минулому досвіду, ваші дзеркальні нейрони "вчислять" мій намір до його здійснення.

Тому, коли я піднімаю руку з чашкою, ви на синаптичному рівні розумієте, що я збираюся з неї відпити. Більше того, дзеркальні нейрони в премоторній зоні лобової області кори зроблять все, щоб вам теж захотілося пити. Коли ми бачимо певну дію, ми готуємося до його імітації. Це примітивне пояснення того, чому у нас раптом прокидається спрага, коли поруч щось п'ють, або чому нападає позіхання, коли хтось позіхає. Набагато складніше розкрити, як дзеркальні нейрони допомагають зрозуміти суть культури і як загальна поведінка об'єднує нас і нашу свідомість.

Внутрішні карти, створені дзеркальними нейронами, працюють автоматично: вони не вимагають усвідомленості або якого-небудь зусилля з нашого боку. Ми з самого народження

виявляємо послідовність дій і робимо в мозку карти внутрішнього стану або намірів інших людей.

Більше того, така дзеркальність являється кросс-модальною, тобто вона працює для усіх сенсорних каналів, а не тільки для зору, тому і звуки, і тактильні відчуття, і запахи також налаштовують нас на внутрішній стан іншої людини.

Знаючи себе, розумію тебе.

Нейронний ланцюг, що називається острівцем головного мозку, виконує роль своєрідного швидкісного шосе, що сполучає дзеркальні нейрони і лімбічні ділянки, які, у свою чергу, посилають повідомлення в ствол головного мозку і інші частини тіла. Так ми домагаємося фізіологічного резонансу з іншими людьми: наше дихання, артеріальний тиск і частота серцебиття можуть підвищуватися або знижуватися синхронно з показниками іншої людини. Ці сигнали від тіла, ствола головного мозку і лімбічних структур потім вирушають назад до острівця і медіальної префронтальної кори.

Згадайте, що відбувається, коли ви на вечірці. Якщо ви підійдете до групи, що веселиться, ви, швидше за все, теж заусміхаєтеся ще до того, як почуєте жарг. Якщо ж ви на вечері з людьми, що нещодавно втратили близького, то навіть якщо вони нічого не скажуть із цього приводу, ви, можливо, відчуєте тяжкість в грудях, сухість в горлі і підступаючі сльози.

Вчені називають такий стан емоційним зараженням. Внутрішній стан інших - від радості і грайливості до смутку і страху - безпосередньо впливає на наше самопочуття. Механізм зараження іноді примушує нас не занадто об'єктивно інтерпретувати незв'язані події: поспілкувавшись з людиною в депресії, серйозність іншого ми теж сприйmemo як смуток

Здатність відчувати стан іншої людини залежить від того, наскільки добре ми знаємо власне. Острівець головного мозку переносить ці резонанси вгору, в медіальну префронтальну кору, де складається карта нашого внутрішнього світу. Тому ми відчуваємо почуття іншої людини, випробовуючи свої власні.

Це допомагає зрозуміти з точки зору анатомії, чому люди, що краще відчувають своє тіло, більше здатні до емпатії. Ключову роль в цій системі грає острівець головного мозку : коли ми відчуваємо свій внутрішній стан, то основний шлях для резонування з іншими теж відкритий.

Свідомість, що відкривається нам в процесі дорослішання, - цей внутрішній стан того, хто піклується про нас. Ми видаємо звуки, і він посміхається, ми сміємося - і його обличчя теж осягається посмішкою. Так спочатку ми осягаємо себе через своє відображення в іншому.

Перші визначення функцій дзеркальних нейронів були очевидні - вони активні під час наслідування. Пізніше почалися з'являтися гіпотези, що зв'язують це відкриття з рядом проблем сучасних біологічних і гуманітарних дисциплін. Виявляється, що нейрофізіологічний рівень наслідування - це група клітин в декількох областях кори мозку, що розвиваються, мабуть, з народження. Через наслідування були залучені в ці дослідження наступні явища і проблеми :

- емпатія як здатність розуміти емоції інших шляхом співпереживання;
- мова і мова людини і інших тварин, особливо, жестові гіпотези глоттогенеза;
- розуміння чужої свідомості - конструкт, що описує здатність розуміти психічний зміст інших індивідумів;
- аутизм, одним з симптомів якого вважається відсутність або порушення розуміння чужої свідомості і емпатії;
- громадське життя тварин, у тому числі людину, як предмет етології і соціобиології;
- акторська майстерність і гуманітарні дослідження, що припускають метод вчувствования;
- загальний розвиток культури і цивілізації через наслідування.

Ця робота є лише оглядом сучасних досліджень, пов'язаних з дзеркальними нейронами, що не претендує ні на теоретичну новизну, ні на особливе методологічне осмислення.

Також зв'язок між розумінням чужої свідомості і дзеркальними нейронами виявляється на матеріалі клінічних спостережень за дітьми, хворими на аутизм. Такі діти, як правило, нездібні до повноцінної соціальної взаємодії, не справляються з тестами, в яких необхідно здогадуватися про наміри, знання і емоції інших. Симон Барон-Коуэн з Кембріджа об'єднав різні способи діагности, що дозволяють виявити наявність аутизму у дітей різного віку на основі рівня розвитку здатності до розуміння чужої свідомості, що дозволяє нам ще раз переконатися в наявності зв'язку між розумінням чужої свідомості і системою дзеркальних нейронів.

Багато дослідників, що займаються проблемою аутизму, нині схильні приписувати велику роль участі системи дзеркальних нейронів в симптоматиці аутизму. Класично на поведінковому рівні аутизм визначають через утруднення, що виникають при соціальних контактах, нездатність розуміти і використати вербальні і невербальні способи комунікації,perseverации в моторній сфері, затримку в шкільному навчанні, нездатність розуміти метафоричний сенс слів і пропозицій. Останніми роками додають до цих симптомів також дисфункції таких здібностей, як мозкова репрезентація дії іншого індивідуума, наслідування, емпатія, розуміння чужої свідомості, тобто здібностей, які, будучи послідовними ланками одного ланцюга, забезпечують соціальну взаємодію між індивідуумами.

У університеті міста Сан-Диего (США) дослідницька група під керівництвом Вилаянура С. Рамачандрана вивчає зв'язок між порушеннями в роботі системи дзеркальних нейронів і аутизмом методом електроенцефалографії. Виразний взаємозв'язок мю-ритму з руховою активністю дозволяє, на думку деяких авторів, розглядати його як альфа-ритм моторної кори. У нормі мю-активність пригнічується при виконанні дії і при спостереженні виконання дії іншим індивідуумом. У експерименті було показано, що у випробовуваних, таких, що страждають аутизмом, не спостерігалось пригнічення мю-активності, реєстрованої у вищезгаданих зонах, ні під час перегляду відеофільму, в якому людина стискала і розтискала руку (біологічно значимий стимул), ні при показі відеофільму, в якому світлі кульки пересувалися по темному фону (біологічно незначимий стимул). У контрольній групі спостерігалось достовірне пригнічення мю-активності при перегляді рухів руки. Автори роблять висновки про те, що в нормі при спостереженні дій інших індивідуумів активність дзеркальних нейронів у вказаних зонах гальмується, завдяки чому наслідування відсутнє. У тих, що страждають аутизмом, як відомо, виявляються розлади наслідування, що автори зв'язують з порушенням роботи дзеркальних нейронів, але на питання, що первинно, відставання в розвитку системи дзеркальних нейронів або аутизм, що має причиною якісь інші чинники, автори не готові дати відповідь. Деякі дослідники приписують велику роль порушенням фронтальної кори при аутизмі, яка, може робити вплив на дзеркальні нейрони каудальнее областей, що лежать, і неправильна її робота може неправильно координувати роботу відповідних дзеркальних нейронів.

Впродовж майже двадцяти років у науковому світі проводиться вивчення феномену ЗН. Використання методів неінвазивної нейровізуалізації для вивчення мозку дозволило виявити і вивчити ЗН у людини. Проте доки не вдалося отримати чіткі відповіді на усі питання, що виникають в цій області. Судячи з усього, знадобиться ще значний час, оскільки головний мозок людини виявився менш вивченим, чим це передбачалося. У будь-якому випадку будуть отримані нові дані по функціонуванню мозку людини, навіть якщо не усі припущення про функції ЗН підтвердяться.

Знаменитий індійський учений Вилейанур Рамачандран (прибічник дії емоцій на ЗН) пише, що 40000 років тому - стався перший Великий вибух в людській цивілізації (вибух людських розумових здібностей і культури), другий Великий вибух - після 19 століття (наукова і технічна революція). Мабуть, в 21 столітті нас чекає і третій Великий вибух

(когнітивна революція), в основі якого лежатиме моделювання функцій дзеркальних нейронів.

Гіпотези, створені на початку XXI століття, поки досить успішно пояснювати з суто природничонаукової точки зору та кие явища соціального життя, як наслідування, емпатія, розуміння чужої свідомості, розкривають нейрофізіологічні механізми такого серйозного захворювання, як аутизм.

Література

1. Якобони М. Відбиваючись в людях. Чому ми розуміємо один одного. - М. : Юнайтед Прес, 2011.
2. Бауэр И. Чому я відчуваю, що відчуваєш ти. Інтуїтивна комунікація і секрет дзеркальних нейронів.- СПб: Вид-во Вернера Регена, 2009.
3. В. Косоногов. Дзеркальні нейрони: короткий науковий огляд, Ростов-на-Дону, 2009.

ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ВЧИТЕЛІВ ДО РОБОТИ З ІНКЛЮЗИВНИМИ ДІТЬМИ

Пивоварова Г.С.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»
м.Лисичанськ*

Впровадження інклюзивної освіти є важливим фактором розвитку суспільства, який передбачає навчання усіх без винятку дітей в загальноосвітніх навчальних закладах, а також створення умов пристосування освітнього процесу до особливих потреб дитини. Для того щоб інклюзивні ідеї могли стати цілковитою реальністю недостатньо лише нормативних чи законодавчих реформ, потрібне правильне розуміння з боку суспільства та педагогів.

Інклюзивне навчання – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу [1],[3].

На сьогоднішній день загальною метою є розробка концепції корекційно-превентивного навчання, спрямованого на інтенсифікацію процесу формування в дітей з особливими потребами знань, умінь та навичок з подальшою реалізацією її положень у цілісному процесі дошкільного і шкільного навчання [2].

В умовах запровадження ідей інклюзивної освіти особливу, іноді нову для себе роль, буде виконувати педагог. Адже успішність усього навчального процесу буде залежати від його здатності адаптуватися до нових вимог та особливостей, від здатності й бажання зробити свій власний, індивідуальний внесок у здійснення педагогічного процесу, його розвиток і вдосконалення. Особливу роль у готовності педагога до інклюзивної освіти відіграють його професійно значущі психологічні якості. Адже готовність до інклюзивного процесу полягає не лише у наявності нового методичного матеріалу, матеріальної бази, а і у моральній, психологічній готовності педагога до роботи із дітьми із психо-фізичними вадами.

Звичайно, можна багато говорити про те, що педагог повинен однаково ставитися як до звичайної дитини, так і до дитини яка має певні обмеження фізичного або психічного характеру. Але правда в тому, що сучасний учитель ще психологічно не готовий не виокремлювати таку дитину. Значну роль в цьому відіграє стереотипність поведінки, шаблонність ставлення до людей з вадами, яка формувалася раніше.

В готовності вчителів до роботи з інклюзивними дітьми можна виділити дві групи чинників: зовнішні та внутрішні.

До зовнішніх чинників відносимо наявність матеріального забезпечення навчальних закладів, наявність спеціальних програм та дидактичного матеріалу а також залученість педагогів у інклюзивний процес, наявність досвіду роботи із дітьми із особливими освітніми потребами.

До внутрішніх чинників – рівень самоактуалізації педагога, його прагнення до гармонійного буття і неманіпулятивних стосунків з іншими людьми та учнями зокрема, гнучкість у спілкуванні, здатність до саморозкриття та відсутність соціальних стереотипів; рівень емпатії педагога, а також особливості ставлення до учнів – заохочення вербалізації, прийняття нормальних проявів агресії й сексуальності у дітей та небажання надто прискорити розвиток дітей.

Вирішальною умовою інклюзивної освіти дітей з особливими потребами є створення інклюзивного простору, який, насамперед, передбачає наявність як спеціально підготовлених педагогів, так і спеціально підготовленого освітнього середовища, матеріально-технічного забезпечення.

Особливу увагу, на нашу думку, треба звертати на підготовку педагогічних працівників. Забезпечення освітнього процесу кваліфікованими кадрами передбачає наявність у педагогів готовності до роботи з дітьми з особливостями психофізичного розвитку. Це мають бути педагоги, які приймають нову систему цінностей, творчо реалізують нові технології навчання, здатні вирішити проблему соціалізації дітей з особливими потребами, володіють методами психолого-педагогічної діагностики, стабільно прагнуть до високих результатів у своїй професійній діяльності, знають специфіку освітніх програм, володіють методиками і технологіями навчання дітей з особливими потребами, ефективно взаємодіють як у самому закладі, так із оточуючим соціумом.

Процес формування професійної готовності вчителя до інклюзивного навчання – процес складний і багатоплановий, який відбувається протягом усього життя вчителя та розв'язується за допомогою школи, методичної служби, психологічного супроводу. Варто наголосити, що без позитивного ставлення педагога до дитини з особливими потребами будь-які спроби залучення її до загальноосвітнього навчального простору приречені на невдачу.

Українські дослідники С. Міронова, О. Завальнюк зазначають, що за кордоном визначено такі необхідні умови забезпечення інтегрованого та інклюзивного навчання: позитивна налаштованість психолого-педагогічного персоналу загальноосвітніх навчальних закладів, адекватне сприймання ним дітей з особливостями психофізичного розвитку, готовність до налагодження соціальної взаємодії вихованців з різними рівнями здоров'я і розвитку, вміння співпрацювати з батьками [3, с. 8].

Тому, сьогодні, поруч із подоланням таких проблем як фінансування, забезпечення відповідним приладдям, програмне забезпечення інклюзивної освіти – необхідно готувати психологічно вчителів, проводити додаткові семінари, тренінгові програми для розвитку і закріплення відповідного ставлення до дитини з особливими потребами.

Список використаної літератури

1. Гонеев А. Д., Лифинцева Н. И., Ялпаева Н. В. Основы коррекционной педагогики. М., 1999. – 239 с.
2. Назарова Н. М. Специальная педагогика М.: Академия, 2000. –27 с.
3. Специальное образование в развитии / Под ред. К.Рейнсвейка.С.-П .: 1996. – 150 с.

ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА – СУЧАСНА МОДЕЛЬ НАВЧАННЯ

Піменова К.Д.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Актуальність проблеми. «Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу»[1]. Ця освіта пов'язана з тим, що число дітей з кожним днем росте і ці діти потребують і корекційного навчання, і корекції фізичних і розумових відхилень. В Україні понад 1 млн., що становить 12% від загальної кількості дітей у країні.

Раніше вітчизняна система освіти протягом довгого часу розділяла дітей на звичайних і інвалідів. Діти-інваліди не могли здобути освіту і реалізувати свої можливості нарівні з нормально розвиваються дітьми. Діти з обмеженими можливостями здоров'я (ОВЗ) завжди страждають від дискримінації і відчуження. Більшість таких дітей навчаються в спеціальних (корекційних) освітніх установах. У цих закладах створені всі умови, необхідні таким дітям.

А тепер для багатьох країн це є викликом сьогодення, найважливішим завданням впроваджувати і реалізовувати можливість на яскраве і світле на майбутнє цих дітей. Кожна дитина повинна відчувати затребуваність свого існування, не тільки здорові діти, а й інваліди. Суспільство повинне дати можливість кожній дитині, незалежно від її потреб та інших обставин, повністю відкрити свої таланти, приносити користь суспільству і стати повноцінним його членом.

Виклад основного матеріалу дослідження. Проблемою інклюзивного навчання займались Н.Н. Малофеев, Н.Д. Шматко. Серед українських науковців можна назвати М.В. Роганову та А.В. Бітова [2].

«Інтеграція» і «інклюзія» - це два терміни, які часто використовуються один замість іншого, оскільки багато вихователів садків вважають їх синонімами [3]. Інклюзія відрізняється від інтеграції тим, що з самого початку розглядає всіх дітей без винятку частиною навчальної системи. Таким чином, для дітей з особливостями відсутня необхідність в будь-якій спеціальній адаптації, оскільки вони з самого початку є частиною садкового виховання.

Принцип інклюзивної освіти полягає в наступному: адміністрація і вихователі звичайних дитячих садків приймають дітей з особливими освітніми потребами незалежно від їх соціального стану, фізичного, емоційного та інтелектуального розвитку і створюють їм умови на основі психолого-педагогічних прийомів, орієнтованих на потреби цих дітей.

Переваги інклюзії для дітей-інвалідів дуже очевидні, діти з особливим розвитком показують вищий рівень з здоровими дітьми, в інклюзивній середовищі здорові діти навчаються гуманності і навичкам комунікації з цими дітьми.

Разом з однокласниками ми вирішили перевірити чи можливе використання де яких комплексів з кінезіології, мімічна гімнастики в дошкільних навчальних закладах в групах інклюзивної освіти. Нас дуже здивував відсоток дітей, які з великим бажанням брали участь у різноманітних комплексів та ігрових вправах [4]. Ці комплекси можна використовувати в як на вільній годині так і на заняттях або на прогулянці.

Кінезіології розглядають причину порушень функцій навчання в нездатності правого і лівого півкулі до інтеграції (аналітичний мозок постійно блокує творче початок образного мозку в його здатності до інтегративному баченню). Кінезіологічні методики, використовувані для подолання діслексического порушення, спрямовані на активізацію різних відділів кори великих півкуль, що дозволяє розвивати здібності людини або коригувати проблеми в різних областях психіки. Як казав І. Кант, «Рука є що вийшов назовні мозком» [5].

Вправи м'якої гімнастики допомагають створити основу, необхідну для повноцінного звучання голосу, чіткої дикції, а також зняти надмірне напруження артикуляційних і м'язових м'язів, також вони навчають м'язи тим діям, які потрібні для вільного володіння й керування артикуляційним апаратом. Якщо ж не вправлятися, то мовлення буде не так чітко, чисто, звучне і також промовець може швидше втомлюватися, бо доводиться прикладати більше зусиль. З дітьми з інклюзією можна робити таку вправу на привітання. Із різноманіття фотографій, де зображені діти з різним настроєм діти вибирають фото із настроєм, схожим на свій. Можна розповісти про свій вибір – чому саме це фото, що такого сталося приємного чи неприємного. Дуже гарними для цієї вправи є комплект карток «Емоції» [6].

Висновки. Для України такий вид освіти є новаторським, бо вона тільки починає розвиватися. Але на Заході інклюзивна освіта вже є невід'ємною частиною розвитку багатьох навчальних закладів.

Таким чином, можна зробити висновок, що сучасна загальноосвітня програма повинна включати зміни і умови, необхідні для успішної реалізації інклюзивної освіти, а саме - прийняття індивідуальності кожного окремого вихованця і задоволення особливих потреб кожної дитини. Розглядаючи ці комплекси, тобто їх якість та вплив на організм дитини безумовно можна сказати, що їх потрібно включати в роботу з дітьми особливостями розвитку. Є ще багато методів, які можна використовувати наприклад це і дихальну гімнастику, і звіробіку і т.д., головне ні коли не зупинятись на місці, а завжди просуватись тільки уперед за ХХІ століттям.

У висновку хотілося б відзначити, що пошук найбільш оптимальних шляхів, засобів, методів для успішної адаптації та інтеграції дітей з обмеженими можливостями здоров'я в суспільство - це завдання всіх і кожного. Адже допомогти наповнити чорно-білий світ «особливої дитини» яскравими і світлими тонами можна тільки спільними зусиллями. Цей світ придуманий не нами, але, починаючи з себе, ми можемо змінювати його на краще, роблячи добро.

Список використаних джерел

1. Софій Н.З., Найда Ю.М. Концептуальні аспекти інклюзивної освіти / Інклюзивна школа: особливості організації та управ-ління : [навч.-метод. посіб.] / [А.А. Колупаєва, Ю.М. Найда, Н.З. Софій та ін.] ; за заг. ред. Л.І. Даниленко. – К., 2007. – 128 с
2. Інклюзивна освіта як сучасна модель навчання. Режим доступу: <https://www.google.com.ua/>.
3. Інклюзивное образование особенности организации. Режим доступу: <https://infourok.ru/kurosovaya-na-temu-inklyuzivnoe-obrazovanie-osobennosti-organizacii-792756.html>.
4. Комплекс физических упражнений для инвалидов. Доступ: <http://www.invalist.ru/kompleks-fizicheskix-uprazhnenij-dlya-invalidov/>.
5. "Кінезіологічна допомогу в подоланні дислексических порушень ". Режим доступу: <http://stattja.pp.ua/index.php?newsid=21566>.
6. Розвивальне заняття «Емоції» для дітей дошкільного віку. Доступ онлайн: <https://dytpsyholog.com/2015/03/17/розвивальне-заняття-емоції-для-дітей/>.

СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ В СУСПІЛЬСТВО ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РОБОТИ

Полулященко Т.Л.

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

м. Старобільськ

Науково-дослідний інститут фізичного виховання і спорту

м. Кременна

Постанова проблеми та її зв'язок з важливими практичними завданнями. За статистичними даними, в Україні кількість дітей з обмеженими можливостями сягнула показника 167 тисяч дітей або 2% від усього дитячого населення країни (8 млн). З кожним роком ця цифра збільшується на 5%.

Проблему адаптації та інтеграції в суспільство дітей з обмеженими можливостями відображена в роботах українських вчених таких як: Г. Гаврюшенко, П. Коропець, О. Соколенко та інші [2, с. 85–89; 7, с. 20-22; 8, с. 80-84].

На сьогодні ми спостерігаємо, що люди з обмеженими можливостями отримують від держави соціальний захист (фінансову, медикаментозну підтримку, пільгове забезпечення), але на нашу думку всього цього в більшій мірі не достатньо для нормального існування в суспільстві, забезпечення повноцінного життя та можливості реалізації своїх прав і свобод.

З метою адаптації та інтеграції дітей з обмеженими можливостями в суспільство вживаються різні заходи щодо удосконалення мережі спеціальних освітніх і реабілітаційних установ. До таких установ відносяться спортивні інтернати, дитячо-юнацькі спортивні школи (інваспорт). В таких закладах організуються навчально-тренувальні заняття за видами спорту, але питання адаптації та інтеграції осіб з обмеженими можливостями засобами фізичної культури і спорту вивчено недостатньо, тому вважаємо тему актуальною.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. К. Бондарчук, Г. Гаврюшенко, В. Онікієнко та інші вважають важливим завданням для України як держави із соціально орієнтованою ринковою економікою є забезпечення повноцінної інтеграції до суспільного життя такої категорії громадян, як осіб з обмеженими можливостями. На думку науковців процес інтеграції людей з обмеженими можливостями до суспільного життя відбувається за допомогою їх реабілітації та має позитивне значення як для них самих, так і для суспільства в цілому, сприяючи формуванню та розвитку соціального капіталу, гуманізації суспільних відносин, підвищенню рівня соціальної згуртованості суспільства [1].

С. Мельник, В. Галицький, А. Іпатов, Т. Кір'ян, Л. Колешні, П. Коропець вважають розглядали окремі аспекти професійної реабілітації інвалідів через професійну орієнтацію, професійну підготовку, працевлаштування інвалідів. Вони вважають, що з усіх видів реабілітації провідну роль у забезпеченні повноцінної інтеграції інвалідів до суспільного життя відіграє професійна реабілітація, яка передбачає залучення інвалідів до праці [7, с. 76-79].

К. Науковці, Батигін, М. Бойко, С. Симчук, І. Сирота, Б. Стичинський Б. вважають, що на законодавчому рівні визначено права і повноваження суб'єктів реабілітаційного процесу тому за потрібне більш детально розглядати та використовувати правову основу законодавства України з питань реабілітації інвалідів, яка ґрунтується на Конституції України і складається з Закону України «Про реабілітацію інвалідів України», законів України "Про державні соціальні стандарти і державні соціальні гарантії", "Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні" та інших нормативно-правових актів та міжнародних договорів України [3, 5].

Ряд науковців Ю. Бардашевський, Г. Бурова, С. Глоба, А. Капська, Л. Міщик, М. Євтух, О. Глушман, О. Дікова-Фаворська, О. Карпенко, О. Фудорова та інші радять

розглядати соціалізацію студентів з обмеженими можливостями з використанням університетської освіти [9, 760].

О. Безпалько, С. Бочарова, С. Григор'єва, Зверєва, А. Капська, С. Харченко, О. Ярська-Смирнова та інші вбачають організовувати адаптивну та інтеграційну роботу з інвалідами на основі соціально-педагогічних аспектів.

І. Випасняк, В. Жиленкова, Р. Чудна та інші вважають ефективне вирішення проблеми інтеграції в соціум осіб з обмеженими можливостями можливе з використанням засобів фізичної культури і спорту [1, с. 28].

Постановка завдання. Мета і завдання дослідження. Метою статті є з'ясування механізму інтеграції особами з обмеженими можливостями засобами фізичної культури і спорту. Досягнення цієї мети передбачає розв'язання таких завдань: - аналіз літературних джерел з теми дослідження; уточнення поняття „соціальна адаптація” осіб з обмеженими можливостями, „інтеграція в суспільство” осіб з обмеженими можливостями; визначення шляхів інтеграції осіб з обмеженими можливостями в умовах фізкультурно-спортивного простору.

Для вирішення поставлених завдань використано такі методи дослідження: порівняльний аналіз (для вивчення наукових підходів до соціального статусу осіб з обмеженими можливостями); методи аналізу та синтезу (для дослідження можливостей фізкультурно-спортивної діяльності, особливостей адаптації та інтеграції в соціум); компаративний аналіз (для з'ясування можливості використання засобів фізично-спортивної діяльності з метою адаптації та інтегрування осіб з обмеженими можливостями в соціум).

Виклад основного матеріалу дослідження. В результаті проведеного дослідження було виявлено що під поняттям соціальна адаптація прийнято розуміти: пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії. Виділяють такі компоненти соціальної адаптації: соціально-побутова, економічна, комунікативна, регулятивна і самореалізація [8, с. 83].

З позиції психології термін „інтеграція” це - злагоджена та дружня робота всіх частин особистості [10]. За даними дослідження О. Фудорової термін „інтеграція” означає „поєднання в ціле будь-яких частин”. Поняття інтеграція трактується також як «...внутрішньо груповий процес – створення внутрішньої єдності, згуртованості, що проявляється в ідентифікації колективної об'єктивності в накладанні та прийнятті відповідальності за успіхи і невдачі в спільній діяльності»[11].

За даними інтернет ресурсів «соціальна інтеграція» – прийняття індивіда іншими членами групи. Процес встановлення оптимальних зв'язків між відносно самостійними малозв'язаними між собою соціальними об'єктами (індивідуумами, групами, соціальними класами, державами) і подальше їх перетворення у єдину, цілісну систему, у якій узгоджені та взаємозалежні її частини на основі спільних цілей, інтересів.

Під соціальною інтеграцією розуміється залучення інвалідів в суспільство як повноправних його членів, що беруть активну участь у всіх сферах життєдіяльності.

О. Фудорова вважає, що за своїм змістом інтеграція є процесом соціального становлення особистості і дає змогу в подальшому соціалізуватися і самоствердитися, так, як в структурі соціалізації особистості Файнбург З.І. виділяв, перш за все, елементи (виховання та навчання в будь-якому віці), в здійсненні яких переважає цілеспрямованість, визначена, відносно висока ступінь планованості [9, с. 756].

В результаті аналізу літературних джерел з інтеграції в соціум осіб з обмеженими можливостями було виявлено, що успішною інтеграцію можна вважати, якщо індивід освоює необхідні соціальні ролі, засвоює схвалювані даним суспільством, соціальною спільністю цінності, соціальні норми, стереотипи поведінки. При цьому дослідники зауважують, що інтеграція є складний, суперечливий, динамічний процес, який особливо у

осіб з обмеженими фізичними можливостями супроводжується кризами з якими людина не завжди може впоратися [9, с.760].

Установлено, що фізичний, сенсорний (порушення слуху або зору) або інтелектуально-психологічний недоліки ізолюють хворого від суспільства, заважають йому самостійно пересуватися і орієнтуватися в просторі. Саме з цих причин люди з обмеженими можливостями не мають великих можливостей знайти нормальну роботу. Найчастіше працедавці негативно налаштовані з приводу працевлаштування працівників-інвалідів, воліють платити штрафи, але не приймати їх на роботу [7, 54].

Результати аналізу з вивчення соціальних проблем осіб з обмеженими можливостями свідчать про те, що якість викладання в спеціалізованих школах не відповідає вимогам. Більшість дітей навіть не розраховують після навчання влаштуватися на роботу. Вони знаходяться в зоні ризику, і майбутнє таких дітей невизначено[6, с. 48].

Застосування засобів професійної реабілітації інвалідів через професійну орієнтацію дало змогу встановити, те що на першому місці серед потреб в роботі інваліди визнають матеріальне забезпечення (близько 70%). На другому - бажання бути повноцінним членом суспільства, на третьому - потреба в спілкуванні, існуючи разом з колективом [4, с. 27-28].

В процесі нашого дослідження було виявлено, що в Україні діє дуже розгалужена система реабілітаційних установ. За своїм спрямуванням такі установи є медико-соціальні, професійно-трудова, фізкультурно-спортивні.

Результати роботи дають підстави вважати, що фізкультурно-спортивна фізична реабілітація інвалідів, дітей-інвалідів здійснюється відповідно до індивідуальної програми реабілітації, яка розробляється на підставі фізичного обстеження та визначає комплекс фізичних вправ і рекомендацій інвалідам, дітям-інвалідам стосовно їх послідовності, навантаження, тривалості тощо, спрямованих на поліпшення діяльності організму і координації вправності рухів, відновлення фізичної дієздатності, підтримання нормального рівня життєдіяльності та супроводжується медичним спостереженням за ними [1, с. 27].

Як показало наше дослідження, фізкультурно-спортивна реабілітація спрямовується на підвищення рухової активності, оздоровлення, формування компенсаторних функцій організму і позитивної мотивації в інвалідів, дітей-інвалідів до суспільної адаптації та сприяє інтеграції в суспільство.

Нами з'ясовано, що фізкультурно-спортивні реабілітаційні послуги надаються спортивними школами, тренувальними залами, спорт центрами, та іншими спортивними організаціями, в яких наявні відповідні фахівці. Необхідно зазначити, що основними напрямками в цій роботі є:

- створення відповідних умов для занять фізичною культурою і спортом на спортивних спорудах та в місцях масового відпочинку;
- відкриття спортивних шкіл, спортивних інтернатів у системі додаткової освіти для дітей-інвалідів;
- розробка та виробництво спеціалізованого інвентарю та обладнання;
- підготовка тренерів, викладачів та фахівців з адаптивної фізичної культури;
- розробка та видання спеціалізованих методик і програм;
- підготовка спортсменів-інвалідів до міжнародних змагань, в тому числі

Паралімпійських ігор. Підготовка повинна здійснюватися на тих же умовах, що і підготовка спортсменів до Олімпійських ігор.

Установлено, що існує спортивно-медична класифікація інвалідів. В даний час працюють з інвалідами три міжнародні спортивні організації. Перша міжнародна спортивна організація для осіб з фізичними вадами (ISOD) об'єднує інвалідів після ампутації кінцівок і віднесених до категорії «Інші». Друга міжнародна спортивна організація для осіб з травмами хребта і спинного мозку (ISMWSF). Третя міжнародна спортивна організація для спортсменів з порушенням мозкової рухової діяльності (C-ICRA).

Враховуючи вище сказане можна сказати, що існують види спорту, в яких інваліди можуть взяти участь, сидячи в кріслах-колясках: стрільба з лука, настільний теніс, баскетбол,

деякі види легкої атлетики (гонки на колясках на певну дистанцію, штовхання ядра, метання диска і ін); без коляски-волейбол (сидячи), плавання, важка атлетика та інші. Для ампутантів, крім перерахованих видів спорту, - стрибки у висоту і довжину (легка атлетика), волейбол (стоячи), лижні гонки, слалом і слалом-гігант, футбол.

Багато видатних спортсмени-інваліди успішно подолали свої фізичні вади (ампутації, параплегії) завдяки інтенсивній і регулярній тренуванні, досягнувши при цьому не тільки значних спортивних, артистичних результатів, але й здобули вищу освіту.

Результати роботи дають підстави вважати, що фізична культура і спорт є поштовхом, який сприяє відновленню або встановленню контакту інвалідів з навколишнім світом, тим самим полегшуючи і прискорюючи їх повернення в суспільство, визнання як рівноправних громадян.

Здійснене дослідження дозволяє зробити такі висновки:

1. Аналіз літературних джерел з теми дослідження свідчить про недостатнє вивчення всіх проблем пов'язаних з адаптацією, інтеграцією осіб з обмеженими можливостями в соціум.

2. Під терміном „соціальна інтеграція” слід розуміти залучення інвалідів в суспільство як повноправних його членів, що беруть активну участь у всіх сферах життєдіяльності.

3. Під терміном „соціальна адаптація” слід розуміти взаємозумовлений процес пристосування індивіда до умов соціального середовища і пристосування суспільства до потреб особистості через їх задоволення.

4. В процесі занять фізичною культурою і спортом відбувається розвиток таких якостей особистості, як: самодисципліна, самоповага, дух змагання і дружби, тобто тих характерних якостей, які мають істотне значення для інтеграції чи реінтеграції інваліда в суспільстві.

5. До ефективних засобів інтеграції осіб з обмеженими можливостями можемо віднести наступне: відвідування спортивних секцій в позакласній роботі, за місцем проживання, ДЮСШ, навчання в спеціалізованих спортивних школах (зі спортивним, навчальним (освітнім) та медичним забезпеченням), навчання в спеціалізованих навчальних (освітніх) інтернатів (з організацією спортивних кружків) тощо.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку є необхідним з метою більш детального вивчення впливу засобів фізичної культури і спорту як на фізичний так і на морально - вольовий стан осіб з обмеженими можливостями в процесі інтеграції їх в суспільство.

Список використаної літератури

1. Випасняк І.П. Вплив засобів фізичної культури на соціальну інтеграцію інвалідів із вадами слуху // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: Зб. наук. пр. – Луцьк, 2005. – С. 27-30.

2. Гаврюшенко А.В. Привлечение лиц с инвалидностью в сферу социально-трудовых отношений: практика Украины и Российской Федерации / А.В. Гаврюшенко // Актуальные проблемы социэкономики в XXI веке : Материалы Междунар. науч.-практ. конф. студ. и аспирантов, март 2008 г. – М. : ФГОУВПО "РГУТиС", 2008. – С. 85–89.

3. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»// <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=a#Find>.

4. Гаврюшенко Г. Працевлаштування осіб з обмеженими фізичними можливостями: світовий досвід / Г. Гаврюшенко // Соціальний захист. – 2005. – №11. – С. 27–28.

5. Конституція України, 1996 року // <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?user=a#Find>

6. Куровська Г.В. Сучасний стан, регіональні особливості та шляхи удосконалення функціонування ринку праці педагогічних кадрів, які здійснюють навчально-

виховний процес осіб з інвалідністю / Г.В. Куровська, // Матеріали наук.-практ. конф. "Географічні аспекти формування збалансованого ринку праці педагогічних кадрів в Україні", 22–23 листопада 2007 року. – К. : НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2007. – С. 47–50.

7. Мельник С. Умови інтеграції осіб з інвалідністю до трудового та суспільного життя та бар'єри, що їй заважають (за результатами анкетного опитування осіб з інвалідністю та експертів) / С. Мельник, Г. Гаврюшенко, П. Коропець. –Луганськ : ДУ НДІ СТВ, 2011. – 83 с.

8. Соколенко О. І. Значення адаптивної фізичної культури у соціалізації людей з обмеженим станом здоров'я / О.І. Соколенко // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка 2010 серпень № 15 (202) – С. 80-84.

9. Фудорова Е. Н. Университетское образование как один из факторов социализации молодежи с ограниченными возможностями в современной Украине / Е. Н. фудорова // Четвертые Ковалевские чтения : материалы научно-практической конференции 12-13 ноября 2009 г. / Санкт-Петербург; отв. ред. Ю. В. Асочаков. – СПб., 2009. – С. 759–762.

10. http://psychologis.com.ua/integraciya_lichnosti.htm

11. http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/natural/vkhnu/Soc_dos/2009_844/articles/Fudorova.pdf

СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ ПСИХОФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЯК СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Полулященко Ю.М.

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

м. Старобільськ

Науково-дослідний інститут фізичного виховання і спорту

м. Кременна

Сучасне українське суспільство характеризується посиленням уваги до проблем людей з особливими потребами, здатних повноцінно сприймати, розуміти та примножувати матеріальні й духовні цінності. Важливим є формування громадської думки у необхідності ціннісного, толерантного ставлення до цієї категорії людей. Серед актуальних проблем становлення особистості особливо відчутними і гострими є питання, пов'язані з інтегруванням осіб з обмеженими психофізичними можливостями в сучасне соціальне, а в першу чергу, освітнє середовище.

Мета нашого дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні проблеми соціальної інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями як соціально-педагогічної проблеми.

Теоретико-методологічні аспекти виховання та соціалізації особистості як наукову проблему досліджували у своїх працях українські науковці Ю. Богінська, С. Савченко, Н. Лавриченко, Ю. Парунова, І. Рогальська, О. Хорошайло та ін., що їх можна розглядати як основу для порівняння соціалізуючих і виховних процесів здорової особи та особи з обмеженими можливостями. Вивченню проблем соціалізації дітей з обмеженими можливостями присвятила свій науковий доробок зарубіжна вчена Н. Москвичова. Автор здійснює ґрунтовний аналіз сутності і проблеми, виявляє основні підходи до процесу виховання та навчання дітей з обмеженими можливостями; узагальнює зарубіжний досвід використання альтернативних моделей соціалізації дітей з обмеженими можливостями та наголошує на тому, що традиційні концепції реабілітації та практика їх реалізації є недостатньо ефективними та дієвими [3].

Не зважаючи на здобутки вітчизняних та зарубіжних учених, проблема інтегрування осіб з обмеженими можливостями у соціум ще залишається недостатньо вивченою. Це спонукає науковців і практиків до її подальшого теоретичного осмислення та прийняття

дієвих рішень, які б сприяли оптимізації соціально-педагогічної інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями в освітнє середовище.

Інтегрування дітей з особливостями психофізичного розвитку в загальноосвітній простір України як один з напрямів гуманізації всієї системи освіти відповідає пріоритетам державної політики, що окреслено в Національній доктрині розвитку освіти в Україні у XXI столітті і полягають у особистісній орієнтації освіти; створенні рівних можливостей для дітей та молоді у здобутті якісної освіти; забезпеченні варіативності здобуття базової або повної загальної середньої освіти відповідно до здібностей та індивідуальних можливостей тощо.

У педагогіці під «інтеграцією» розуміється «варіант індивідуальної роботи з клієнтом в соціально-педагогічній діяльності, що передбачає створення соціумом умов, в яких індивідуальні особливості клієнта можуть максимально розвинути й виявитися через підключення соціальних ресурсів, наприклад практика «роботи з випадком» (case management)» [4].

Ми поділяємо думку вчених О. Глоби, М. В. Синьова, А. Шевцова та ін., які стверджують, що ефективна соціальна адаптація та інтеграція дітей і молоді в суспільство можлива за умови створення інноваційного освітньо-реабілітаційного, корекційно-розвиваючого середовища, яке системно поєднує в собі медичні, психологічні, педагогічні та соціальні аспекти, сприяє саморегуляції поведінки, самореабілітації, розвитку та саморозвитку особистості [1; 5].

Важливим шляхом інтеграції дітей та молоді у суспільне життя є їх соціокультурна реабілітація в закладах соціального обслуговування: центрах ранньої соціальної реабілітації, центрах соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями; спеціалізованих реабілітаційних центрах, центрах профорієнтації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями. В основу діяльності цих центрів покладено такі принципи:

- дитина з обмеженими можливостями здоров'я – це рівноправний член суспільства;
- вона повинна мати рівні з іншими можливості, а суспільство, держава та сім'я мають їх забезпечити;
- дитина з обмеженими можливостями здоров'я має жити та розвиватись у природному середовищі, у своїй сім'ї;
- реабілітаційні послуги дітям мають надаватися за місцем проживання, у її громаді;
- формування життєвої компетентності дитини-інваліда неможливе без відповідного суспільного оточення, без спілкування з однолітками, без колективу.

На думку С. Харченка, для розв'язання завдань соціалізації дітей та молоді найбільш доречними є позиції Г. Андрєєвої, яка відзначає, що «соціалізація – це двосторонній процес, який містить, з одного боку, засвоєння індивідом соціального досвіду шляхом входження в соціальне середовище, систему соціальних зв'язків, з іншого – це процес активного відтворення індивідом системи соціальних зв'язків за рахунок його активної діяльності, активного включення в соціальне середовище» [6]

Соціальна інтеграція (від лат. *integratio* – заповнення) – поняття, що характеризує сукупність процесів, завдяки яким відбувається з'єднання різнорідних взаємодіючих елементів у соціальну спільність, ціле, форми підтримки групами певної стійкості та рівноваги суспільних відносин, здатність соціальної системи або її частин до опору руйнівним чинникам, до самозбереження перед обличчям внутрішніх та зовнішніх напружень, протиріч [2]

На підставі аналізу наукових праць нами виявлено, що становлення процесу соціальної інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями як складного та багатоаспектного педагогічного феномену зумовлені утвердженням і визнанням двох взаємозв'язаних педагогічних парадигм:

- гуманістичної парадигми виховання, сутність якої полягає в побудові людських взаємин, які базуються на рівноцінності, повазі та довірі до людини;

- соціально-педагогічної парадигми виховання, головною ідеєю якої є гармонізація взаємодії вихованця з соціальним середовищем.

Науково-теоретичною основою соціальної інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями є теорія і практика діяльності професіоналів, які орієнтуються на розвиток у цих осіб свободоздатності, підтримку в духовному самовдосконаленні та формуванні внутрішнього світу. Соціально-педагогічні технології інтеграції даного контингенту в сучасне суспільство передбачає, по-перше, індивідуально орієнтовану допомогу у реалізації первинних базових потреб, по-друге, створення умов для максимально вільної реалізації заданих природою фізичних, інтелектуальних, емоційних здатностей і можливостей; по-третє, підтримку у творчому самоздійсненні, у розвитку здатності до життєвого самовизначення.

Незважаючи на те, що через неоднорідність та об'ємність самого поняття соціальна інтеграція поки не має цілісного наукового опису, більшість дослідників роблять акцент щодо надання всебічної комплексної допомоги особі з обмеженими психофізичними можливостями.

Педагогічний зміст інтегрування відображається у двох підходах:

по-перше, він пов'язується зі створенням сприятливих умов безпечного середовища, необхідних для розвитку та саморозвитку осіб з обмеженими психофізичними можливостями, розкриття та реалізації їх внутрішніх сил, формування здатності до самостійних дій і вільного вибору;

по-друге, асоціюється з допомогою соціального педагога, соціального працівника, його сприянням у вирішенні проблем, пов'язаних з навчанням, спілкуванням, самовизначенням.

Зміна суспільного ставлення до проблем осіб з обмеженими психофізичними можливостями, визнання їх здатності до повноцінного соціального функціонування, незалежного способу життя об'єктивно призвели до підвищення ролі не тільки фахівців корекційної педагогіки, але й соціальних педагогів, тобто професійна діяльність у цьому напрямі все більше набуває міждисциплінарного характеру. У цьому зв'язку соціально-педагогічна діяльність щодо інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями – це безперервний педагогічно організований процес виховання з урахуванням специфіки розвитку особистості на різних вікових етапах, у різних прошарках суспільства та за участю всіх соціальних інститутів і всіх суб'єктів виховання та соціальної допомоги.

Розроблені в сучасній педагогічній науці принципи забезпечення інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями в сучасне середовище та етапи її здійснення при їх змістовному розгляді призводять до однозначного висновку про те, що соціальна інтеграція можлива тільки в випадках, коли є психолого-медико-педагогічний супровід, співробітництво, що сприяють саморозвитку, самодіяльності, самоідентифікації, самопізнанню, самовизначенню, самореалізації особистості людини з обмеженими психофізичними можливостями.

Педагогічний аспект має дуже велике значення для всього процесу реабілітації, для успішної інтеграції дитини в суспільство. У процесі навчання й виховання відбувається соціалізація особистості, накопичення нею життєвого досвіду, знань, підготовка до активної участі у всіх сферах діяльності. Соціально-психологічний аспект соціальної реабілітації таких дітей, передбачає корекцію психологічного стану дитини, а також формування соціально-психологічної адаптації, що в подальшому призведе до зміни життєвої ситуації.

Усебічний аналіз різних наукових підходів до професійної діяльності з людьми, які мають психофізичні обмеження життєдіяльності, дозволили визначити, що соціальна інтеграція осіб з обмеженими психофізичними можливостями – це соціально-педагогічна діяльність, яка ґрунтується на індивідуально орієнтованій допомозі та співробітництві в її життєвому самовизначенні і яка полягає у виявленні, визначенні та вирішенні проблем людини шляхом використання соціально-педагогічних технологій з метою реалізації її прав на повноцінний розвиток.

У широкому загальнонауковому контексті проблема, що вивчається, носить яскраво виражений міждисциплінарний характер, оскільки акумулює в собі фонд наукових знань загальної, соціальної, спеціальної психології й педагогіки. Процес історичного розвитку показав, що на зміну спеціальним школам (інтернатам) як установам системи спеціальної освіти приходять сучасні педагогічні системи, ставлення суспільства, що відповідають змінам, до прав і можливостей осіб з особливими проблемами розвитку. Ці системи розвиваються в контексті соціально-реабілітаційної діяльності в центрах соціальної реабілітації, центрах соціальних служб для молоді й ін.

Більшість дослідників визначають поняття соціальної інтеграції як процес комплексний, систематичний, цілеспрямований, метою якого є максимально можливе входження людини в соціальне життя. Спільною характеристикою усіх підходів щодо соціальної інтеграції осіб з обмеженнями життєдіяльності є те, що вона передбачає зміни, які б дали можливості людині щодо її повноцінного функціонування у суспільстві. Важливо, що такі підходи торкаються не лише окремо індивіда або суспільства, а характеризують їх взаємозв'язок як то з точки зору інвестицій у людський капітал чи дослідження масової соціальної мобільності. При цьому використовується комплекс або система заходів медичної, психологічної, трудової, технічної, педагогічної, освітньої та соціальної реабілітації.

Процес соціальної інтеграції у педагогіці має особливе значення, бо є мірою не тільки реалізації власного «Я» через застосування ефективних дій у визначених ситуаціях, але також набуття самостійності, зрілості, креативності і творчості. Тому аналіз процесу соціалізації осіб з обмеженими можливостями дає змогу звернути увагу те, що в цій групі маємо справу з ускладненою кореляцією чинників, які в здорових осіб мають другорядне значення.

Таким чином, в переліку шляхів, засобів, форм і методів соціальної реабілітації обов'язково присутні соціально-педагогічні складові сутнісної характеристики соціальної реабілітації осіб з обмеженими можливостями. У контексті завдань нашого дослідження дуже цікавими й корисними виявилися розроблені вченими концептуальні підходи до соціальної інтеграції осіб з обмеженими можливостями, етапи здійснення соціально-педагогічної діяльності та їх сутнісна характеристика, форми й методи соціальної роботи.

Подальшого розвитку набуває проблема соціальної інтеграції осіб з обмеженими психофізичними можливостями за допомогою різних видів спорту.

Список використаних літературних джерел

1. Глоба О. П. Регіональна модель комплексної реабілітації та соціальної адаптації дітей з обмеженнями життєдіяльності. / О. П. Глоба // Ціннісні пріоритети освіти у ХХІ столітті: Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, Луганськ : Альма-матер, 2007.
2. Ковалев А. Д. Современная западная социология / А. Д. Ковалев. – М., 1994. – С. 120–121.
3. Москвичева Н. А. Альтернативные модели социализации детей-инвалидов в современном обществе: социально-философский анализ : дис. ... канд. пед. наук : 09.00.11 / Москвичева Наталья Александровна. – Ростов-на-Дону, 2007. – 146 с.
4. Педагогический словарь : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / [В. И. Загвязинский, А. Ф. Закирова, Т. А. Строкова и др.]; под ред. В. И. Загвязинского, А. Ф. Закировой. – М. : Издательский центр «Академия», 2008. – С. 262.
5. Синьов В., Шевцов А. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні / В. Синьов, А. Шевцов // Дефектологія. – 2004. – № 2. – С. 6–10.
6. Харченко С. Я. Соціалізація дітей та молоді в процесі соціально-педагогічної діяльності: теорія і практика : монографія / С. Я. Харченко. – Луганськ : Альма-матер, 2006. – 320 с.

ВИНИКНЕННЯ ТА УСУНЕННЯ ЗАЇКАННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Постоленко О.О.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Причини заїкання не можна бачити тільки в переляку, що є додатковим приводом для розвитку цього складного нервово-психічного і психомоторного розладу. Певну роль у виникненні заїкання грає конституціональний чинник, або загальна з батьками мовна, моторна і комунікативна недостатність. Мова, принаймні у одного члена сім'ї, може бути плутаною, скоромовкою, з проковтуванням закінчень, повільною, ґрунтовною, з розтяганням слів або недостатньо виразною по звуковимовою. Подібні до цих особливості мови у дітей роблять її більш уразливою для будь-якого перенапруження найчастіше в перші роки життя. Загальна з ким-небудь з членів сім'ї недостатність моторики у дітей відноситься до недостатньо розвиненої координації рухів, скутості, напруженості або підвищеної збудливості м'язів і зв'язок апарату артикуляції.

Певні утруднення спостерігаються при перекладі внутрішньої мови в зовнішню, коли дитина не може вільно висловити свої думки, тобто вона більше розуміє, чим говорить. Обумовлено це вже не стільки недостатністю моторики, скільки схильністю до імпресивності — внутрішньої переробці відчуттів і переживань. Такі діти не відрізняються і вираженим прагненням до товаришкості в перші роки життя, віддаючи перевагу тихим, спокійним іграм самим з собою.

Найбільш травмуючу дію на них надає раннє примушення до спілкування, велика кількість дорослих, поміщення в ясла і відрив від батьків, до яких вони дуже прив'язані. Подібна загальна з ким-небудь з батьків інтровертована (внутрішня) спрямованість особи породжує комунікативну недостатність, переважно у сфері встановлення контактів з незнайомими людьми, що разом з моторними порушеннями робить спілкування одностороннім, негнучким і напруженим.

Можлива і протилежна, екстравертована спрямованість особи, коли дитина нестримно прагне до спілкування як можна з більшим колом однолітків і дорослих. Тоді викликати його неспокій буде обмеження дорослими його спілкування з однолітками, що знову ж таки приведе до напруженості і скутості і, як неминуче слідство, до утруднень в мові. Наступним чинником, сприяючим заїканню, буде дизонтогенез, перш за все генетично порушений темп розвитку мови, її нерівномірність. На це може указувати затримка появи фразової, а надалі артикуляційно виразної або граматично правильної мови. Або ж, навпаки, мова розвивається швидше, і дитина на початку другого року життя говорить фразами, а на початку третього року напам'ять відтворює багато віршів. Окрім цього, його мова відрізняється підкресленою дорослістю. Змішаний варіант полягає в первинній затримці мови з подальшим «проривом» — натиском слів, неприборкною спрагою говорити. Нерівномірність розвитку мови може служити віддзеркаленням нерівномірності загального психічного розвитку, наприклад розвитку інтелекту, декілька сповільненого або прискореного спочатку. У широкому плані можна говорити і про відому нерівномірність психомоторного розвитку, коли лежаче в основі мови мислення випереджає або відстає від можливостей апарату артикуляції, координації рухів і загальної рухової активності. Відносно темпераменту немає істотного переважання крайніх типів, як скажемо, флегматичного темпераменту при енурезі і холеричного при тіках. Якщо ми все ж таки маємо справу з холеричним темпераментом, то мимовільні переривання мови носять в основному клонічний характер, типу неодноразових повторень букв на початку слова. При флегматичному темпераменті переривання мови мають переважно тонічний характер: розтягання складів і слів, тривалі паузи між ними. При сангвінічному (найбільш частому типі темпераменту при заїканні) характер мовних судом буде змішаним. Проте сангвінічний

темперамент при заїканні не виступає в чистому вигляді і часто є в процесі розвитку важкопоєднаним поєднанням рис холеричного і флегматичного темпераментів. Подібну суперечність психічного розвитку створює стан внутрішньої нестійкості, що негативно відбивається на мові. Заїкання тоді відрізняється коливаннями, що не мають з першого погляду видимих причин.

У ряді випадків характерна для заїкання моторна незручність представляє своєрідний рудимент флегматичного характеру одного з батьків, тоді як в цілому дитині властиві висока рухова активність і стрімкість, загальні у нього з холеричним темпераментом іншого батька. Знову ж таки це говорить про важке поєднання у дітей полярно протилежних рис темпераменту батьків.

Чинником, сприяючим заїканню, буде невротія. Це випадки, коли заїкання носить сезонний характер і варіює залежно від наявності підвищеної вологості або сухості повітря, зміни циклонів, обурень на сонці і його активності в цілому. Значні коливання заїкання при невротії і у зв'язку з частими соматичними захворюваннями. Найчастіше при заїканні зустрічаються ОРЗ, хронічні бронхіти і пневмонії, що і само по собі підвищує збудливість таких дітей.

Невротія, як загальна нервово-соматична ослабленість, є при заїканні фоном, що передує появі психогенних обумовлених невротичних станів.

Заїкання, що виникло переважно під впливом психотравмуючих чинників в перші роки життя, позначається як логоневроз. Якщо надалі його зумовлює переляк, в наявності багато страхів, дитина боязлива і невпевнена в собі, то правильнішим буде діагноз неврозу страху, а заїкання тоді краще розцінити як один з його проявів. Можна вести мову і про неврастенію, якщо заїкання обумовлене перенапруженням психофізіологічних можливостей дитини під впливом надмірно раннього, інтенсивного навчання і неадекватного виховного підходу.

Заїкання входить в структуру істеричного неврозу, коли переважають емоційні порушення, примхливість, не завжди усвідомлене бажання привернути до себе увагу, зокрема самим заїканням, і прагнення використувати його для дії на оточуючих. Тоді заїкання долається важко, оскільки дитина не зацікавлена «бути як всі» і втрачати свій винятковий вплив на оточуючих.

В більшості випадків заїкання при неврозах важко переживається дітьми. Часто через страх, скутість або збентеження вони відмовляються вступати в контакт з незнайомими людьми. У звичній, сталій сфері спілкування вони можуть говорити достатньо вільно, оскільки не переживають таке характерне для них загострене почуття відповідальності, що виражається побоюваннями виглядати смішними, ніяковими, незграбними і страхом сказати що-небудь не так, як слідує, або не те, що потрібно. Заїкання, таким чином, виявляється вибірково, в певних сферах спілкування і сильно залежить від психологічного настрою і загального нервового стану дитини.

Найбільшу трудність для дітей з неврозом складає не стільки мова сама по собі, скільки початок розмови, оскільки із-за страху, невпевненості і настрою на невдачу вони надмірно хвилюються, збуджуючись або загальмовуючись при цьому (залежно від темпераменту). Від виникаючих спазмів до горла підступає грудка, перехоплює дихання.

Відповідно і мова стає плутаною, непослідовною, думки плутаються, і часто дитина замовкає взагалі, ухиляючись від продовження розмови. Характерним для дітей з неврозами буде і заїкання при появі відчуття провини, сорому, переживання того, що трапилося. В цьому відношенні такі діти кардинальним чином відрізняються від дітей із залишковими явищами органічного ураження мозку, які не переживають за свою мову і не говорять гірше при хвилюваннях і тим більше при відчутті провини.

Отже, заїкання при неврозах диференціюється таким чином: виникненням після переляку, хвилювань і напруги; залежністю від дії психологічних чинників; відновленням в обстановці, оживляючій раніше випробувані переживання; переважно спазматичним, а не судорожним, як при органічних порушеннях, характером мовних утруднень; гальмуванням

при початку розмови, особливо при спілкуванні поза сім'єю; усвідомленням і переживанням заїкання.

Як правило, заїкання починається в 2 роки. Це і зрозуміло, оскільки в цей час у дитини з'являється фразова мова, яка знаходиться в найуразливішому положенні. Виразно виявляється і темперамент, співвідношуваний із швидкістю мови і загальною руховою активністю. Саме у цей період нерідко розгорається принципова боротьба батьків з «супертістю», «свавіллям», «повільністю» або «невгамовністю», тобто з вольовими сторонами характеру дитини, що формуються, і його темпераментом. До того ж до 2,5 років малюк ще достатньо тісно прив'язаний до матері, тому неминучий афект на її відсутність при адаптації до ясел (особливо якщо дитина емоційно чутлива, а сама мати підвищено тривожна). І якщо батьки «виграють» протиборство зі своїми дітьми, то тільки ціною розвитку у них заїкання.

Заїкання може початися і в 3 роки — у віці інтенсивного емоційного розвитку. Трирічні діти, так само як і дворічні, бояться уколів і несподіваних звуків. Отже, біль і несподівані дії можуть бути приводом для виникнення заїкання, якщо вони викликають переляк, шок, крик, що, як афект, перенапружує мовну систему дитини, що ще не окріпнула. У 3 роки багато дітей бояться темноти, казкових персонажів і замкнутого простору. Найчастіше цей страх відчувають хлопчики, що і є однією з причин частішого виникнення заїкання в 3 роки у хлопчиків в порівнянні з дівчатками. У цьому віці хлопчиків легко налякати або вони лякаються самі в темноті і обмеженому просторі (невеликій кімнаті, горищі, комірці), в якому вони можуть опинитися не по своїй волі, а в порядку покарання або вимушеної необхідності (ізолятор, бокс).

Звертають на себе увагу і особливості батьків, діти яких заїкаються. Як правило, вони недостатньо товариські, схильні до внутрішньої переробки відчуттів. У матерів нерідко спостерігається високий рівень тривожності. Батьки менш тривожні, зате більш імпульсивні і, як правило, їх роль в сім'ї явно недостатня. Обом батькам властиво прагнення квапити дітей, навантажувати їх різного роду інтелектуальними заняттями в збиток ігрової діяльності. Дитині (частіше з боку отця) пред'являються підвищені вимоги без урахування його віку. В той же час самі батьки в більшості випадків не стежать за власною мовою, і нерідко дитина не встигає за її темпом. До того ж дорослі в сім'ї непослідовні у вимогах, часто міняють рішення, що викликає їх власною внутрішньою нестійкістю і конфліктними відносинами один до одного.

У спілкуванні батькам деколи не вистачає гнучкості, вони не можуть поставити себе на місце співбесідника, поступитися йому, коли потрібно, і разом з тим відстояти свою думку. Не вистачає їм і умінь поводитися відповідно змінним життєвим обставинам. Дитина, що заїкається, часто скута і напружена в спілкуванні, боїться зробити що-небудь не так або сказати не те, що потрібно.

Таким чином, утруднення в мові як засобі комунікації мають при неврозах глибший характер, ніж сама по собі мовна недостатність, і виникають, головним чином, унаслідок порушення процесу формування міжособових відносин спочатку в сім'ї, а потім і при спілкуванні з однолітками. Тому надання допомоги при заїканні — це не тільки усунення хворобливого, невротичного стану дитини, але і відновлення його порушених, але ще повністю не втрачених навиків спілкування, умінь приймати і грати ролі і адекватно виражати свої відчуття.

Вихователь повинен дуже уважно відноситися до дітей, що заїкаються, допомагаючи їм виробити такі якості характеру, як упевненість в собі і товариськість. Не дивлячись на трудність входження в дитячий колектив, надалі у дітей з'являється прагнення наслідувати нормальній мові оточуючих, чим створюється додатковий стимул для усунення заїкання. Потрібно також допомогти дітям позбавитися від страхів, використовуючи малюнки і ігри.

Для цього доцільні ігри-драматизації відомих казок в молодшому дошкільному віці, а у старших дошкільників — придумані дітьми історії на тему страхів. Цю роботу обов'язково проводити зі всією групою. Слід скласти підгрупу з охочих брати участь в грі,

включивши туди і дитину, що заїкається. Коли дійде черга до його історії, він так само, як і останні, буде сам розподіляти ролі, включаючи себе і вихователя. Батькам слід дати раду не поправляти мову дітей при розмові, оскільки це тільки підсилює скутість, напруженість і невпевненість в процесі спілкування.

Краще всього дорослим діяти особистим прикладом, стежити за своєю мовою і відводити час на сумісні рухومی, емоційно насичені і ролеві ігри, поступово розширювати сферу спілкування дітей і сприяти формуванню у них упевненості, гнучкості і більшій невимушеності у виразі своїх відчуттів.

У логопедичних групах дитячого саду доцільно в першу чергу об'єднувати дітей з порушеною звуковимовою, а також дітей із заїканням на ґрунті органічного ураження мозку. Але і тоді необхідно уміло комбінувати власне логопедичні і ігрові заняття, особливо у дітей з холеричними рисами темпераменту, яким протипоказані режим мовчання і традиційна логопедична корекція мови.

Література

1. Беккер К. П., Совак М. Логопедия. — М., 1981. — С. 195—198.
2. Зеeman М. Дети с ускоренной речью (тахилалией) // Расстройства речи в детском возрасте. — М., 1962. — С. 266—271.
4. Селиверстов В. И. Заикание у детей. — М., 1979. — С. 8—26.
5. Тяпугин Н. П. Заикание. — М., 1966. — С. 68.

ЗНАЧУЩІСТЬ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ФОРМУВАННІ КУЛЬТУРИ ЗДОРОВ'Я УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

Пристинська Т.М., Пристинський В.М.

*Державний вищий навчальний заклад
«Донбаський державний педагогічний університет»*

м. Слов'янськ

Феномен здоров'я людини, формування здорового способу життя є надзвичайно актуальною соціально-педагогічною проблемою в реалізації духовно-культурних практик сучасної молоді. Адже стан здоров'я кожної людини визначає благополуччя всього суспільства, виступає показником збереження і розвитку людського потенціалу країни та її безпеки, індикатором цивілізаційного розвитку. Відтак, культура здоров'я і здоровий спосіб життя людини є провідними життєвими цінностями, котрі забезпечують можливість успішної духовної і суспільно-соціальної самореалізації [1; 2; 3].

В українській календарній обрядовості, прозовій усній народній творчості відображається така цінність фізичної культури як генерування здорового способу життя та зміцнення здоров'я людини. На нашу думку «реалізація цієї цінності відбувається в поєднанні з прагненням до гармонійного фізичного розвитку, ідеалом духовної і тілесної досконалості людини, що надзвичайно актуально, коли спостерігається погіршення стану психосоматичного здоров'я, рівня фізичного розвитку, зниження рухової активності учнівської молоді» [2, с. 132].

Пропаганда здорового способу життя, коли духовне і фізичне здоров'я, довголіття і працездатність є незаперечними життєвими цінностями суспільства, має бути методологічним підґрунтям для забезпечення інклюзивного виховання і навчання на сучасному етапі розвитку освіти.

У процесі викладання фізичного виховання мають бути створені організаційні й методичні умови, котрі б забезпечували формування здоров'язбережувального середовища навчального закладу, що сприятиме розумінню людини як творця і захисника життя на

Землі. Зважаючи на цілісність людської особистості, в освітньо-виховному просторі навчального закладу має бути реалізована ідея взаємодії духовно-морального, психічного, соціального і фізичного розвитку особистості на засадах принципів природовідповідності, культуровідповідності, духовно-фізичної гармонії.

На нашу думку, така сукупність теоретико-методологічних та організаційно-педагогічних заходів визначатиме концептуальні положення наукового пошуку в розв'язанні проблеми взаємодії духовного і фізичного виховання учнівської молоді, а саме:

- формування стратегії здоров'я, як ціннісно-духовної основи культури особистості, повинна вибудовуватися з урахуванням соціокультурної ситуації в суспільстві, освітньо-виховному середовищі навчального закладу;

- впровадження в практику інклюзивної освіти і виховання інтерактивних технологій емоційно збагаченого й умотивованого формування культури здоров'я молоді;

- системний підхід до розробки організаційно-педагогічних умов формування психосоматичного здоров'я, індивідуальної Я концепції здоров'я, культури здоров'я як духовно-моральної і суспільно-соціальної цінності (розвиток образно-концептуального мислення і мотиваційної сфери, ендогенної єдності цінності здоров'я з життєво-смысловими цінностями тощо).

Саме викладач фізичного виховання має сприяти формуванню валеологічного світогляду та доводити його значущість в житті кожного учня. Здоров'я і здоровий спосіб життя є передумовою розвитку людини, як повноцінної особистості, шлях до реалізації її творчого потенціалу, високої якості життя. Розуміння феномену здоров'я залежить, перш за все, від свідомості учнів, бо саме вони є його носіями. Сучасна стратегія інклюзивної освіти і виховання має забезпечити створення підґрунтя для формування, популяризації та поширення духовних цінностей фізичної культури, головними з яких є генерування здоров'я і здоровий спосіб життя особистості.

Відтак, викладання навчальної дисципліни "Фізична культура" має бути спрямоване на формування здоров'язбережувального середовища загальноосвітнього навчального закладу, ґрунтуватися на фундаментальних концепціях та ідеях національного виховання, валеологічної освіти, національної доктрини розвитку освіти в ХХІ столітті, коли фізична досконалість молоді визначається пріоритетною метою державницького поступу, яка органічно пов'язана з духовно-моральним розвитком, ціннісними орієнтаціями на здоров'я і здоровий спосіб життя, здатністю до майбутньої професійної і соціальної самореалізації особистості.

Література

1. Пристинська Т.М. Ідея соціальної відповідальності за здоров'я у професійній підготовці студентів педагогічного університету / Т.М. Пристинська // Педагогічний вектор розвитку фізичного виховання в Україні : збірник наук. праць. Всеукр. наук.-практ. конф. (Краматорськ, 16-17 квіт. 2014 р.). – Краматорськ : ДДМА, 2014. – 309 с. – С. 161-165.

2. Пристинський В.М. Духовно-моральна спрямованість діяльності викладача кафедри фізичного виховання педагогічного університету / В.М. Пристинський, Т.М. Пристинська, О.В. Некрасова // Духовність особистості : методологія, теорія і практика : збірник наук. праць; гол. ред. Г.П. Шевченко. – Вип. 4 (57). – Луганськ : вид-во СНУ ім. В. Даля, 2013. – 222 с. – С. 132-140.

3. Pristinckaya T. Spiritual and physical health as priority life values of society in modern cross-cultural space / T. Pristinckaya // Probleme actuale privind perfectionarea sistemului de invatamint in domeniul culturii fizice : mat. Conf. st. intern. (8-9 noiembrie, 2013; Chisinau); col. red. : Povestca Lazari [et al.]. – Chisinau : Editura USEFS, 2013. – 529 p. – P. 514-517.

**АДАПТАЦІЯ ТА ІНТЕГРАЦІЯ ДИТИНИ З ОСОБЛИВОСТЯМИ РОЗВИТКУ
ШЛЯХОМ ОРГАНІЗАЦІЇ ЇЇ НАВЧАННЯ У ЗАГАЛЬНООСВІТНЬОМУ
НАВЧАЛЬНОМУ ЗАКЛАДІ
(з досвіду роботи)**

Розувакіна О.В.

Старобільська загальноосвітня школа II-III ступенів № 2

м. Старобільськ

Навчальний заклад, в якому я працюю, є звичайною загальноосвітньою школою II-III ступенів, особливих умов для навчання учнів з особливими потребами в школі немає. Але два роки назад з непідконтрольної Україні території в мікрорайон школи переїхала сім'я з дитиною з особливими потребами, тому як класний керівник нової учениці я переглянула велику кількість нормативних документів та методичної літератури з інклюзивної освіти.

Конвенція ООН про права дитини як документ міжнародного рівня автоматично висуває вимоги до кожної держави щодо приведення національного законодавства у відповідність із цією «всесвітньою конституцією прав дитини». Наша школа на цьому шляху робить свої прогресивні кроки. За останні роки набуває інтенсивного розвитку підтримка дітей з особливостями психофізичного розвитку, сприяння втіленню прогресивних ідей у практику.

Інклюзивне навчання – це система освітніх послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, яка передбачає навчання в умовах загальноосвітнього закладу. З метою забезпечення рівного доступу до якісної освіти інклюзивні освітні заклади повинні адаптувати навчальні програми та плани, методи та форми навчання, використання існуючих ресурсів, партнерство з громадою до індивідуальних потреб дітей з особливими освітніми потребами. Інклюзивна освіта - це процес, у якому школа намагається відповідати на потреби всіх учнів, вносячи необхідні зміни до навчальної програми та ресурсів, щоби забезпечити рівність можливостей.

Дівчина з особливими потребами знаходиться на індивідуальному навчанні, навчання організовано на основі «Типового навчального плану загальноосвітніх навчальних закладів II ступеня для розумово відсталих дітей з навчанням російською мовою», предмети визначалися навчальним закладом у межах гранично допустимого навчального навантаження з урахуванням медичних показників та потреб учениці. Окрім основних предметів, з ученицею проводяться корекційно-розвиткові заняття (соціально-побутове орієнтування та ЛФК). Зміст корекційно-розвиткових занять орієнтований на вирішення специфічних завдань, зумовлених особливостями психофізичного розвитку учениці.

Предмет «Соціально-побутове орієнтування» спрямований на підготовку дітей з вадами інтелектуального розвитку до самостійного життя, організації власного побуту, шляхом формування у них відповідних знань та практичних умінь, а також навичок життєвої та соціальної компетентності: виконання норм і правил культурної поведінки в суспільстві, родині, вирішення життєво необхідних побутових завдань, а саме догляд за житлом та одягом, харчування, лікування. Формування навичок соціальної компетентності здійснюється при знайомстві учнів з умовами користування транспортом, засобами зв'язку, оволодінням елементами правової культури.

Заняття з ученицею проходять у формі практичних робіт і екскурсій. Основними методами навчання є розповідь, бесіда, практичні вправи, екскурсії. На заняттях використовуються різноманітні наочні засоби та моделювання життєвих ситуацій.

На заняттях з ЛФК в учениці формуються життєво необхідні рухові навички, підвищуються фізична і розумова працездатність. Тому поряд із загальними завданнями у процесі занять ЛФК вирішується низка специфічних завдань, спрямованих на подолання відхилень у фізичному розвитку і руховій підготовленості дівчини. Зокрема наступні:

удосконалення навичок просторового орієнтування в мікро- та макропросторі; удосконалення м'язового відчуття; корекція скутості та недостатності рухів, подолання невпевненості під час пересування в просторі; розвиток координації, рухомості в суглобах, здатності до диференціювань своїх м'язових відчуттів; формування правильної постави, правильного дихання під час виконання фізичних вправ.

На уроках російської мови і літератури з ученицею я використовую такі методи: розвивальні вправи, які спрямовані на корекцію і розвиток мислення, формування довільної уваги, розвиток пам'яті, корекції зв'язного мовлення; арт-терапію (зокрема музикотерапію). Постійно надаю допомогу дівчині у процесі виконання тих чи інших навчальних завдань (навідні запитання, пряме керування діяльністю).

Як класний керівник формую позитивне ставлення до школи і навчальної діяльності через відчуття себе рівноправним членом колективу. Дівчина відвідує класні години, виховні заходи, спілкується з однокласниками, з ученицею проводжу індивідуальні бесіди. Наприклад, із задоволенням дівчина приймала участь у Дні здоров'я, який проходить у школі у вересні. Разом із однокласниками була учасницею гри «Веселий експрес», вболівала за команду свого класу в спортивних змаганнях. У травні була присутня на виховній годині «Цих років не змовкне слава». Дівчина розповідала про свою прабабусю, учасницю Другої світової війни.

Все це дає можливість учениці з вадами можливість розвивати її віку комунікативні та соціальні навички. Учениця з особливими потребами має можливість отримувати такий же соціальний досвід, як і її здорові однолітки.

Спираючись на дворічний досвід роботи з підлітком з особливими потребами, педагоги та батьки дитини переконалися, що найсприятливішими умовами для виховання й навчання дівчинки є звичайна школа, де вона може успішно покращувати свої вміння та навички, товаришувати з ровесниками та почуватися в безпеці.

ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА – ПЕРСПЕКТИВА НОВА

Руда Т.О.

Комунальний заклад

Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр

«Кришталік»

м. Рубіжне

Важливим фактором розвитку сучасного суспільства є гуманне, турботливе й милосердне ставлення до дітей з особливими потребами, які мають певні труднощі у веденні повсякденного життя. Їхні проблеми завжди актуальні попри те, що держава намагається розв'язувати їх через адаптацію в суспільство. Відносини, що будуються на доброті й повазі, постійне співпереживання, співучасть, толерантність, – все це може допомогти та знайти своє місце в житті та адаптуватися у суспільстві дітям з вадами здоров'я. Треба пам'ятати, що такі діти дуже чутливі до слова, до похвали – це цінний засіб психологічної підтримки. Якщо стан здоров'я таких дітей в деякій мірі не залежить від педагогів, то емоційне самопочуття – в руках психологів, соціальних педагогів, учителів, вихователів. Терпляче ставлення, спокій та рівновага, мають стати спільниками людей, що працюють з дітьми які потребують особливої уваги. Важливо визначити співвідношення опіки, самопомоги й самостійності, бачити потреби кожної дитини. Дітям з особливими потребами потрібно прищеплювати впевненість та віру в можливість подолання фізичних вад, знайти свою сильну сторону, виявити і застосувати свої природні здібності, знайти себе в житті.

Інтегральний підхід до учня з особливими потребами: беручи до уваги його обмежені можливості, сприйняття його таким, яким він є, проявлення емпатії, повага як до особистості

дитини та симпатія – все це прояви душевної краси та сили, чинники справді людських, гармонійних взаємин, показники високого рівня особистісного розвитку, які мають бути “закладені” саме з ранніх шкільних років. Адже саме в процесі виховання і навчання формується справжня людина.

У сучасній світовій освітній політиці, як підтверджує аналіз науково-педагогічних джерел і міжнародних нормативно-правових документів, визначається кілька підходів до надання освіти дітям з обмеженими можливостями здоров'я. Основні з них:

- мейнстрімінг – (загальний потік) передбачає розширення соціальних контактів між дітьми з обмеженими можливостями здоров'я та їхніми однолітками;
- інтеграція – (цілий) зусилля, спрямовані на введення дітей з особливими освітніми потребами у регулярний освітній простір.

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

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

Комбінована інтеграція – для тих дітей, у яких психофізіологічний розвиток наближений до вікової норми, але їхнє навчання в умовах масового закладу обов'язково має супроводжуватися за допомогою відповідних фахівців, зокрема вчителя-дефектолога спеціального класу.

Часткова інтеграція – передбачає перебування дитини з обмеженими можливостями здоров'я серед своїх здорових однолітків у масовому навчальному закладі лише частину дня (найчастіше другу половину) та тимчасова інтеграція, за якої всі школярі спеціального класу (закладу) незалежно від стану психофізіологічного розвитку об'єднуються кілька разів на місяць для проведення спільних заходів.

На сьогодні найбільш поширеною формою навчання таких дітей є спеціальні загальноосвітні школи та школи-інтернати. У 2008/2009 навчальному році функціонували 385 спеціальних загальноосвітніх шкіл та шкіл-інтернатів з контингентом 48, 5 тис. осіб, у тому числі 47 спеціальних загальноосвітніх шкіл з продовженим днем, у яких здобували освіту, проживаючи в сім'ї, 4,8 тис. дітей з особливими освітніми потребами. Щороку в Україні зменшується на 1,5–2 тис. вихованців інтернатних закладів для дітей з особливими освітніми потребами, що пов'язано з їх інтеграцією у загальноосвітні навчальні заклади.

Разом з тим, урахуваючи світові тенденції розвитку освіти, в Україні все більшого поширення набуває спільна форма навчання та виховання дітей з особливостями розвитку та їх здоровими однолітками.

Та на жаль більшість загальноосвітніх шкіл України ще не мають змоги надавати дітям з особливими потребами відповідного ставлення та уваги. Засади навчального процесу у орієнтовані на дитину, яка нормально розвивається, без урахування особливостей психофізичного розвитку дітей з особливими потребами. Невідповідність форм і методів педагогічного впливу на таких дітей може створювати передумови для формування у них негативного ставлення до навчання, девіантної поведінки.

Важливу роль в досягненні гуманітарного, соціального та економічного розвитку осіб з особливими потребами відіграє інклюзивне навчання. Спільна освіта дітей з обмеженими можливостями та їх здорових однолітків є основою їхньої інтеграції та соціальної адаптації.

Інклюзивне навчання повною мірою не є альтернативою спеціальній освіті, проте воно значно розширює її можливості. Школи з інклюзивним навчанням мають працювати у тісному зв'язку із спеціальними загальноосвітніми навчальними закладами, використовуючи напрацьовані методики роботи з дітьми тієї чи іншої нозології, залучати до консультування спеціалістів із багаторічним досвідом роботи з такою категорією дітей. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває організація своєчасного системного психолого-педагогічного супроводу учнів з порушеннями розвитку.

Відповідно до Указів Президента України, доручень Уряду низкою розпорядчих документів міністерством визначені завдання органам управління освітою щодо створення умов для вільного доступу дітей з інвалідністю до приміщень навчальних закладів, здійснення контролю за врахуванням потреб дітей з обмеженими фізичними можливостями при будівництві, проведенні реконструкції та капітальних ремонтів будівель та приміщень навчальних закладів.

Разом з тим, впровадження інтегрованого та інклюзивного навчання потребує створення відповідного освітнього середовища, забезпечення наукового супроводу, створення навчальних програм, навчальної методичного забезпечення.

Ключовим фактором розвитку інклюзивної освіти має бути відповідна підготовка педагогів до роботи з дітьми з особливими потребами.

Успішне впровадження інтегрованого та інклюзивного навчання дітей з особливими потребами, потребує вирішення завдань на державному рівні, а саме: формування нової філософії державної політики щодо дітей з особливостями психофізичного розвитку, удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази у відповідності до Конвенції ООН про права дитини, реалізації та поширення моделі інтегрованого та інклюзивного навчання дітей у дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах.

Прийняття акта забезпечить батькам в більшій мірі вирішувати долю власної дитини.

Розроблення Концепції розвитку інклюзивної освіти викликано необхідністю вирішення важливих питань щодо забезпечення права на якісну освіту дітей з особливими освітніми потребами.

Приєднавшись до основних міжнародних договорів у сфері прав людини (Декларації ООН про права людини, Конвенцій ООН про права інвалідів, про права дитини), Україна взяла на себе зобов'язання щодо дотримання загальнолюдських прав, зокрема, щодо забезпечення права на освіту дітей з особливими освітніми потребами.

За оперативними даними, із 129 тис. дітей з особливими освітніми потребами, які інтегровані до загальноосвітніх навчальних закладів, 45 відсотків складають діти з інвалідністю.

Водночас, на сьогодні організаційно-методичні засади навчального процесу у загальноосвітніх школах орієнтовані на дітей з типовим розвитком, і не враховують особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами. Невідповідність форм і методів педагогічного впливу на таких дітей може створювати передумови для формування у них негативного ставлення до навчання, девіантної поведінки.

Успішне запровадження інклюзивного навчання дітей з особливими потребами, потребує вирішення завдань на державному рівні, а саме: формування нової філософії державної політики щодо дітей з особливими освітніми потребами, удосконалення нормативно-правової бази у відповідності до міжнародних договорів у сфері прав людини, реалізації та поширення моделі інклюзивного навчання дітей у дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладах.

Прийняття Концепції забезпечить батькам можливість усвідомленого вибору місця для здобуття дітьми з особливими потребами якісної освіти, допоможе уникнути численних проблем, що призводять до напруження і загострення міжособистісних стосунків, порушення родинних зв'язків, послаблення інституту сім'ї в цілому.

Метою розроблення Концепції є визначення пріоритетів державної політики у сфері освіти в частині забезпечення конституційних прав і державних гарантій дітям з особливими освітніми потребами, здійснення комплексної реабілітації таких дітей, набуття ними побутових та соціальних навичок, розвиток здібностей, втілення міжнародної практики щодо збільшення кількості загальноосвітніх навчальних закладів з інклюзивним навчанням, готових до надання освітніх послуг дітям з особливими освітніми потребами.

Шляхи розвитку інклюзивної освіти в Україні: удосконалення нормативно-правової бази, створення умов для безперешкодного доступу до навчальних закладів, починаючи з дошкільних, збереження єдиного освітнього простору, приведення системи освітньої роботи

у відповідність до потреб дитини, сім'ї, відповідна підготовка педагогічних кадрів до роботи з дітьми з особливими освітніми потребами.

Оцінюючи умови навчання дитини з особливими потребами в загальноосвітній школі, можна зробити не досить радісний висновок. Школи не готові. Школи де навчаються 500 та більше дітей не роблять акцент на індивідуальність, сімейні проблеми, стан фізичного здоров'я кожної дитини. Не в усіх школах є спеціалісти, що мають досвід та кваліфікацію роботи з дітьми, що мають фізичні вади. Якщо у звичайній школі буде навчатися хоча б 10 – 15 дітей з порушеннями фізичного розвитку, скоріше за все, що ці діти зіштовхнуться з цілим рядом проблем: дефіцит уваги, несприйняття колективом однолітків, замкненість, труднощі в навчанні. Педагогів, що працюють в інклюзивних школах треба перекваліфікувати, це можливо зробити маючи фінансові ресурси та час. Але чи зможе захистити школа дітей з особливими потребами від однолітків. Не секрет, що діти гостро критикують усе та усіх, що відрізняється від прийнятих норм: однокласника в окулярах, дитину, що має надлишок ваги. Чи зможе школа пояснити та виховати дітей так, щоб діти з особливими потребами комфортно почували себе у масовій школі.

Інклюзивна освіта – це нововведення в українській освіті, тому важливо зробити так, щоб наші діти не стали піддослідними цього експерименту. Спочатку треба створити умови, для навчання дітей з особливими потребами і тільки потім впроваджувати її в життя.

Список використаної літератури

1. Бондар В.І. Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі / В.І. Бондар, В.В. Засенко. – К., 2011. – 247с.
2. Борщевська Л.В., Зіброва А.В., Іванова І.Б. та ін. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами. – К.: Український інститут соціальних досліджень, 1999, – 79 с.
3. Гокіна Л. Організація психологічного супроводу дітей із відхиленнями у розвитку // Дефектолог. – 2007. – № 12.
4. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка: посібник [для вчителів початкових класів] / під ред. В.І.Бондаря, В.В.Засенка. – К., 2004. – 152 с.
5. Елен Р. Даніелс, Кей Стаффорд. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів. – Львів: Товариство «Надія», 2000. – 256 с.

ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАТИВНА ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ФУНКЦІЯ ТАНЦЮВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Руденко О.Е.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Розвиток сучасного суспільства детермінує повагу до людського розмаїття, встановлення принципів солідарності та безпеки, що забезпечує захист та повне інтегрування у соціум усіх верств населення, передусім – осіб з обмеженими можливостями здоров'я [1].

Одним із ефективних засобів поліпшення психологічного, емоційного та фізичного стану людини є танці, або танцювально-рухова терапія, яка виконує оздоровчо-рекреативну та реабілітаційну функцію.

Цю форму терапії можна успішно використовувати при всіх формах неврозів, дитячому аутизмі, порушення навчання, порушеннях опорно-рухового апарату, психічної

інвалідності або старечої деменції. Танцювальна терапія зазвичай застосовується як групова терапія, проте може застосовуватися і індивідуально [2].

В танцювальній терапії немає строго встановлених правил та визначених танцювальних рухів. Пацієнту надається повна свобода самовираження. Танцювальна терапія застосовується у цілях надання допомоги хворим людям. Лікування танцем можна застосовувати і в профілактичних цілях.

Вперше танцювальну терапію почали активно використовувати після закінчення Другої світової війни. Тоді великій кількості інвалідів та ветеранів війни була потрібна фізична і емоційна реабілітація. Танцювальна терапія стала застосовуватися в якості додаткового методу лікування стаціонарних пацієнтів. Багато хто з них не могли говорити, але могли танцювати. Великий внесок у розвиток цього виду терапії внесла Меріан Чейс, що працювала у вашингтонській лікарні Св. Єлизабет.

Великий вплив на розвиток танцювальної терапії зробила психоаналітична теорія, якою займалися такі вчені, як: Вільгельм Райх, Карл Юнг і Гаррі Стек Салліван.

Також існує біоенергетична теорія міцного зв'язку емоційних переживань і напруги м'язів. Вона була розроблена Вільгельмом Райхом і Олександром Лоуен. Її основна суть полягає в тому, що всі психічні травми людини заважають йому вільно висловлювати свої емоції. На підтримку цього м'язового затиску витрачається енергія. Після отреагування зовні вона починає вільно циркулювати по всіх частинах тіла.

Отже танцювальна терапія допомагає розвивати соціальні навички людей. Танцювальні рухи служать засобом зв'язку з оточуючими, дають людині можливість самовираження [3].

Відома практика широкого застосування танцювальної терапії в Америці (де вона і була створена) та інших країнах для підвищення рухової активності інвалідів з різноманітними формами епілепсії, дитячим церебральним паралічем (ДЦП), інвалідами-колясочниками, повернення їх до активної життєдіяльності. Цінність даного методу полягає в комплексній дії на організм:

- відновлення втрачених функцій
- підвищення рівню самооцінки
- освоєння різних методів розслаблення
- повернення віри в себе.

Як «працює» танцтерапія? Що вона може дати?

Наше тіло зберігає в собі пам'ять усього нашого життя, тих обмежень, які ми придбали і тих можливостей, які ми можемо використовувати. У кожного тіла є своя мова. Найчастіше, це дуже «тиха» мова - ледь помітний нахил голови, рідко усвідомлювані рухи пальців, на що ми просто не зауважуємо. У кожного тіла є свої «улюблені» (точніше, звичні) пози, жести, особливості ходи, що притаманні саме йому. На жаль, ми не звикли звертати уваги на цю мову. Одне з основних завдань танцтерапії полягає в тому, щоб навчити людину чути неповторний голос свого тіла.

Мері Вігман, німецька танцівниця і хореограф, засновниця танцювальної терапії, казала: «Танець - це жива мова, якою говорить людина. Танець вимагає спілкування прямого, тому що його носієм і посередником є сама людина, а інструментом вираження — людське тіло» [4].

На сьогодні медична модель інвалідності замінюється на нову модель - соціальну. Зараз у всьому світі користуються популярністю спортивні танці на візках. Ці танці були визнані як офіційний вид спорту на параолімпійських іграх [5].

Що про це кажуть українські паралімпійці, випускниці Університету «Україна» переможці змагань європейського та світового рівнів зі спортивних танців на візках.

Олена Чинка: «Танці – це моє життя! Вони дають мені силу жити, це моя реабілітація, підйом на одну сходинку вище над самим собою. Це робота над собою, коли вдається піднятися вище своїх проблем чи лінощів».

Ілона Слуговіна: «Танці на візках – це реабілітація для тіла та душі» [6].

Завдяки танцювальній терапії людина з інвалідністю розглядається не тільки як об'єкт реабілітаційних заходів, соціальної роботи, але й як активний об'єкт суспільного життя і творець своєї долі.

Список використаних джерел

1. Алла Колупаєва, Інститут спеціальної педагогіки національної академії педагогічних наук України, м.Київ, Україна. - Режим доступу: al-col@mail.ru <http://csnukr.in.ua/articles/147007.pdf>.
- 2.Режим доступу: http://medterms.com.ua/blog/tancjuvalna_terapija_likuvannja_tancjami/2014-05-29-2533.
3. Режим доступу: inmoment.ru.
4. Режим доступу: http://allref.com.ua/uk/skachaty/Tancyuvalna_terapiya_yak_metod.
5. Режим доступу: http://inva-gurt.blogspot.ru/2015/01/blog-post_31.html.
6. Режим доступу: <http://ifmc.vmurol.com.ua/news/id/88>.

КОНСУЛЬТАЦИОННАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С ТРУДНОСТЯМИ В ОБУЧЕНИИ

Сапрыкина Т.Г.

*ОП «Лисичанский педагогический колледж
ЛНУ имени Тараса Шевченко»
г.Лисичанск*

Коррекция обучения и развития школьников с особенностями физического и психического развития зависит от того, насколько удаётся вовлечь в этот процесс семью. Однако она осложняется тем, что значительная часть детей с трудностями в обучении воспитывается в неблагополучных семьях. Оздоровление условий воспитания детей в таких семьях требует решения многих проблем, которые выходят за рамки компетенции педагогов. Возможности их взаимодействия с такими семьями очень ограничены.

Действительная психолого-педагогическая работа с семьёй начинается там, где родители заинтересованы в воспитании ребёнка, но из-за недостатка знаний не понимают его проблем и занимают пассивную позицию или неверными способами углубляют имеющиеся проблемы.

Столкнувшись с проблемой трудностей ребёнка в обучении, родители реагируют по-разному, но им почти всегда не хватает информированности. Случается, что родители занимают агрессивную позицию по отношению к педагогу, обвиняя его в недостаточном внимании к ребёнку, непонимании его особенностей, необъективности оценивания его успехов. В подобных реакциях фактически проявляется неспособность родителей решить существующую проблему.

Однако и там, где родители стараются влиять на обучение ребёнка, они часто действуют ошибочно. Недостаточное понимание родителями действительных сложных причин, которые обуславливают нарушения формирования учебной деятельности ребёнка, приводит к тому, что они преувеличивают значение тех из них, которые лежат на поверхности явления. Так, часто они склонны к абсолютизации недостаточной мотивированности обучения как первопричины неуспеваемости. Этим объясняют и неорганизованность, невнимательность ребёнка.

Те родители, которые проявляют активность в борьбе за успеваемость ребёнка, видят свои задачи прежде всего в повышении требовательности к нему, в суровой регламентации его поведения.

Особенно сложной бывает ситуация, когда трудности в учении испытывает ребёнок с ослабленным здоровьем, тем более с задержкой психического развития, что и держит родителей в постоянной тревоге. Воспитание такого ребёнка – по-настоящему сложное дело, так как постоянно приходится искать равновесие между оберегающими действиями и посильными нагрузками, которые обеспечат ребёнку нормальное развитие и полноценное вхождение в жизнь. Если такое равновесие нарушается, возникает так называемая гиперопека, которая по сути является второй стороной того же авторитарного стиля родительского отношения, потому что предполагает активность взрослых и пассивность ребёнка как объекта опеки.

Поэтому педагогу, психологу важно иметь результаты широкого анализа семейной ситуации и воспитания, построение не только тактики коррекции обучения и развития ребёнка, но и позиции родителей в этом процессе.

На консультацию к психологу родители приходят уже с определённым опытом разочарований от собственных неудачных попыток изменить ситуацию на лучшее, а часто и с негативным отношением к учителю. Поэтому от встречи с психологом ожидают очень многого: сочувствия, понимания, поддержки их позиции в воспитании ребёнка и правоты в отношениях с учителем. Отсюда следует, что задачи психолога сложны: во-первых, сориентировать родителей в реальных обстоятельствах, дать им понять, что предстоит продолжительная работа с ребёнком, в которой они должны принимать активное, непосредственное участие. Во-вторых, психолог, внося свои коррективы в видение родителями проблемы, стремится сохранить их позитивное отношение к себе, поддержать их оптимистические прогнозы на перспективу коррекции и развития ребёнка.

Для успешности консультационной работы с родителями психическое развитие ребёнка целесообразно обследовать в их присутствии. Наблюдая этот процесс, родители наглядно видят те трудности, которые есть у ребёнка. Они убеждаются в том, что ребёнок не умеет концентрировать внимание, у него недостаточно знаний и представлений, которыми обычно владеют дети этого возраста, он не умеет сравнивать, видеть общее и различное, обобщать, то есть у него недостаточный уровень сформированности мышления. Всё это вносит первые коррективы в их взгляды на тактику помощи ребёнку в обучении.

Особой тактики требуют те случаи, когда интеллектуальное развитие ребёнка оказывается сниженным, что возникает вопрос о вероятности у него умственной отсталости. Понятно, что родители такой диагноз воспринимают очень болезненно, и он должен сообщаться им только тогда, когда не остаётся сомнений в его правильности. Поэтому психолог может ограничиться информацией о значительных недостатках в познавательной деятельности ребёнка, что родители также имели возможность наблюдать.

Следующим этапом консультирования является работа с родителями без присутствия ребёнка. Их стоит предупредить о необходимости не одной, а нескольких встреч, для того чтобы всесторонне изучить проблему. Психолог получает от родителей важную информацию о том, что их беспокоит в обучении, поведении ребёнка, в отношениях с ним, об их взглядах на воспитание. Отдельно выясняются история и условия развития ребёнка.

Практика консультирования родителей показывает, что не всегда бывает легко переубедить их в ошибочности тех или иных действий и взглядов. Особенно это касается родителей с выраженными авторитарными тенденциями и тех, проявляют гиперопеку детей. Вообще беседа, наблюдения психолога воспринимаются родителями с большим доверием, если он опирается на данные диагностического обследования. Поэтому использование специальных методик полезно для психолога, поскольку полученные результаты дают ему возможность быть более уверенным в своих выводах. На их основе с родителями обсуждается план дальнейшей коррекционно-воспитательной работы с ребёнком в семье и школе.

Организовать самих родителей для участия в коррекции развития ребёнка и его обучения, что требует длительных и систематических усилий – это очень сложная задача. И,

розробляючи програму корекційної роботи з ребёнком, важко погоджувати її з батьками, чітко визначаючи в ній їх роль.

Для обговорення успіхів і невдач ребёнка, внесення корективів в тактику педагогічної роботи з ним необхідно і в подальшому організувати періодичні спільні зустрічі батьків, вчителя і психолога.

Для батьків, зацікавлених в підвищенні своєї педагогічної компетентності, корисною була б організація постійно діючого семінара, де традиційні лекційні заняття могли б поєднатися з активними формами навчання в групі.

Показателем ефективності корекційної роботи з ребёнком є покращення його навчання, успішне засвоєння програмного матеріалу.

Література

1. Діти з затримкою психічного розвитку / Ред. Власова Т. А., Лубовський В. І., Цыпина Н. А. – М., 1984.
2. Івановська О. Г., Савченко С. Ф. Чому виникли труднощі шкільної адаптації у першокласників // Початкова школа, № 1, 1999.
3. Ілляшенко Т. Д. Чому їм важко вчитися? – Київ: «Видавництво «Початкова школа», 2003. – 128 с.
4. Рогов Е. І. Настільна книга практичного психолога в освіті. – М.: Владос, 1995.

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ТРУДНОЩІВ У ДІТЕЙ-ЛІВОРУЧОК В ПРОЦЕСІ ОВОЛОДІННЯ ГРАМОТОЮ

Севастьянова О.А.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

В Національній доктрині розвитку освіти України визначається, що основним завданням нової школи України ХХІ століття є формування культурної, гармонійно розвинутої особистості, здатної реалізувати свій інтелектуальний і особистісний потенціал. Завдання школи полягає в тому, щоб надати дітям можливість пошуку своєї індивідуальності, розвитку особистості. 1985 року в Луганську відбулася перша всесоюзна міждисциплінарна конференція «Охорона здоров'я ліворуких дітей», де було затверджено принцип дбайливого ставлення до ліворуких дітей і їхнє право на ліворуче письмо.

Ліворучість — не заганянка, не дивацтво окремої людини й не порок розвитку, а трохи інша організація роботи півкулі головного мозку, коли домінує права (у правшів — ліва) півкуля. Сьогодні про це знають, напевно, всі. Статистика свідчить, що з кожним роком кількість ліворуких людей на земній кулі збільшується. Сучасна педагогіка виділяє проблему навчання ліворуких дітей у школі та їх виховання у шкільному колективі та в родині. На даний час цією проблемою займаються такі учені, як А.П. Чупріков, М.М. Безруких, Т.А. Доброхотова, С. Спрінгер, Г. Дейч, М.Г. Князева, В.Ю. Вільдавський та ін. Проблема є однією із серйозних та актуальних. Хоча останніми роками школа відмовилася від практики переучування ліворуких дітей, це не вирішує проблему. Завдання вчителів і батьків — створити максимально комфортні умови для навчання та виховання ліворукої дитини з метою збереження її здоров'я й реалізації її можливостей і здібностей. У таких дітей значно більше часу іде на приготування уроків. Особливо важко їм виконувати письмові завдання. Рука на мізинці іде по рядку, звісно, закриваючи написане. Це нерациональний спосіб

письма. За такого письма частіше спостерігаються графічні й орфографічні помилки.[2,с.33] письма. Ліворуким дітям, які зазнали „переучування”, значно частіше доводиться відчувати шкільні „страхи”, пов’язані з невдачами у класі (колективі, групі), зауваженнями, доганами з боку дорослих (учителів, вихователів, батьків). Наслідками таких переживань у дітей стають прискорене серцебиття, астматичні приступи, посилене потовиділення, тремтіння рук, голосу, інколи їм сняться жахливі сни, пов’язані зі шкільними неприємностями. Брак відпочинку вночі позначається на загальній життєдіяльності дитини, її емоційному стані, з’являється роздратованість. Внаслідок переучування в дитини можуть виникати неврози у вигляді нав’язливих станів. Дитина не може позбутися думок про свою ліворукість, неповноцінність, постійно перебуває у стані тривожного очікування невдачі, що програмує подальші поразки й призводить до погіршення навчання.

У процесі вивчення кожного елемента літери не потрібно примушувати дитину самостійно шукати траєкторію руху, не можна діяти за принципом механічного копіювання. Важливо не лише роз’яснити, де починати, куди вести, де закінчувати, а й повторити цю інструкцію, щоб дитина змогла собі подумки продиктувати її за потреби. Можна разом із дитиною виконати і прокоментувати траєкторію руху в повітрі. Крім того, доцільно позначити точки початку руху (опорні точки), проаналізувати, з яких частин складається літера, побачити кожну частину, визначити точку початку руху і його траєкторію. Для кращого засвоєння написання літер можна використовувати картки для кожної літери, які дома можна покласти під скло на письмовому столі або наклеїти на картон і зробити таблицю написання літер, яку вкласти у файл. Бажано, щоб така таблиця увесь час була перед очима дитини. Інколи, якщо у дитини виникне бажання, можна допомогти їй виготовити власну книжечку-довідник із написання літер. Позитивні результати дає робота ліворукої дитини з алфавітною таблицею. Працюючи з такою таблицею по 5-7 хвилин щодня (обводячи через прозорий поліетилен прописні букви ручкою), дитина вже через короткий час досягає чудових результатів у оволодінні навичками письма. Під час опрацювання ліворукою дитиною кожного графічного елемента необхідно дотримуватися певної послідовності дій: пояснити, як пишеться графічний елемент (буква): з якої крапки починається рух, куди він спрямований, як змінюється траєкторія, де рух припиняється. У поясненні не має бути жодного незрозумілого або незнайомого слова. Необхідно показати зразок виконання руху, написання графічного елемента; виконання руху під диктовку в уповільненому темпі. Під час роботи звернути увагу на учня, а після її закінчення детально розібрати, чи все він виконав правильно.

Хочеться, щоб маленькі учні не мали жодних проблем в оволодінні секретами каліграфічного письма. Поки ще немає чіткої і однозначної відповіді на питання про те, що є причиною ліворукості і чим відрізняються праворукі і ліворукі люди. Одне безсумнівно - ліворукість не можна вважати причиною порушень або відхилень у розвитку, причиною знижених інтелектуальних і фізичних можливостей.

Література

1. Дідківська І. Ліворукі діти потребують постійної уваги і підтримки // Освіта України. – 2002. – 15 березня. – с.5
1. Николаева Е. И. Феномен леворукости: Выявление и обучение леворуких детей / Е. И. Николаева // Дошкольная педагогика. - Март-Апрель, 2004.
2. Сиротюк А. Адаптація ліворукої дитини в «праворукому» світі // Психолог. – 2002. – травень. – с.23-25.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Сергєєва І.Ю.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Сучасною наукою поняття методології (з грецьк. *tethodos* – шлях дослідження і *logos* – вчення) трактується як система найбільш загальних принципів, форм і методів наукового пізнання, головною особливістю якої є евристичний характер, тобто здатність забезпечити появу нових ідей у конкретних проблемних ситуаціях.

Існує думка, що в теоретико-методологічному розумінні будь-яка особа має певні відхилення від середньостатистичної норми і завдяки цьому явищу є самостійною, відмінною від інших особистістю. Кожен індивід має ті чи інші особливі потреби, до яких суспільство повинно пристосовувати свої зовнішні умови. При цьому повага прав особистості передбачає в той же час визнання прав суспільної спільноти. Цілком правомірно стверджувати, що за методологією, як основою практичних перетворень, мають виникнути нові методи та форми організації навчально-виховного процесу, принципові зміни у побудові системи супроводу дитини із психофізичними порушеннями, які створять умови для його переходу від основної концепції ретрансляції людського досвіду до ідеї творення особистості як носія культури та загальнолюдських цінностей.

Суттєвим також є витлумачення сучасною філософією у частині методології стосовно доповнення в осмисленні формалізованого апарату конкретних наук, а також вирішення проблеми теоретичних основ науки.

Методологічне дослідження сутності інклюзивної освіти дошкільників, які потребують корекції психофізичного розвитку, передбачає конкретизацію феномену інклюзивної освіти, глибшого розуміння етимології термінів «інклюзія», «інтеграція», визначення змісту і форм спільної взаємодії, аналіз цих понять і методів дослідження. Низкою міжнародних організацій ООН (Організація об'єднаних націй) – ЮНЕСКО (Організація об'єднаних націй з питань освіти, науки й культури, з іншими установами), ОБСЄ (Організація з безпеки та співробітництва в Європі), ЮНІСЕФ(дитячий фонд ООН) стверджується про те, що інклюзивна освіта є пріоритетним напрямком розвитку національних систем освіти та важливим фактором стійкого розвитку суспільства, що передбачає доступність якісної освіти для всіх дітей зі створенням однакових умов для спільного навчання на основі створення освітнього простору, який відповідає різним потребам. Зокрема, при вивченні умов включення в освітній простір дітей-інвалідів, консультація ЮНЕСКО (1988 р.) дійшла висновку, що «... з урахуванням обмеженості ресурсів, потреби у галузі освіти та підготовки осіб із психофізичними порушеннями не можуть забезпечуватись спеціальними закладами та центрами».

Зазначимо, що ЮНЕСКО дає найбільш універсальне трактування сутності «інклюзивна освіта» як процесу інтеграції дітей в загальноосвітній простір незалежно від їх статевої, етнічної та релігійної приналежності, попередніх навчальних досягнень, стану здоров'я, рівня розвитку, соціально-економічного статусу батьків тощо. Крім того, ЮНЕСКО всіляко підтримує ініціативи країн, спрямовані на вироблення національних стратегій та національних планів дій з інклюзивної освіти.

За твердженням ЮНІСЕФ, інклюзивна освіта – це така організація процесу навчання, за якої всі діти, незалежно від їхніх фізичних, психічних, інтелектуальних, культурних, етнічних та інших особливостей, включені в загальну систему освіти і навчання за місцем проживання разом зі своїми здоровими однолітками в одних і тих же загальноосвітніх закладах, які враховують особливі освітні потреби і надають своїм вихованцям необхідну спеціальну підтримку. Іншими словами, інклюзивна освіта – це навчання різних дітей в одній

групі, а не в спеціальній при загальноосвітніх закладах. Встановлено, що основними цінностями інклюзивної освіти є: право кожної людини на освіту; охоплення навчанням дітей із різним рівнем психофізичного розвитку; допомога у процесі навчання кожному вихованцеві; труднощі у навчанні у певних галузях чи в певний час; основна відповідальність навчально-виховного закладу, педагогів, батьків за дітей та співпрацю у навчанні; постійний супровід педагогів.

Сучасна теорія інклюзивної освіти поєднує кілька напрямків: філософську та педагогічну антропологію, аксіологію, етику, педагогічну деонтологію. Інклюзивне навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку, є вищим ступенем інтеграції, за якого усі навчальні заклади і вся освітня філософія пристосовуються до потреб усіх дітей (згідно наукових джерел та міжнародних документів). Як свідчить практика, у сучасних загальноосвітніх закладах, у тому числі й дошкільних, інтеграція означає, що дитина із психофізичними вадами має бути просто присутньою у них, внаслідок чого спостерігається відсутність повноцінної її участі в житті дошкільного навчального закладу. Інклюзія ж, навпаки, зосереджується на індивідуальних потребах вихованців, сприяючи повноцінній їх участі у всіх активних заходах через відповідне планування, диференціацію та кваліфіковану підготовку фахівців. Тобто, інклюзія – це процес, спрямований на перетворення дитячих садків на заклади з таким освітнім простором, який стимулює та підтримує не лише дітей, а й власних членів трудового колективу. У ході проведення феноменологічного аналізу інклюзивної освіти у дослідженні визначено її основні відмінності від інтегрованої освіти: адаптація освітнього середовища до індивідуальних особливостей дитини; доступність освіти для всіх вихованців; взаємодопомога, взаємопідтримка та взаємонавчання у процесі спільної діяльності не лише дітей, але й дорослих; особлива діяльність педагога щодо організації спільної діяльності дошкільників із різним рівнем психофізичного розвитку. Саме тому ці два терміни є спорідненими, але не рівнозначними, оскільки характеризують різний ступінь включення дітей з психофізичними вадами в освітню систему.

Література

1. Вісник проекту «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні». – жовтень 2009 – лютий 2010. – 35 с.
2. Концепція розвитку інклюзивної освіти. Наказ МОН України №912 від 1 жовтня 2010 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://osvita.ua>
3. Кузава І.Б. психолого-педагогічні аспекти організації дошкільної інклюзивної освіти / Напрями та перспективи інклюзивного навчання людей / за ред. Ю.Й. Тулашвілі. – Луцьк: ВМА «ТЕРЕН», 2013. – 264с.

ТРУДОВЕ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Сергієнко Н.В.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Особлива роль у корекційно-розвивальній роботі з дітьми, що мають порушення у фізіологічному чи психічному розвитку, відводиться трудовому навчання. Але корекційно-розвивальний ефект можливий лише за умови спеціальної організації трудового навчання, тобто якщо воно є корекційно спрямованим. Максимально можливий розвиток може бути досягнуто тільки при дотриманні ряду умов: застосування адекватної програми і методів навчання, що відповідають реальному віковому періоду і реальним можливостям дітей з

вадами розвитку та цілям їх виховання. Трудова діяльність є одним з важливих чинників виховання особистості.

Для учнів з відхиленнями в розвитку трудове навчання, як відомо, має первинне значення, оскільки в ході його:

- ✓ відбувається формування пізнавальної діяльності і особи в цілому;
- ✓ підвищується рівень соціальної компетентності;
- ✓ розширюються уявлення про професії;
- ✓ отримуються трудові (професійні) навички, які допоможуть надалі успішно адаптуватися в суспільстві.

В процесі трудового навчання педагогові необхідно враховувати не лише особливості, але і можливості кожного учня. Включаючись у трудовий процес, дитина докорінно змінює своє подання про себе і про навколишній світ. Радикальним образом змінюється її самооцінка. Вона змінюється під впливом успіхів в трудовій діяльності.

Особливу увагу необхідно приділяти формуванню загальнотрудових умінь у учнів; розвитку особових якостей, які будуть йому потрібні на будь-якому виробництві, у будь-якому колективі. У трудовій діяльності формуються нові види мислення. Внаслідок колективності праці учні одержують навички роботи, спілкування, співробітництва, що покращує адаптацію дитини в суспільстві.

Трудове навчання спрямоване на виховання художньої культури школярів, на розвиток їх потенційних можливостей і інтересів до народної творчості, її традицій і спадщини. Залучення дітей і підлітків до навчання народним ремеслам передбачає вирішення проблеми культурної спадкоємності, естетичного, художнього і морального виховання, професійної орієнтації. Різноманітність видів праці забезпечує різнобічну і активну роботу всіх аналізаторів. Тому учням треба дати якомога більшу кількість видів діяльності, щоб сформувати різноплановий досвід.

Під час трудового навчання необхідно звернути особливу увагу на знання і точне дотримання учнями правил безпечної праці, виробничої санітарії та особистої гігієни, навчання їх правилам безпечних прийомів роботи, ознайомленню із заходами запобігання травматизму, на уроках систематично вивчати та повторювати правила безпечного виконання кожної операції.

Включаючись в працю, учні вступають у відносини з предметами, засобами, результатами праці, самою працею, в міжособистісні стосунки з учасниками праці. На основі виникають у праці відносини формуються особистісні якості.

Формування відносин до предмета праці поглиблює екологічне, етичне виховання учнів, створює умови для розвитку естетичної культури особистості. Таким чином, воно сприяє гармонійному розвитку особистості, діяльність якої відрізняється творчим і творчою працею. Відносини до засобу праці виникають в результаті застосування технології, техніки, знарядь праці для обробки предмета праці, з метою створення виробу. На основі виникаючих відносин до засобу праці у дітей з особливими потребами формується дбайливе ставлення до інструментів, особистих речей, шкільного майну, суспільної власності. Ці відносини виявляються в акуратності, дисциплінованості, уважності.

Важливою умовою в трудовому навчанні та вихованні учнів з особливими потребами є забезпечення принципу наступності за роками навчання, сутність якого полягає у послідовному розширенні та поглибленні знань і практичних навичок. Програми з трудового навчання дітей з відхиленнями у розвитку повинні бути навчальними, виховувачими та носити чітко спрямований корекційно-розвиваючий характер:

- ✓ Забезпечити максимально можливу для даної дитини самостійність в побутовому і санітарно - гігієнічному обслуговуванні себе;
- ✓ Виробити позитивне ставлення до посильних видів праці, готовність до допомоги в господарсько-побутовій праці в сім'ї або спеціальній установі, уміння виконувати нескладні види цієї праці;

- ✓ Сформувати звичку і позитивну установку до певного виду праці протягом встановленого часу (2-4 години на день) у спеціальній майстерні, на пришкольній ділянці;
- ✓ За індивідуальних можливостей кожного навчити переключатися з виконання однієї знайомої операції на іншу, виконувати декілька взаємозалежних операцій послідовно;
- ✓ Дати можливість учням після закінчення навчання в деякій мірі матеріально забезпечувати себе, жити в колективі, по можливості соціально адаптуватися в суспільстві.

Також необхідно зазначити і певну ефективність програм з трудового навчання для дітей з особливими потребами, а саме:

- ✓ трудова соціалізація;
- ✓ здійснення вторинної соціалізації груп, виключених з громадського виробництва;
- ✓ самостійне відтворення технологічних і художніх елементів народної культури;
- ✓ забезпечення трудової і культурної інтеграції поколінь в місцевому співтоваристві;
- ✓ реалізація економічної ініціативи будь-якого громадянина в умовах платоспроможного попиту.

Отже, праця - головний вихователь. Необхідно допомогти дітям, що мають порушення у фізіологічному чи психічному розвитку, побачити в ньому джерело розвитку своїх здібностей і моральних якостей, підготувати їх до трудової діяльності та суспільного життя.

Завдання виховання працьовитості - одна з найважливіших у системі формування особистості. Саме в цьому полягає виховна сила праці, його моральна сутність, що завжди підкреслювали К.Д. Ушинський, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинський.

Трудове виховання охоплює ті аспекти виховного процесу, де формуються трудові дії, складаються виробничі відносини, вивчаються знаряддя і способи їх використання. Праця в процесі виховання виступає й як провідний чинник розвитку особистості, і спосіб творчого освоєння світу, набуття досвіду посиленої трудової діяльності в різних сферах праці.

Таким чином, можна зробити висновок, що праця дітей, що мають порушення у фізіологічному чи психічному розвитку, повинна правильно, педагогічно доцільно організована.

Література

1. Миронова С.П., Матвеева М.П. Реалізація індивідуального підходу до дітей з вадами інтелекту у процесі навчання. Кам'янець-Подільський К-ПРПУ. 2001.-28с.
2. Пашков О.Г. Праця як засіб виховання // Педагогіка, 1992, № 7-8 с. 3-10.
3. Харламов І.Ф. Педагогіка: Навчальний посібник. - 4-е вид., М.: Гардаріки, 2004, - с. 363-405.

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ МОВЛЕННЯ

Сидоренко Н.М.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Мова – соціальне явище, що існує незалежно від того чи іншого індивідуума. Розвиток людини – це складний процес поступового перетворення біологічного індивіда в соціальну істоту – особистість. Добре відомо, що без мовлення не буває людини. Психічні функції та здібності, людські форми поведінки, комунікація через мовлення не надані дитині

від народження. Вони формуються в перші роки життя під впливом цілеспрямованого виховання, навчання та умов життя в суспільстві. Процес розвитку дитини проходить у трьох напрямках: фізичному, когнітивному та психосоціальному. В нормі розвиток у цих трьох напрямках відбувається одночасно та взаємопов'язано. Для нормального розвитку дитини з перших місяців найважливішим є спілкування, у процесі якого малюк може опанувати людське мовлення, що відіграє головну роль як в діяльності дитини, так і в пізнанні навколишнього світу. Розвиток мовлення у процесі онтогенезу відбувається паралельно з фізичним і розумовим розвитком.

Усі психічні процеси у дитини - сприйняття, пам'ять, увага, мислення, цілеспрямована поведінка – постають за безпосередньої участі мовлення. У дитини з мовленнєвими вадами без своєчасних корекційних заходів може затримуватися темп інтелектуального розвитку. Формування мовлення, патологія або відхилення в розвитку, засоби відновлення мови є об'єктом вивчення логопедії, корекційної педагогіки, неврології а в останній час і медичної реабілітації. Відсутність мовленнєвого спілкування в сім'ї значно затримує безперервний і багатогранний процес соціалізації, що триває все життя людини з особливими потребами. Одне з важливих завдань спільних зусиль батьків та вихователів – рання та повноцінна допомога дітям з особливими потребами в набутті навичок усного та писемного мовлення, інтеграції їх у процес навчання, підвищення рівня незалежності в масовій школі та соціальному житті. Усіх батьків рано чи пізно починає турбувати питання правильного мовлення дитини. Вони мріють щоб малюк був здоровим, розумним і ставши дорослим досяг життєвих і професійних успіхів, прагнуть, аби він зростав вільним у спілкуванні та впевненим у власних можливостях. І чи не найсуттєвішою умовою для цього є оволодіння правильним мовленням. Лише тоді, коли дитина постійно чути чітко, виразне мовлення, вона навчиться правильно розмовляти, краще розумітиме мовлення оточуючих, легко передаватиме власні думки й бажання. У сім'ї дорослі розуміють дошкільника з півслова. І якщо навіть він має мовленнєві недоліки, ніякого дискомфорту у спілкуванні не відчуває. Проте для сторонніх часто виявляються незрозумілими спотворені, неправильно вимовлені дитиною слова. Таке мовлення ускладнює спілкування з ровесниками. Якщо ви помітили, що однолітки сміються над мовленням вашого малюка, спробуйте об'єктивно оцінити ситуацію. Не забувайте, що дитина може поступово усамітнитися, що дедалі більше затримуватиме мовленнєвий розвиток і негативно впливатиме на її характер. Вона може стати дратівливою, замкнутою, плаксивою.

Тому надзвичайно важливо своєчасно допомогти дитині у виправленні мовленнєвої вади. В процесі виховання дітей, які мають мовні порушення, батькам необхідно постійно обдумувати свою поведінку і свої позиції. Взаєморозуміння, взаємоповага батьків і членів родини грають важливу роль в профілактиці психогенних проявів у дітей, які мають патології мовлення. Батькам необхідно знати конкретно прояви дефектів мови, та умови їх повної компенсації. Порушення мови – збірний термін для позначення відхилень від мовної норми, прийнятому в даному мовному середовищі, повністю або частково перешкоджаючи мовному спілкуванню й обмежуючи можливість соціальної адаптації дитини. Як правило вони обумовлені відхиленнями в психофізіологічному механізмі мови, не відповідають віковій нормі, самостійно не перетворюються й можуть впливати на психічний розвиток.

Для їхнього позначення фахівцями використовуються різні, не завжди взаємозамінні терміни – розладу мови, дефекти мови, недоліки мови, недорозвинення мови, мовна патологія, мовні відхилення. До дітей з порушенням мовлення відносять дітей із психофізичними відхиленнями різного ступеня, що викликають ряд розладів комунікативної й пізнавальної функції мови. Від інших категорій дітей з особливими потребами їх відрізняють нормальний біологічний слух, зір і повноцінні передумови інтелектуального розвитку. Виділення цих ознак, що диференціюють, необхідно для їх розрізнення від мовних порушень у дітей з олігофренією, затримкою психічного розвитку, сліпих і слабозорих, дітей РДА, та інших.

Серед причин, що викликають порушення мови, розрізняють біологічні і соціальні фактори ризику. Біологічні причини – розвитку мовних порушень, являють собою патогенні фактори, що впливають головним чином у період внутрішньоутробного розвитку й пологів (гіпоксія плода, родова травма, та ін.) а також у перші місяці життя після народження. Мовні порушення, які виникли під впливом якого-небудь патогенного фактору, самі не зникають і без спеціально-організованої корекційно-логопедичної роботи можуть негативно позначитися на всьому подальшому розвитку дитини. В зв'язку з цим варто розрізняти патологічні мовні порушення й можливі мовні відхилення від норми, викликані віковими особливостями формування мови або умовами зовнішнього середовища.

Соціально-психологічні фактори ризику зв'язані головним чином із психічної депривації дітей. Негативний вплив на мовний розвиток можуть робити необхідність засвоєння дитиною одночасно двох мовних систем, зайва стимуляція мовного розвитку дитини, неадекватний тип виховання дитини, педагогічна занедбаність, тобто відсутність належної уваги до розвитку мови дитини (вихователя, вчителя, а особливо батьків) та дефекти мови навколишніх. У результаті дії цих причин у дитини можуть спостерігатися порушення розвитку різних сторін мови. Діти з порушеннями мови підрозділяються на ряд субкатегорій залежно від етиопатогенезу, клінічної форми мовного дефекту, глибини й системної поширеності мовного розладу, завдань, прийомів, і методів логопедичного впливу. Глибокі порушення різних сторін мови, що обмежують можливості користування спілкуванням, викликають специфічні відхилення з боку інших вищих психічних функцій, які ускладнюють картину мовного порушення дитини. Якісна специфіка й виразність таких відхилень вторинного порядку пов'язана з глибиною мовного розладу, а також зі ступенем зрілості мовної системи і інших вищих форм поведінки дитини до моменту дії патологічного фактору. Мовні порушення у дітей і підлітків розглядаються в різних аспектах: в аспекті локалізації поразки й психофізичної організації мовної діяльності (сенсомоторний рівень; рівень значень і змісту). На цій основі виділяється ступінь виразності ряду мовних дефектів. Такий підхід близький нейропсихологічному напрямку у вивченні мовних порушень і застосовується найбільш широко в комплексних дослідженнях дітей шкільного віку й підлітків; в аспекті етиопатогенезу, виділяються органічні і функціональні причини порушення й характерні симптомокомплекси мовних порушень. Цей підхід відбитий у клініко-педагогічній класифікації мовних порушень: порушення усного мовлення (дислалія, ринолалія, дизартрія, заїкуватість, тахілалія, брадилалія, афонія, алалія, афазія) та порушення писемного мовлення (дислексія та дисграфія).

Позитивним в цій класифікації є те, що вона будується на ознаках, що максимально диференціює види мовних порушень, що дозволяють логопедові на підставі комплексного підходу кваліфікувати дефект мови при різних формах аномального розвитку й здійснювати логопедичний вплив з максимальним обліком індивідуальних особливостей дитини. Діти з мовними порушеннями звичайно мають функціональні або органічні відхилення в стані ЦНС. Наявність органічної поразки мозку обумовлює те, що ці діти погано переносять жару, духоту, їзду в транспорті, довге хитання на гойдалці, нерідко вони скаржаться на головні болі, нудоту й запаморочення. У багатьох з них виявляються різні рухові порушення: порушення рівноваги, координації рухів, недиференційність рухів пальців рук і артикуляції рухів. Такі діти швидко виснажуються й пересичуються будь-яким видом діяльності. Вони характеризуються дратівливістю, підвищеною збудливістю, руховим розгальмуванням, не можуть спокійно сидіти, смикають щось у руках, бовтають ногами. Вони емоційно не стійкі, настрої швидко змінюються. Нерідко виникають розлади настрою із проявом агресії, нав'язливості, занепокоєності. Значно рідше в них спостерігається загальмованість і млявість. Як правило у таких дітей відзначають нестійкість уваги і пам'яті, особливо мовний, низький рівень розуміння словесних інструкцій, недостатність регулюючої функції мови, низький рівень контролю за власною діяльністю, порушення пізнавальної діяльності, низька розумова працездатність.

Робота логопеда з родиною, що виховує дитину з порушенням мовленнєвого розвитку, має на меті

- надати кваліфіковану підтримку батькам;
- допомогти близьким дорослим створити комфортне сімейне середовище для повноцінного розвитку дитини;

- створити умови для активної участі батьків у вихованні і навчанні дитини;
- формувати адекватні взаємини між дорослими і їхніми дітьми.

В основу роботи логопеда з родинами покладені наступні принципи:

- принцип комплексного підходу до організації корекційно педагогічного процесу. В роботі з дитиною та її родиною необхідна участь різних фахівців, таких, як психоневролог, дефектолог, психолог, масажист та ін. При цьому необхідні не тільки спостереження і консультації дитини різними фахівцями, але й їхнє спільне обговорення і «ведення» даної родини.

- принцип єдності діагностики і корекційно-педагогічного процесу. Обстеження дитини різними фахівцями проводиться з метою виявлення її актуального і потенційного рівнів розвитку, соматичного стану і визначення шляхів корекційно-педагогічної роботи у вигляді складання індивідуальної програми розвитку.

- принцип співробітництва між батьками і фахівцями, батьками і дітьми. Необхідно підкреслити, що батьки будуть шукати підтримку і допомогу фахівця, прислухатися до нього і слідувати його порадам тільки тоді, коли професіонал бачить у батьках не «об'єкт свого впливу», а рівноправного партнера по корекційному процесу. Так само відносини між логопедом і дитиною та батьками повинні будуватися за відомим принципом особистісно-орієнтованої педагогіки – на «рівні очей» дитини, використовуючи прийом «очі в очі».

- принцип врахування інтересів (принцип вирішення задачі через інтерес). Цей принцип застосовується в роботі як з дитиною, так і з батьками.

Так, батьки, звертаючись за консультацією, як правило хочуть, щоб дитині чим-небудь допомогли (наприклад, навчили говорити, зняли підвищене збудження). Фахівець не повинен говорити їм: «Він ніколи не навчиться цьому» або щось подібне. У цьому випадку батьки навряд чи захочуть продовжувати зустрічі. Тут необхідно дуже тактовно підійти до відповіді, сказавши, що і цьому буде приділена увага на заняттях, але тільки трохи пізніше. Згодом, в ході корекційно-педагогічної роботи, позиція батьків стосовно бажаного результату розвитку дитини стає більш адекватною.

- принцип ведучої діяльності. Розвиток дитини відбувається в рамках її ведучої діяльності, отже і співпраця дефектологів і родини повинна спрямовуватись на формування діяльності дитини відповідно до її віку, можливостей, інтересів.

- принцип онтогенетичного підходу. Передбачає спрямованість на гармонізацію особистісної структури дітей з особливими потребами за рахунок комплексного впливу на всі сторони психічного розвитку.

Форми роботи з батьками

1. Консультативно-рекомендаційна робота

Дана форма роботи фахівців включає первинне психолого-педагогічне обстеження, консультативні відвідування, повторні психолого-педагогічні обстеження.

На первинному психолого-педагогічному обстеженні за участю дефектолога, лікаря-психоневролога, психолога батьки одержують відповіді на цікавлячі їхні питання, що стосуються оцінки фахівцями рівня психічного розвитку дітей, можливостей їхнього навчання і т.д., і рекомендації з організації подальших умов виховання дитини.

В ході первинного прийому фахівцеві-логопеду варто звернути свою увагу на позицію матері стосовно дитини й особливостей його розвитку, на реакцію батьків на дитячі дії (вказівки, підтримка, байдужість та ін.).

Крім того, варто враховувати стан батьків (розгубленість, засмученість, скарги, пошук шляхів рішення проблем). Це важливо, тому що в різних випадках від фахівця потрібна по-різному побудована бесіда; це може бути тільки емоційна підтримка, співчуття, а також

розташування батьків до себе; можливо, батьки мають потребу в одержанні точної інформації про порушення, поясненні нормальності свого психологічного стану; або ж для них є необхідним спільне складання плану подальших дій.

Позитивним результатом первинної психолого-медико-педагогічної консультації вважається такий, коли батьки, прислухавшись до рекомендацій фахівців і відчувши можливість одержання реальної підтримки, повертаються до них ще і ще раз за допомогою.

При повторних консультаціях простежується динаміка психофізичного розвитку дитини, а також ефективність запропонованих при первинному відвідуванні рекомендацій.

При необхідності вносяться зміни в індивідуальні програми розвитку і курси лікування.

2. Лекційно-просвітницька робота

В ході корекційно-педагогічного процесу з батьками проводяться лекційні заняття, на яких вони одержують необхідні теоретичні знання з різних питань виховання дітей. При цьому на першій лекції батькам пропонується список тем із проханням відзначити ті з них, що найбільш їм цікаві, а також пропонується доповнити перелік тими питаннями, що не представлені, але важливі для них, тобто про що їм хотілося б довідатися.

За бажанням батьків можливе проведення ряду лекцій, присвячених медичним аспектам розвитку дитини. Для подібних лекцій запрошуються відповідні фахівці.

В ході лекцій батьки одержують відповіді на виникаючі питання, знайомляться із сучасною літературою, що розкриває зміст тієї або іншої проблеми. Лекції проводяться один раз на місяць. Відвідуючи їх, батьки не тільки здобувають знання, дані у певній системі, але й, знайомлячись один з одним, бачать, що вони не самотні, що є й інші родини, у яких вирішуються схожі проблеми. Це додає батькам упевненості, знімає напругу (що вони самотні, ніхто їх зрозуміти не зможе). Крім того, слухаючи питання інших, багато хто починає усвідомлювати свої проблеми і вже намагається задавати питання сам, намагаючись активно шукати вихід з власної життєвої ситуації.

3. Практичні заняття для батьків.

На практичних заняттях батьки одержують знання і навички з формування тих або інших умінь і навичок у дитини, наприклад, навичок самообслуговування, культурно-гігієнічних навичок, передумов формування образотворчої діяльності.

Найбільш зручною формою роботи з батьками є комбіновані заняття — лекція на певну тему, потім практичне заняття, що проводиться один раз на місяць, тривалістю до півтори годин.

Теми практичних занять майже завжди відповідають лекційним. Наприклад, по закінченні лекції «Іграшки. Роль, види, призначення. Критерії оцінки іграшки при покупці» батькам пропонується виготовити на задану тему яку-небудь іграшку. По закінченні роботи батьки розглядають вироби один одного, бачачи, як можна по-іншому зробити іграшку на цю ж тему. Або після лекції «Гра. Роль, етапи формування, види, організація гри в домашніх умовах» батькам пропонується організувати і провести яку-небудь гру, у ролі партнерів виступають інші батьки.

4. Організація «круглих столів», батьківських конференцій, дитячих ранків і свят.

Бесіди або «круглі столи» проводяться в невимушеній обстановці. Батьки знайомляться один з одним, розповідають про своїх дітей, їхні проблеми, бачачи, що їх розуміють, що інші також пройшли через подібний стан. Під час цих зустрічей батьки одержують корисну інформацію (наприклад, де оформити інвалідність дитини, які документи при цьому необхідні), а також окреслюють коло тих питань, на які ще не змогли одержати відповіді.

У підготовці і проведенні бесід і «круглих столів» бажана участь психолога, що допоможе розсадити батьків певним чином, направить бесіду в потрібне русло, підтримає в бесіді нерішучих батьків.

Бесіди проводяться і на індивідуальних заняттях і, як правило, носять особистісний характер. Фахівець–логопед, слухаючи маму, її сімейні проблеми, пропонує варіанти вирішення деяких з них. Як правило, подібні зустрічі батькам необхідні і з психологом.

Два рази на рік проводяться дитячі ранки (наприклад, Новий рік, «Мамине свято»). У їхній підготовці і проведенні беруть участь фахівці, музичний керівник, а також самі батьки. Такі свята важливі й у ході корекційно-педагогічного процесу, тому що батьки можуть побачити результати своєї праці, порадити за маля (свята проводяться в атмосфері радості і доброзичливості, доставляють дітям величезну радість).

5. Індивідуальні заняття з батьками та їх дитиною.

На індивідуальних заняттях фахівцем–логопедом вирішуються задачі індивідуальної програми роботи з родиною, при цьому здійснюється особистісно-орієнтований підхід, спрямований на виявлення, розкриття і підтримку позитивних особистісних якостей кожного з батьків, необхідних для успішного співробітництва зі своєю дитиною.

Диференційований підхід у процесі корекційно-педагогічної роботи виглядає в таким чином.

А) Батьки розгублені. На перших заняттях вони не здатні сприймати пояснення педагога, тому фахівець–логопед працює самостійно з дитиною, а маму просить письмово фіксувати весь хід занять. Спочатку від батьків потрібно лише повторювати вдома структуру заняття, копіювати дії логопеда і їхню послідовність, іноді переймаючи його поведінку, інтонацію. На початку наступних занять фахівець–логопед просить показати, як робили завдання вдома, що вийшло, і що не вийшло, в останньому випадку визначаючи (для себе) причину невдачі матері і змінюючи характер або вид завдання.

Б) Батьки скаржаться, або заперечують. З цими батьками перші заняття проводяться трохи інакше. Мамі пропонується участь в окремих епізодах заняття з дитиною: наприклад, у катанні машини, м'яча один одному, у проведенні рухливих ігор типу «Гусаки і пастух», «Горобці і кішка», «Сонечко і дощик», у схованки з дзвіночком. При цьому активно беруть участь усі троє: фахівець–дефектолог разом з дитиною (як одне ціле) і мама — навпроти (як партнер по грі). Через кілька занять фахівець пропонує помінятися місцями (встати мамі разом з малям). Дитина знаходиться спиною до дорослого, котрий охоплюючи маля руками, тримає його руки у своїх і виконує всі необхідні рухи разом з дитиною як одне ціле.

В) Батьки шукають шляхи рішення проблем. Вони готові почути дефектолога, зрозуміти його пояснення і виконувати завдання. Тому фахівець активно включає їх у проведення заняття, пропонує закінчувати почату їм вправу. Далі, пояснюючи її мету, він пропонує мамі самостійно виконати завдання. В випадку невдачі фахівець–дефектолог приходиться на допомогу, закінчуючи вправу з дитиною і пояснюючи причини невдачі.

6. Підгрупові заняття.

На завершальному етапі роботи з батьками логопедом проводяться підгрупові заняття, коли зустрічаються двоє дітей і їх мами. Фахівець–логопед організовує подібні заняття лише після того, як вдається сформулювати співробітництво мами зі своєю дитиною на індивідуальних заняттях.

Батьки, що виховують проблемних дітей, часто відчують утруднення під час прогулянок зі своєю дитиною. Конфліктні ситуації виникають як між дітьми, так і між самими дорослими. Буває, що батьки звичайних дітей незадоволені тим, що таке маля буде грати поруч з їх дитиною (недостатність інформації про проблемних дітей породжує в них страх). Батьки маляти з порушеннями психофізичного розвитку побоюються, як би не було конфліктної ситуації між їхньою дитиною й іншими дітьми, не знаючи, як вийти з неї або як її попередити.

З огляду на все це, необхідним є проведення підгрупових занять. Фахівець - логопед ставить своєю метою навчання батьків умінню налагоджувати співробітництво з іншою дитиною, дітей один з одним і дорослих між собою. У проведенні підгрупових занять бажана активна участь психолога.

Форми організації занять з дітьми раннього віку і їх близькими дорослими можуть бути різними. Необхідно тільки пам'ятати, що батьки є найбільш зацікавленими учасниками корекційного процесу. Його успішний результат буде залежати від багатьох причин, і не в останню чергу від того, наскільки правильно будуть побудовані відносини між фахівцями і батьками.

Спеціаліст повинен довіряти батькам, створювати умови для їхньої активної участі у вихованні і навчанні дитини, прислухатися до батьків, але й відстоювати власну обгрунтовану позицію, бути терплячим і коректним, впевненим і послідовним.

Література

1. Богуш А.М., Григоренко Г.І. Запрошуємо до розмови: Посіб. для роботи з дошкільниками. – К.: Освіта, 1997. – 152с.

2. Козявкіна Н., Козявкіна О., Бабадагли М., Пічугіна Т. Роль ранньої діагностики порушень розвитку мовлення у дітей із ДЦП // Дефектологія. - 2004. № 2 – с.27-32.

3. Тарасун В. Формування мовної особистості - новий напрям логопедичної роботи// Дефектологія. - 2007. № 4 – с. 3-11.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ПЛАВАНИЕ: ЗНАЧЕНИЕ, ПРЕИМУЩЕСТВА, МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ

Ситькова А.В.

ОП «Лисичанский педагогический колледж

ЛНУ имени Тараса Шевченко»

г.Лисичанск

Вода – колыбель жизни на планете. Нет другого такого вещества, чье значение для человека было бы так велико и находило бы столь разнообразное применение в его повседневной жизни.

Постоянное умелое и комплексное общение с водой имеет огромное значение для гармоничного развития детей и подростков. Это шаг к здоровому образу жизни! Хорошо известно оздоровительное влияние воды как естественного фактора. Водная реабилитация отражает единство взаимоотношения человека и водной среды как внутри организма, так и снаружи. Присутствие детей в плавательном бассейне при занятии плаванием приносят детям с ограниченными возможностями безудержный поток положительных эмоций.

Реабилитационное плавание – это опыт передачи двигательной, умственной, физической, соматической, духовной и волевой деятельности путем планирования, организации и проведения занятий в условиях водной среды для лиц с отклонениями в развитии.

Детский церебральный паралич – наиболее распространённая причина детской инвалидности. Данное заболевание характеризуется нарушением статики и моторики опорно-двигательного аппарата, которое вызвано поражением различных участков головного мозга ребёнка на ранних этапах его жизни.

Причины развития ДЦП:

- нарушения внутриутробного развития;
- внутриутробная гипоксия;
- родовая травма;
- ядерная желтуха;
- перенесённые инфекционные заболевания матери в первые месяцы беременности.

Клинические проявления заболевания выражаются в уменьшении силы и амплитуды произвольных движений. Повышаются сухожильные и надкостные рефлексы, иногда наблюдается ригидность мускулатуры и торсионная дистония.

Важно знать, что отсутствие адекватного и своевременного лечения приводит к тяжелейшим осложнениям, а именно, к неправильному формированию костей растущего организма и суставов.

Существует большое количество методик для реабилитации, но один из наиболее эффективных методов лечения - плавание для детей с ДЦП.

Многие десятилетия плавание активно применяется для восстановления двигательных функций детей, страдающих ДЦП.

Преимущества плавания:

- тренировка сердечно-сосудистой системы
- эффективное формирование опорно-двигательной функции рук и ног ребёнка
- появление чувства ритмичности и согласованности движений
- улучшение чувства равновесия
- правильная температура воды позволяет снять болезненное напряжение в мышцах и суставах
- улучшение кровообращения в сосудах и тканях организма.

Плавание для детей – это всегда радость, при этом приносящая невероятную пользу.

Вода – уникальная среда для проведения тренировок с детьми, которые страдают данным заболеванием. Она позволяет снять нагрузку с позвоночника, значительно уменьшить напряжение в суставах и мышцах, каждое движение ребенка в воде становится более лёгким и ритмичным.

В воде физические недостатки и неловкость движений скрыты от посторонних глаз, что позволяет занимающимся детям чувствовать себя более комфортно и делает их более раскованными.

Занятия плаванием имеют большое воспитательное (помогает ребятам стать дисциплинированными, собранными, смелыми, находчивыми, решительными) и оздоровительное значение. Правильно организованные занятия плаванием разносторонне и гармонично развивают человека, способствуют формированию силы, выносливости, ловкости, быстроты и др. качеств.

Чувство невесомости, которое возникает при нахождении в воде, способствует формированию навыков правильной ходьбы у людей с нарушениями двигательных функций нижних конечностей.

Невозможно передать словами, какие радостные чувства охватывают ребёнка, когда он осознаёт, что он способен стоять и передвигаться без посторонней помощи.

Всем известно, что двигаться в воде немного тяжелее, чем на суше из-за большей плотности водной среды. Это позволяет детям «прочувствовать» все движения в замедленном темпе, позволяя разнообразить арсенал восстановительных упражнений.

Большому количеству детей, страдающих ДЦП, вначале легче освоить плавание, укрепить свои мышцы при выполнении определённых упражнений в воде, а затем уже научиться ходить. Для развития мышц также полезен гидромассаж.

Для детей регулярно разрабатываются всё новые и новые эффективные методы гидрореабилитации.

Квалифицированный тренер, либо физиотерапевт обучает правильному поведению в водной среде, а именно: удерживать тело на воде, правильно двигаться и дышать, одним словом, делает всё для того, чтобы полученные двигательные навыки ребёнок смог в дальнейшем использовать и в повседневной жизни.

В вопросе реабилитации детей с ДЦП, нужно знать – чем раньше ребёнок начнёт заниматься плаванием, тем ему будет проще справляться в воде без посторонней помощи и гораздо выше вероятность добиться значительных результатов в краткие сроки.

Помните, что лечебные упражнения должны подбираться в индивидуальном порядке.

Детей, страдающих аутизмом, отличает замкнутость, они не идут на контакт со сверстниками. Однако многие из них обладают талантами в той или иной области культуры и искусства. Но их некомуникабельность не позволяет им развивать свои таланты.

Одним из средств развития физического состояния, коммуникабельности и социализации ребят, больных аутизмом, является плавание.

Плавание относится к без медикаментозной реабилитации деток-аутистов. Оно способствует улучшению физического состояния, способствует развитию умственных способностей и, как результат, поднимает социальный статус ребенка.

Занятия плаванием с ребенком, страдающим аутизмом, начинается со знакомства его с бассейном и преподавателем. Необходимо установить контакт ребенка с тренером. Зачастую дети-аутисты с опаской относятся к занятиям на воде. Необходимо запастись терпением и регулярно посещать занятия в бассейне. На первых порах необходимо присутствие родителей на занятиях. Как правило, маленький аутист привыкает к тренеру и к воде и с удовольствием посещает занятия. Главное избежать испуга ребенка на первых занятиях. В зависимости от тяжести заболевания, тренер выбирает оптимальную методику обучения. Необходимо правильно определить, какой стиль плавания ребенок освоит быстрее.

Посредством плавания укрепляются основные группы мышц, улучшается подвижность суставов. Немалую роль играет и закаливающий эффект плавания, укрепляя организм ребенка-аутиста в целом.

Таким образом, плавание необходимо ребенку-аутисту для улучшения физического и психического здоровья, а так же для скорейшей адаптации его среди сверстников и для дальнейшей социализации.

Список источников

1. Плавание як средство реабилитации. – Режим доступа : http://plavaem.info/plavanie-i-reabilitaziya_travm.php.
2. Реабилитационное плавание. – Режим доступа : <http://5element.ua/service/bassejny/reabilitacionnoe-plavanie/>
3. Реабилитационное плавание. – Режим доступа : <http://sportwiki>.

СОЦІОКУЛЬТУРНА ІНТЕГРАЦІЯ СТУДЕНТІВ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І ВИХОВАННЯ

Сліпецький В.П.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

Актуальність. За сучасних умов першорядного значення набуває стратегія гуманізації суспільних відносин у їх різних аспектах. Фізичне виховання різних груп населення і насамперед молоді є важливим чинником реалізації цієї стратегії, надаючи можливість здійснення соціокультурної інтеграції студентів з ослабленим здоров'ям та фізичними вадами. Це висуває на передній план дослідження потенціалу фізичної культури як засоба компенсаторського виховання, а також критеріїв здійснення такої інтеграції.

Означена проблематика розроблялася вітчизняними і західними дослідниками, серед яких насамперед слід назвати праці Е.Г. Булича [1], Дж. Бейла [3], К. Гайдемана, А.

Магльованого [2]. Як підкреслює Е. Кайнеман, «фізична культура і спорт є ідеальним полем соціальної інтеграції» [3, с.79].

Метою даної статті є розкриття можливостей фізичного виховання студентів віднесених за станом здоров'я до спецмедгрупи за умов становлення з притаманною їйму гіподинамією.

Насамперед слід зазначити, що постіндустріальні зрушення і відповідні трансформації українського соціуму впливають на якісні характеристики фізичної культури: вона демонструє множинність форм і засобів впливу на різні групи населення через телебачення, як наслідування тим, хто займається регулярно фізичними вправами, відвідує секції тощо. У спеціальній літературі ще недостатньо уваги приділяється тій обставині, що фізична культура і фізичне виховання як активний бік цієї культури є активними чинниками соціальних змін і перетворень. У цьому зв'язку виникає низка питань, пов'язаних з розумінням нових завдань, що сьогодні стоять перед фізичною культурою і спортом, адже функції останніх не збігаються з функціональними репрезентаціями індустріального зразка, хоча і мають певні спільні моменти.

Серед таких моментів слід насамперед назвати гіподинамію як антропологічну характеристику індустріальних і постіндустріальних соціумів. Слід зазначити, що погіршення стану здоров'я молоді у гіподинамічних суспільствах (а в Україні ще до цього слід віднести також і Чорнобильський синдром) вносить певні корективи у гасло «фізичної вдоскональності», що є модерним за своїм змістом та функціональними навантаженням. Сучасне фізичне виховання, насамперед серед студентської та учнівської молоді, має бути компенсаторним, сприяти процесам соціалізації молоді у активному і мобільному суспільстві.

У методологічному плані замість єдиного і універсального ідеалу фізичного розвитку, постіндустріальні соціуми на перший план висувають плюральні орієнтири та норми, що пов'язується із процесом індивідуалізації. На цей момент, зокрема, звертають увагу західні філософи та соціологи (Н. Еліас, Ю. Габермас, А. Гідденс), роблячи основний акцент на індивідуалізації соматичної культури [3, с.39].

Це, в свою чергу, має принципове значення для практики фізичного виховання, насамперед у вищій школі. Якщо традиційно медичні спецгрупи були своєрідною соціальною та культурною периферією вузівського спорту, то зараз, як свідчить світова тенденція, вони починають ставати осередками нових культурних та оздоровчих практик, сприяючи оздоровленню і окультуренню нації.

Якщо раніше спецмедгрупа переважно розглядалася як своєрідний ізолятор, відокремлюючи фізично розвинутих студентів від ослаблених, то сьогодні ця модель визнається не ефективною. Фізичне виховання є ефективним засобом формування солідарності, взаємодопомоги та відповідальності студентського колективу. Щоб здійснити цю апелятивну настанову слід розімкнути спец групу, допомогти подолати студентам сором і скутість (наприклад через зайву вагу тощо), прищепити їм дух змагання. Для цього фізичне виховання у спецмедгрупах необхідно поєднувати з різноманітними поза аудиторними спортивними заходами, де може здійснюватися соціокультурна інтеграція студентської молоді. Це можуть бути різні спортивні свята з рухливими іграми, конкурсами, розрахованими не стільки на демонстрацію фізичної кондиції, скільки на прояви між людської солідарності.

Виховання студентів, причому не тільки фізичне, це також і підготовка до групової діяльності, або командної роботи (team-work). Відкрита медична група як тимчасовий колектив, створений нібито для тимчасових цілей, може стати моделлю відносин у суспільному житті, якщо продумати систему фізичних вправ як ланцюг солідарної поведінки. У подальшому вважається за доцільне організацію для фізично ослаблених студентів короткострокових табірних зборів

Висновки. Впровадження комунікативно орієнтованого фізичного виховання дає змогу поєднати тілесне і духовне, що завжди становило серцевину гуманістичного спортивного руху, вагомий внесок до якого робить вузівська фізична культура. Комунікативний аспект в організації і практиці фізичного виховання дозволяє досягти розуміння, що не всі фізичні вади і дефекти можливо усунути, але можливо навчитися з ними жити повноцінним життям. Саме це є результатом і критерієм ефективності соціокультурної інтеграції засобами фізичного виховання.

Література

1. Булич Э.Г. Физическое воспитание для ослабленных детей. – М.: Высшая школа. 1986. – с. 23 – 46.

2. Мальований А.В. Медико-біологічні та педагогічні аспекти структурно-функціональної організації управління фізичним станом студентів спецмедгруп// Наук.-практ. конф «Фізична культура, спорт і здоров'я». – Дніпропетровськ, 1999.

3. Левків В.І. Використання засобів української народної фізичної культури у фізичному вихованні дітей та молоді: Дис.канд.наук з фізичного виховання і спорту: 24.00.02. – Львів, 1998. – 193с.

АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА У СОЦІАЛЬНІЙ ІНТЕГРАЦІЇ ОСІБ ІЗ ОБМЕЖЕННЯМИ У СТАНІ ЗДОРОВ'Я

Соколенко О.І.

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

м. Старобільськ

Науково-дослідний інститут фізичного виховання і спорту

м. Кремінна

Політичні, соціально-економічні, культурні та гуманістичні умови розвитку сучасного суспільства сприяють створенню рівних можливостей щодо реалізації індивідуальних здібностей та задоволення особистих потреб усіх громадян, зокрема осіб з обмеженнями у стані здоров'я.

Кожна держава відповідно до рівня свого розвитку, пріоритетів та можливостей формує власну соціальну та економічну політику щодо захисту прав та інтересів осіб з інвалідністю. Розвиток сучасного українського суспільства також характеризується посиленням уваги до проблем цієї категорії людей, особливо враховуючи той факт, що їх кількість постійно зростає внаслідок військових подій на Сході нашої держави.

Ухвалені нормативно-правові акти (Закони України: «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», 1991 р.; «Про реабілітацію інвалідів в Україні», 2005 р.; «Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю», 2009 р.; низка постанов Кабінету Міністрів України та указів Президента України). спрямовані на створення належних умов для медичного обслуговування, проживання, навчання, працевлаштування, пересування, самореалізації, матеріальної незалежності, відновлення соціального і правового статусу осіб з інвалідністю, що в результаті сприятиме їх всебічній інтеграції.

Одним із найбільш ефективних та доступних шляхів інтеграції в суспільство осіб з інвалідністю є адаптивна фізична культура (АФК).

Тому виникає потреба у розвитку адаптивної фізичної культури, тобто фізичної культури, адаптованої к особливостям людей, що мають порушення у розвитку й обмежені фізичні можливості. Для таких людей адаптивна фізична культура це могутній чинник соціальної інтеграції у суспільство.

Робота виконана згідно плану науково-дослідної роботи кафедри теорії і методики фізичного виховання Державний заклад «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка».

Наукові дослідження, що проводяться у напрямі АФК, переважно присвячені історичним, організаційним та педагогічним аспектам становлення та розвитку АФК як навчальної дисципліни та галузі соціальної практики (Т. Бегідова, С. Євсєєв та ін.); базовим положенням адаптивного фізичного виховання (Т. Круцевич, Н. Москаленко, Р. Чудна та ін.); окремим питанням адаптивного спорту (Г. Бойко, Ж. Козіна, А. Передерій, Є. Приступа та ін.); шляхи реалізації соціально-гуманістичних засад адаптивної фізичної культури в Україні досліджувала І. Когут.

Проте поза межами наукових розробок залишаються проблема значення адаптивної фізичної культури у соціальній інтеграції людей з обмеженнями у стані здоров'я.

Проведення комплексних досліджень у цьому напрямі приведе до подальшого вдосконалення АФК, що позитивно позначиться на рівні соціально-культурного і морального розвитку суспільства в цілому.

Метою нашого дослідження є визначення ролі адаптивної фізичної культури в соціальній інтеграції людей з обмеженнями у стані здоров'я, виходячи з якої надамо коротку характеристику адаптивній фізичній культурі та означимо місце адаптивної фізичної культури в соціальній інтеграції людей з обмеженнями у стані здоров'я.

Людина з обмеженим станом здоров'я має функціональні ускладнення в результаті захворювання, відхилень або недоліків у розвитку, у стані здоров'я, зовнішності, у наслідок не пристосованості зовнішнього середовища до їх потреб, а також будь якого упередження суспільства з відношення до себе. Тому, сучасне населення планети повинно усвідомити наявність інвалідів й необхідність надання для них нормальних умов життя.

У числі найважливіших напрямків роботи з даною категорією населення є адаптивна фізична культура (АФК) і спорт. Із цим явищем сьогодні пов'язані численні очікування в розвитку системи комплексної реабілітації інвалідів і перспективи забезпечення умов для всебічного розвитку осіб з відхиленнями в стані здоров'я.

Багато фахівців поняття «соціальна інтеграція» розглядають як процес засвоєння індивідом знань, досвіду, норм, цінностей, взірців поведінки, властивих певному суспільству, соціальній групі та включення особистості до системи соціальних зв'язків і відносин, необхідних для її становлення і життєдіяльності в суспільстві. Метою соціальної інтеграції є створення «суспільства для всіх», в якому кожен індивідуум зі своїми правами та обов'язками відіграє активну роль. Соціальна інтеграція є одночасно не тільки метою, а й засобом соціального розвитку суспільства.

На думку науковців – соціальна інтеграція осіб з обмеженнями у стані здоров'я – це складний процес, що потребує розробки методології і методики соціально-орієнтованої моделі роботи із зазначеним контингентом. Специфіка такого підходу викликає необхідність суттєвих змін у ставленні до осіб з інвалідністю, які потребують не тільки матеріальної, гуманітарної підтримки, заходів медичної, професійної, соціально-побутової реабілітації, а й належних умов для актуалізації своїх здібностей, розвитку особистих якостей і потреб у соціальному, фізичному, моральному і духовному самовдосконаленні [3, 8]. . Егорова Т. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: учеб. пособие / Т. В. Егорова – Балашов: Изд-во «Николаев», 2002. – 80 с.

Специальная педагогика / под ред. Н. М. Назаровой. – М.: Изд. центр «Академия», 2000. – 520 с.

Сутність поняття «соціальна інтеграція» полягає у створенні таких умов для саморозвитку людини, в результаті яких виробляється активна життєва позиція особистості. Цілісний, системний підхід дозволяє сформулювати багаторівневу структуру проблем соціальної інтеграції осіб з особливими потребами.

Одним із найбільш ефективних шляхів досягнення соціальної інтеграції, на думку багатьох фахівців [7, 9], є заняття фізичною культурою та спортом.

7. Историчні, організаційні та соціальні аспекти розвитку спорту інвалідів: навч. посіб. для студ. Вищих навч. закл. фіз. виховання і спорту / [С. Ф. Матвеев, Ю. А. Бріскін, І. О. Когут та ін.]. – К.: Асконіт, 2011. – 250 с.

9. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. Т. 1: Введение в специальность. История организация и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Сов. спорт, 2005. – Т. 1. – 296 с.

Треба зазначити, що велике значення у соціалізації інвалідів відіграє саме адаптивна фізична культура. Адаптивна фізична культура це соціальний феномен, мета якого полягає у налагодженні й закріпленні соціальних зв'язків людини, яка раніше мала обмежений доступ або зовсім не була включена у соціальний процес, залучення її до повноцінного життя, що наповнене новим змістом, емоціями, почуттями.

Адаптивна фізична культура – органічна частина загальної культури особистості й суспільства, сукупність матеріальних і духовних цінностей, які створюються і використовуються суспільством для соціалізації людей з особливими потребами.

Тобто, адаптивна фізична культура – це скоріше, не метод лікування, а спосіб переключення уваги інвалідів із хвороби на спілкування, активний відпочинок і розвагу.

Сучасна структура адаптивної фізичної культури за Т. Бегідовою [2] складається з: адаптивного фізичного виховання, що призначене для формування базових основ фізичної освіти; адаптивної рухової рекреації – для оздоровчого дозвілля, активного відпочинку, ігор, спілкування; адаптивного спорту – для вдосконалення і реалізації фізичних, психічних, емоційно-вольових здібностей; фізичної реабілітації – для лікування, відновлення і компенсації втрачених можливостей; креативних (художньо-музикальні) тілесноорієнтованих практик АФК – спрямованих на самовираження і оздоровлення своєї сутності через рухи, танці, музику, образ, інші засоби мистецтва і екстремальних видів рухової діяльності – спрямованих на подолання комплексів неповноцінності, задоволення потреб у стресі, профілактика депресії.

Всі ці види АФК тісно пов'язані між собою і виконують свої завдання на шляху навчально-відновлювальної роботи з особами, що мають вади в розвитку.

Л. Шапкова розглядає адаптивну фізичну культуру як частину загальної культури, підсистему фізичної культури, однією із сфер соціальної діяльності, що спрямована на задоволення потреб особистості з обмеженими можливостями у руховій активності, в становленні, збереженні й підтримці здоров'я, особистісного розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил, з метою покращення якості життя, соціалізації й інтеграції у суспільство [3].

Адаптивна фізична культура, на думку С. Євсеева, являю собою ширше поняття у порівнянні з лікувальною фізичною культурою й фізичним вихованням дітей, які мають відхилення у стані здоров'я. Вона включає в себе, крім названих спрямувань, адаптивний спорт, адаптивну рухову рекреацію, адаптивне фізичне виховання учнів і студентів спеціальних медичних груп загальноосвітніх навчальних закладів. Також виділяють креативні (художньо-музикальні) й екстремальні види адаптивної рухової діяльності [4].

У роботах вище означеного автора, розглядаються характеристики адаптивної фізичної культури з точки зору: взаємодії світосприймального, інтелектуального і тілесно-фізичного компонентів; як діяльності (та її значущих результатів) результатом якої є готовність людини з відхиленнями у стані здоров'я, включаючи інвалідів, до життєдіяльності.

Адаптивна фізична культура, на його думку це система вдосконалення й гармонізації усіх сторін та властивостей людини з відхиленнями у стані здоров'я (фізичних, інтелектуальних, емоційно-вольових, естетичних, етичних й ін.) за допомогою фізичних вправ, природничо-середовищних і гігієнічних чинників; як специфічний процес, результатом якого є оптимізація стану та розвитку людини у процесі комплексної реабілітації й соціальної інтеграції.

Завдання адаптивної фізичної культури саме й полягають у максимальному відволіканні від своїх хвороб й проблем у процесі змагальної або рекреаційної діяльності людей з обмеженням у здоров'ї, що передбачає спілкування, розваги, активний відпочинок та інші форми нормального життя.

У людей з відхиленнями у стані здоров'я, адаптивна фізична культура формує:

- усвідомлене ставлення до своїх сил у порівнянні з силами середньостатистичної здорової людини; здатність до подолання не лише фізичних але й психічних бар'єрів, що перешкоджають повноцінному життю;
- компенсаторні навички, тобто дозволяють використовувати функції різних систем і органів замість тих, що відсутні;
- здатність до подолання необхідних для повноцінного функціонування у суспільстві фізичних навантажень;
- потребу бути здоровим, як це може бути, та вести здоровий спосіб життя;
- осмислення необхідності особистісного вкладу у життя суспільства; бажання облагороджувати свої особистісні якості;
- збільшувати свою розумову та фізичну працездатність.

Одним із компонентів, або видом адаптивної фізичної культури є адаптивний спорт, що задовольняє потреби особистості у самоактуалізації, у максимально можливій самореалізації своїх здібностей, співставлення їх із здібностями інших людей, потреби у комунікативній діяльності й у соціалізації. При багатьох захворюваннях й видах інвалідності адаптивний спорт є, практично, однією можливістю задоволення одної з головних потреб людини – це потреба в само актуалізації та соціалізації.

Головним завданням адаптивного спорту є – формування спортивної культури інваліда, залучення його до суспільно-історичного досвіду у даній сфері, засвоєння мобілізаційних, технологічних, інтелектуальних та інших цінностей фізичної культури.

Таким чином, соціальна інтеграція осіб із обмеженнями у стані здоров'я засобами адаптивної фізичної культури забезпечує не лише зміцнення здоров'я, розвиток комунікативних здібностей, а й формування мотивів і розуміння корисності виконання фізичних вправ. Формування у осіб із обмеженнями у стані здоров'я необхідності у регулярних заняттях фізичною культурою та спортом сприятиме підвищенню їхнього рівня соціальної інтеграції та позитивно вплине на соціально-культурний і моральний розвиток суспільства в цілому. Подальшого розвитку потребує вивчення проблеми соціально-трудової адаптації та інтеграції інвалідів у суспільство.

Література

1. Бегидова, Т. П. Правовые аспекты адаптивной физической культуры / Т. П. Бегидова, М. В. Бегидов // Актуальные аспекты развития физической культуры и спорта инвалидов: Матер. заседания Совета по делам инвалидов при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания РФ; М., 22 апреля 2008 г. – М., 2008. – С. 82 – 86.
2. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура : учеб пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.
3. Егорова Т. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: учеб. пособие / Т. В. Егорова – Балашов : Изд-во «Николаев», 2002. – 80 с.
4. Історичні, організаційні та соціальні аспекти розвитку спорту інвалідів: навч. посіб. для студ. Вищих навч. закл. фіз. виховання і спорту / [С. Ф. Матвеев, Ю. А. Бріскін, І. О. Когут та ін.]. – К. : Асконіт, 2011. – 250 с.
5. Специальная педагогика / под ред. Н. М. Назаровой. – М.: Изд. центр «Академия», 2000. – 520 с.
6. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. Т. 1: Введение в специальность. История организация и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Сов. спорт, 2005. – Т. 1. – 296 с.

ДЕСТРУКТИВНІ НАСЛІДКИ ЗНЕВАЖЛИВОГО СТАВЛЕННЯ ОДНОЛІТКІВ ДО ДІТЕЙ З ООП, ЗАСОБИ ПРОТИДІЇ

Тетюра М.В.

Лисичанська загальноосвітня школа І-ІІ ступенів № 24

м.Лисичанськ

Одним із головних принципів сучасного суспільства є захист та інтеграція в соціумі усіх верств населення, в тому числі й дітей з особливими освітніми потребами (ООП). Поняття «діти з особливими освітніми потребами» охоплює всіх учнів, чії освітні проблеми виходять за межі загальноприйнятої норми. Загальноприйнятий термін «діти з особливими освітніми потребами» наголошує на необхідності забезпечення додаткової підтримки в навчанні дітей, які мають певні особливості в розвитку [4].

Діти з особливостями психофізичного розвитку поділяються за такими категоріями:

- З порушенням слуху (глухі, оглухлі, зі зниженими слухом)
- З порушенням зору (сліпі, що осліпли, зі зниженими зором)
- З порушенням інтелекту (умств відсталі, з затримкою психічного розвитку)
- З мовними порушеннями
- З порушеннями опорно-двиготельного апарата
- Зі складною структурою порушень
- З емоційно-вольовими порушеннями та діти з аутизмом

Основа інтеграції заснована на принципі доступності та дотриманні прав людини щодо рівного доступу до здобуття освіти всіма верствами населення. Комісією з прав людини була встановлена офіційна позиція щодо усунення дискримінації людей з ООП «Освіта має надаватися в межах можливого, у загальноосвітніх школах, без будь-якого вияву дискримінації стосовно дітей та дорослих інвалідів. Таким чином, у більшості випадків інвалідність сама по собі не є перешкодою, дискримінація – ось що перешкоджає дитині отримати освіту у загальній системі. В окремих випадках, відповідно до законодавчих норм, діти-інваліди зобов'язані відвідувати спеціальні школи, що є офіційною сегрегацією» [1].

Однією з вимог успішної соціалізації дітей з ООП в школі є інтеграція даної категорії дітей до колективу однолітків. Тому у педагогіку введено термін інклюзія і принцип інклюзивної освіти. Інклюзивна освіта - це система освітніх послуг, яка базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту і права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання в умовах загальноосвітнього навчального закладу. За ідеальних умов спілкування та співпраця з іншими дітьми сприяє когнітивному, фізичному, мовному, соціальному та емоційному розвитку дітей з особливими освітніми потребами. При цьому діти з типовим рівнем розвитку демонструють відповідні моделі поведінки дітям з особливими освітніми потребами і мотивують їх до розвитку та цілеспрямованого використання нових знань і вмінь. Взаємодія між учнями з особливими освітніми потребами та іншими дітьми в інклюзивних класах сприяє налагодженню між ними дружніх стосунків. Завдяки такій взаємодії діти вчаться природно сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей, вони стають більш чуйними, готовими до взаємодопомоги [2].

Нажаль у дійсності іноді відбувається цілком протилежна ситуація, діти з ООП не можуть адаптуватися до взаємодії зі своїми однолітками із-за причин зневажливого ставлення до них. Погіршує цю ситуацію факт, що педагоги іноді самі не толерантно ставляться до таких дітей, називаючи їх «неповноцінними», «відсталими». Все це деструктивно відображається на емоційному стані у класі, виникають міжособові розлади у спілкуванні однолітків:

- використання учнями прізвиськ у спілкуванні з однолітками.
- упереджене уявлення учнів, що певні верстви людей менш цінні для суспільства ніж інші із-за своїх вад у фізичному чи психологічному стані.

- дискримінація та неприйняття у класі дітей, що чимось відрізняються від основної маси учнів.
- залякування слабкіших однолітків та знущання над ними, як у фізичному так і у психологічному плані.

Потрапляючи у таке середовище діти з ООП випробують на собі всю тяжкість міжособових стосунків. Немаючи змоги повноцінного та конструктивного контакту з однолітками у соціальному житті діти починають замикатися та віддалятися від колективу, поведуться пасивно і нерухомо сидять, чи скитаються не знаючи куди себе діти, злякано спостерігають за оточуючими в очікуванні несподіваною загрози. Недовірливість - одна з головних причин, яка перешкоджає формуванню соціальних контактів у дитини, що навчається в умовах зневаги однолітків. З дитиною яка відчувала на собі погане поводження стає важко встановити контакт. Вона перевіряє на лояльність оточуючих і якщо відчуває до себе штучні, несправжні емоції то недовіра дитини тільки зростає. Не отримуючи близьких людських відносин, такі діти втрачають здатність формувати прихильність до когось-небудь або залежність від когось-небудь. Крім цього, страждає емоційне життя дитини, розвиток його самопізнання, соціальні навички, інтелектуальний розвиток та адаптаційні можливості[3]. У дітей розвивається емоційна нестійкість (великі коливання між негативними і позитивними емоціями), байдужість і репресивність, основними почуттями стають - гнів, лють, страх, хвилювання. Соціальним контактам з однолітками дитина надає перевагу комп'ютерним іграм, понурюючись у віртуальний простір де відчуває себе у безпеці, де може розкрити себе і вільно спілкуватися.

Запорукою включення дітей з ООП в соціальне життя є просвіта та навчання суспільства прийняття дітей такими як вони є, та усунення проблем міжособової комунікації:

- поповнення знань о міжособистих відносинах, толерантності, правилах поведінки;
- підвищення потреби у встановленні дружніх контактів однолітків з особливими освітніми потребами;
- подолання труднощів в налагодженні контактів однолітками з ООП, які обумовлені відсутністю знань о засобах взаємодії з ними;
- залучення ізольованих дітей в колективі до суспільного шкільного життя;
- тренування своєї поведінки при взаємодії з дітьми у яких є труднощі в спілкуванні;
- навчання помічати гідності дітей, та не акцентувати увагу на вадах;
- підвищення своєї обізнаності в питаннях вирішення проблем між особових стосунків;
- визнання рівності між усіма дітьми;
- виховання у дітей неприйняття проявів жорстокості та насилля;
- розвиток у собі здатності слухати та співчувати близькому;
- виключення відчуття переваги та почуття неповноцінності.

Отож основними задачами по інтеграції дітей з ООП до школи є виховання у них відчуття толерантності до ближнього, створення ситуації комфортного стану, надання змоги розкрити в собі свій внутрішній потенціал.

Література

1. Выготский Л.С. К психологии и педагогике детской дефективности // Основы дефектологии.- С-П, М.: Изд-во «Лань» 2003.- с.101-106.
2. <http://lib.iitta.gov.ua/7270/1>
3. <http://www.vosp.ru/nas/14.html>
4. <http://www.maam.ru/detskijasad/deti-s-osobymi-obrazovatelnympotrebnostjami.html>

АДАПТОВАНА КІНЕЗІОЛОГІЯ ДЛЯ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ В ДНЗ

Тищенко С.В.
ДНЗ № 8 «Світлячок»
м Лисичанськ

Кінезіологія є інноваційною здоров'язберігаючою технологією, що застосовується в інклюзивній практиці в умовах логопункту ДНЗ.

Найважливішою проблемою дошкільного дитинства на сучасному етапі є збільшення кількості дітей з мовною патологією. Побільшало дітей, які страждають на алалію, дизартрію, ринолалію. Зазначені діагнози супроводжуються порушеннями не тільки процесу формування всіх компонентів мовної системи, а й розвитку практично всіх психічних функцій.

Таким дітям особливо корисні кінезіологічні вправи - спеціально організовані рухи для оптимізації діяльності мозку і тіла. Завдяки спеціальним вправам, дитячий організм вчиться правильно координувати роботу лівої та правої півкуль мозку. Такі дії суттєво покращують взаємодію інтелекту малюка з тілом. Даний принцип дозволяє використовувати кінезіологію в дошкільній логопедії. Ця технологія належить до числа ефективних засобів корекції і допомагає досягненню максимально можливих успіхів у подоланні мовних труднощів у дітей в умовах інклюзивного навчання. Комплекс вправ, розроблений для малюків з проблемами мовлення, націлений на правильну постановку порушених звуків і доведення їх до автоматизму.

Вчитель - логопед проходить з дитиною всі етапи роботи над звуком: підготовка, постановка, автоматизація, диференціація і введення в самостійне мовлення. Доволі часто одного досвіду володіння методикою постановки звуків і бажання фахівця для успішного логопедичного впливу недостатньо: необхідно тривалий час утримувати інтерес дитини до корекційних занять, бажання навчитися правильно вимовляти звук.

На підготовчому етапі роботи над звуком особливого значення набуває робота над артикуляційною моторикою, правильною роботою органів артикуляційного апарату. Артикуляційні вправи доцільно замінити на біоенергопластику (з'єднання рухів артикуляційного апарату з рухами руки), яка значно прискорює виправлення дефектних звуків у дітей зі зниженими та порушеними кінестетичними відчуттями. Це пояснюється тим, що разом із працюючою долонею багаторазово підсилюються імпульси, які йдуть до кори головного мозку від язика. Артикуляційна гімнастика дається дітям нелегко, забирає багато енергії, вимагає посидючості і терпіння. Біоенергопластика, за умови додання до вправ ігрової ситуації, робить цей попередній «технічний» етап цікавим і результативним.

Проблема автоматизації і введення поставлених звуків в самостійне мовлення найбільш актуальна. Особливої актуальності вона набуває в умовах логопункту, де корекційна робота має деякі особливості, зокрема:

-незначний термін перебування дітей, які мають мовні порушення в умовах логопункту;

-велика кількість дітей-логопатів (в середньому 30 і більше);

-відсутність або недостатня допомога з боку батьків;

-нерегулярний контроль поставлених звуків вихователем.

Вчитель-логопед, який працює на логопункті, віддає перевагу тим методам і прийомам корекційного впливу, які в короткий термін формують самоконтроль виправлених звуків. Це підштовхує до пошуків як традиційних, так і нетрадиційних технологій в корекційній логопедичній роботі з дітьми. Скоротити терміни автоматизації і зробити результат правильної вимови стійким, допоможе кінезіологічний тренажер.

Автоматизація звуку на тренажері здійснюється в процесі різних маніпуляцій зі стрічками, тасьмою, олівцями, аплікаціями клавіш і візерунків. Даний прилад дозволяє дитині одночасно двома руками виконувати кінезіологічні вправи для розвитку дрібної

моторики, розвиваючи і зміцнюючи міжпівкульні зв'язки, і одночасно вимовляти склади або односкладові слова звуку, що підлягає автоматизації.

Ефективним в інклюзивному навчанні є застосування ще одного розділу кінезіології - перехресних вправ. Виконуючи прості вправи, дитина тренує півкулі мозку працювати дружно і злагоджено, а одночасне проголошення складів або односкладових слів звуку, що потребує автоматизації, робить процес корекції більш інтенсивним.

Із застосуванням даної технології, стало помітно, що процес автоматизації звуків здійснюється набагато швидше і сприяє створенню міцних стереотипів. Це особливо важливо, оскільки найбільш складним для логопедичної практики, є етап закріплення постановлених звуків.

Важлива роль в інклюзивній практиці відводиться роботі з розвитку дрібної моторики і координації рухів руки. Вправи для розвитку дрібної моторики можна урізноманітнити кінезіологічними вправами, які дозволяють активізувати міжпівкульну взаємодію. У процесі автоматизації звуку, на матеріалі складів або односкладових слів, можна використовувати такі прийоми: вимовляти склади і одночасно виконувати рухи пальцями рук. Наприклад: «Кулак-ребро-долоня-оплеск»: СА (к) - СО (р) - СУ (д) - СИ (о), «Пальці вітаються», «Гра на піаніно».

Фахівець вирішує одночасно два завдання: розвиває дрібну моторику і формує навик вимовного самоконтролю.

Дану систему роботи з розвитку звуковимовної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку можна ефективно використовувати від моменту виконання підготовчих артикуляційних вправ до автоматизації постановленого звуку в чистомовках і в невеликих віршованих текстах.

В даний час в роботі з дітьми-логопатами, зростає необхідність профілактики дисграфії і дислексії. Результативним профілактичним засобом є особливий розділ кінезіології - дзеркальне малювання. Цей цикл вправ складається із симетричних малюнків, які треба обводити одночасно двома руками. Малювання одночасно двома руками дозволяє покращити у дитини пам'ять, увагу, просторові уявлення, дрібну моторику, знижує стомлюваність, підвищує здатність до довільного контролю. Під час виконання цих вправ ефективно розвивається міжпівкульна взаємодія, яка є основою розвитку інтелекту.

Таким чином, інноваційні методи впливу в інклюзивній діяльності логопеда оптимізують процес корекції мовлення дітей, сприяють оздоровленню всього організму і стають перспективним засобом корекційно-розвиваючої роботи з дітьми, які мають порушення мовлення.

Література

1. В. Ф. Базарний. Здоров'я і розвиток дитини. М.: Аркто, 2005.
2. Деннісон П., Деннісон Г. Гімнастика мозку. Книга для педагогів і батьків. М., 1997.
3. Сиротюк А.Л. Корекція і розвиток інтелекту у дошкільнят. М., 2005.

Інтернет ресурси: <http://www.maam.ru/detskijasad/-kineziologicheskii-trenazh-r-igrovoe-posobie-dlja-razvitija-melkoi-motoriki.html>.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ТВОРЧОЇ УЯВИ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Ткаченко Ю.О.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Дітям з порушенням інтелекту непросто займатися трудовою діяльністю. Тим більше їм складно доводити почату справу до кінця. У зв'язку з цим перша важлива задача - сформуванню позитивну мотивацію трудової діяльності.

Процес трудового виховання тісно взаємопов'язаний з розвитком сенсорно - перцептивної сфери дитини з обмеженими розумовими можливостями. Для того, щоб навчити дитину того чи іншого прийому роботи, педагог - психолог повинен володіти величезним терпінням і діяти відповідно до принципу «покрокового» навчання, який включає в себе тривале відпрацювання кожного, навіть найменшого компонента трудового процесу. Важливо стежити за тим, щоб невдачі не відлякували дитини, а його самотійна робота над завданням зміцнювала впевненість в своїх силах і сприяла розвитку готовності займатися трудовою діяльністю.

На заняттях творчою працею в цікавій формі використовуються доступні види практичної діяльності, в позаурочний час виховуються і прищеплюються соціально - побутові знання, вміння і навички, необхідні для життя.

В ході цієї роботи у дітей формуються такі особистісні якості як працьовитість, відповідальність, наполегливість, почуття взаємодопомоги, бажання долати труднощі. Перехід до ускладненим формам ручної діяльності з використанням інструментів, удосконалює дрібну моторику рук.

Творча праця займає велике місце в системі реабілітаційної роботи. Тут дитина виступає в ролі творця чого - або нового, корисного і красивого.

Ці діти під керівництвом досвідчених педагогів можуть досягти великих успіхів у виготовленні м'яких іграшок, розписаних тарілок, композицій з природних матеріалів. Здійснюється зв'язок емоційних станів з конкретними ситуаціями, які можуть повторитися або зустрітися дитині в житті. «Програючи» стан через виріб, дитина моторно закріплює психоемоційний досвід, відпрацьовує механізм саморегуляції. На подібному рівні він тримає «себе в руках», вчиться адекватно виражати свої почуття.

Всі види самотійних творчих робіт дуже приваблюють хлопців, а їх виконання сприяє розвитку естетичного смаку, спостережливості, художнього бачення навколишньої дійсності, конструкторському, творчого мислення. Виготовлення конкретних виробів не повинно бути самоціллю, а має служити засобом розвитку творчих здібностей учнів.

Заняття творчою працею доставляють дітям радість, створюють позитивний емоційний настрій, сприяють розвитку творчості. У процесі творчої діяльності у дітей розвивається естетичне сприйняття, образні уявлення і уява, естетичні почуття (форма, колір, композиція).

Однак відбувається це не саме по собі, а за умови систематичного, цілеспрямованого і разом з тим тонкого і чуйного керівництва педагога, що враховує індивідуальні особливості кожної дитини.

Зміст і методика проведення, і організація гурткових занять повинні бути спрямовані на розвиток дитячої творчості. Для цього необхідно не тільки розвиток естетичного сприйняття, уяви, формування образних уявлень, а й оволодіння дітьми різноманітними способами виконання своїх робіт, що дозволяють передавати в них широке коло явищ і предметів.

Все це дає можливість дітям вільно висловлювати свій задум, викликає позитивне емоційне ставлення до занять, спонукає до творчих пошуків і рішень. Такі заняття повинні бути спрямовані на формування активності самотійності дитини, оволодіння їм узагальненими способами дії. Все це розвиває творчі можливості дітей.

Творча уява дитини з особливими освітніми потребами спирається на конкретну дійсність і не може від неї відірватися. Щоб уявити, наприклад, тропічний ліс, або будь - якого, звіра з жарких країн, треба подивитися картину, а не тільки вислухати розповідь про них.

У дітей з особливими освітніми потребами творчу уяву надзвичайно важливо розвивати. Вони повинні уявити собі не тільки те, що існує або існувало, а й те, що не було.

Завдання в цьому віці полягає в тому, щоб навчити дітей переходити від казкових, фантастичних образів до реальних, життєвих образам.

Творча уява розвивається при виконанні таких завдань, які пов'язані з власними «вгадками» і «відкриттями» дітей, наприклад, при творі на вільну тему і так далі.

Дитина уявляє себе героєм космосу, в своїй уяві він летить на іншу планету. Це вже не ситуація казки, а ситуація мрії, яка надзвичайно близька до дійсності, вона цілком може здійснитися. Така мрія - часто підготовка до майбутньої діяльності. Перед дитиною відкривається світ надзвичайної і в той же час цілком досяжного. Дитині хотілося б стати героєм, що чинять чудові подвиги, вона не може цього поки що зробити в своїх мріях наша дійсність переконує його в тому, що всі мрії рано чи пізно збуваються.

Добре, коли діти обговорюють прочитане, на класних зборах або просто ввечері, у вільний час. До їх висловлювань треба прислухатися. Ні в якому разі не слід нехтувати їх мрійливих суджень. Навпаки, слід всіляко підтримувати і заохочувати таких дітей з особливими освітніми потребами в їх прагненні здійснювати великі справи. Однак тут необхідно мати відоме терпіння і педагогічний такт для того, щоб вміло керувати уявою підлітка.

Уява дитини змінюється з віком. Воно стає більш реалістичним і критичним. Проте пристрасть до романтичного не проходить. Але ця романтика вже пов'язується не стільки з абсолютно незвичайним, скільки з тим, що є новим, чудовим, але цілком доступним в умовах нашої дійсності. Світ фантазії стає більш підкріпленим світом дійсності. А якщо взяти до уваги ті абсолютно незвичайні успіхи, які робить наука в наші дні, то такий розвиток уяви повністю виправдано.

Інтерес дитини до найрізноманітніших видів творчої діяльності літературної, театральної, образотворчої, конструкторської - стимулює розвиток творчої уяви. Особливо сильно і своєрідно проявляється творча уява в створенні образів майбутнього, разом про великі життєві цілі.

Література

1. И.А.Коробейников «Особенности социализации детей с легкими формами психического недоразвития: Дис.док.псих.наук», М.,1997 г.
2. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии/ под.редакцией Б.П.Пузанова/, М.: Издательский центр, «Академия», 1998г.
3. В.Г.Петрова, И.В.Белякова «Кто они, дети с отклонениями в развитии», М.:Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Ткачук Н.О.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Важливе місце у підготовці дітей з особливими потребами до інтеграції в соціальне середовище займають питання їх реабілітації. Соціокультурна трансформація сучасного українського суспільства тісно пов'язана з розширенням сфери соціальної політики, одним із пріоритетів якої є забезпечення повноцінного функціонування суспільства, яке неможливе без створення умов для самореалізації кожної окремої людини. Об'єктами такої політики на сьогодні дедалі більше стають різноманітні групи населення, що потребують специфічних підходів та методів роботи. Процеси реформування соціального, економічного, культурного

та політичного життя в Україні сприяли загостренню проблем невідповідності прав та можливостей окремих членів та груп суспільства. Діти з особливими освітніми потребами часто не можуть адаптуватися до суспільних змін, інтегруватися у соціум. Відповідно, існує потреба в соціальній реабілітації та відновленні означених функцій таких малюків.

Ці положення знайшли відображення у Законі України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам», в Указі Президента України «Про додаткові заходи щодо посилення соціального захисту інвалідів та проведення в Україні Року людей з інвалідністю», у Національній програмі «Діти України», в яких рання реабілітація дітей з особливими психофізичними потребами розглядається як проблема національного значення, що потребує першочергового розв'язання.

Серед науковців дана проблема знайшла висвітлення у дослідженнях Д. Вернер, Л. Вакуленка, Т. Добровольської, В. Мурзи, В. Мухіна, Н. Шабаліна, М. Шведа та ін. [1].

Соціальна політика в Україні, яка зорієнтована на інвалідів, дорослих і дітей, будується сьогодні на основі медичної моделі інвалідності. Виходячи з цього, інвалідність розглядається як хвороба, патологія. Така модель вільно чи невільно послаблює соціальну позицію дитини-інваліда, знижує її соціальну значущість, обособлює від «нормального» дитячого товариства, збільшує її нерівний соціальний статус, прирікає її на призначення своєї нерівності, неконкурентоспроможності у порівнянні з іншими дітьми. Медична модель визначає і методику роботи з інвалідом, яка має патерналістський характер та припускає лікування, трудотерапію, створення служб, допомагаючих людині вижити, завважимо — не жити, а саме вижити. Наслідком орієнтації суспільства та держави на цю модель є ізоляція дитини з обмеженими можливостями від суспільства у спеціалізованому навчальному закладі, розвиток у неї пасивно-утриманських життєвих орієнтацій. Такий підхід несе в собі дискримінаційну ідею, виявляє відношення суспільства до інвалідів як соціально непотрібній категорії. Традиційний підхід не вичерпує усю повноту проблем тої категорії дітей, про яку йде мова. У ньому яскраво відображений дефіцит бачення соціальної сутності дитини. Проблема інвалідності не обмежується медичним аспектом, вона в найбільшій мірі є соціальною проблемою нерівних можливостей. Така думка змінює підхід до триади «дитина — суспільство — держава». Сутність цієї зміни полягає у наступному:

- головна проблема дитини з обмеженими можливостями полягає у порушенні її зв'язку зі світом, в обмеженій мобільності, недостатності контактів з однолітками та дорослими, в обмеженому спілкуванні з природою, недоступності низки культурних цінностей, а іноді і елементарної освіти. Ця проблема є слідством не тільки суб'єктивного чинника, яким є стан фізичного і психічного здоров'я дитини, але і наслідком соціальної політики та сталої суспільної свідомості, які санкціонують існування недоступного для інваліда архітектурного середовища, громадського транспорту, соціальних служб;

- дитина, яка має інвалідність, може бути такою ж здібною та талановитою, як і її одноліток, який не має проблем зі здоров'ям, але виявити свій талант, розвинути його, приносити за допомогою його користь суспільству їй заважає нерівність можливостей;

- дитина — не пасивний об'єкт соціальної допомоги, а людина, яка розвивається, яка має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості;

- держава повинна не тільки надати дитині, яка має інвалідність, певні пільги та привілеї, вона повинна піти назустріч її соціальним потребам і створити систему соціальних служб, що дозволяють б згладжувати обмеження, які заважають процесам її соціалізації та індивідуального розвитку [2].

Виділяють три сфери, в яких відбувається процес становлення особистості: діяльність, спілкування, самосвідомість. У діяльності особистість має справу з освоєнням все нових і нових її видів, що передбачає орієнтування в системі зв'язків, присутніх у кожному виді діяльності і між її різними видами. Мова йде про особисто значущу домінанту, тобто про визначення головного, зосередженні уваги на ньому. У діяльності відбувається освоєння нових соціальних ролей і осмислення їх значущості.

Включення дітей з обмеженими можливостями в соціальну діяльність є процес, в ході якого відбувається наступне:

- вироблення критеріїв, що визначають вибір діяльності;
- формування свого ставлення до діяльності та участь в ній;
- придбання досвіду діяльності.

Найбільші труднощі для дітей з обмеженими можливостями має рішення першого завдання, тому що в них обмежені можливості як вибору, так і способів його здійснення. Соціальне самовизначення дитини залежить від реалізації двох найважливіших умов. Першим з них є забезпечення включеності дітей з обмеженими можливостями в реальні соціальні відносини, тобто виникнення у них особистісного ставлення до діяльності, що несе в собі об'єктивний і суб'єктивний компоненти.

Другою умовою є самореалізація дітей в процесі соціальної взаємодії. Ці умови передбачають надання можливості дитині більш повно розкрити себе у відносинах з оточуючими. Важливою стороною, що забезпечує соціалізацію дитини, є спілкування.

Третьою умовою соціальне реабілітаційне самопізнання особистості, яке передбачає становлення в людині «образу власного Я», що виникає у нього не відразу. Цей образ складається протягом усього життя людини під впливом численних соціальних впливів. Найбільш поширена схема самопізнання свого «Я» включає три компоненти: пізнавальні (знання себе); емоційні (оцінка себе); поведінкові (відношення до себе). Процес соціальної реабілітації передбачає єдність змін всіх трьох означених сфер [3].

Інвалідність призводить до обмеження життєдіяльності дитини, її соціальної дезадаптації, обмеження здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, спілкування, майбутньої трудової діяльності внаслідок відхилень у фізичному та психічному розвитку. Система навчання цих дітей не досконала. У зв'язку з цим треба вирішувати комплекс соціальних та психолого-, медико-педагогічних проблем із соціальної орієнтації таких дітей.

Література

1. Колупаєва А. Інклюзивна освіта в контексті реалій сьогодення [Електронний ресурс] / А. Колупаєва. - Режим доступу: [Http://slovyanochka.at.ua/publ/inkluzivna_osvita_v_konteksti_realij_sogodennja/-1](http://slovyanochka.at.ua/publ/inkluzivna_osvita_v_konteksti_realij_sogodennja/-1)
2. Мирошніченко Н.О. Основні підходи здійснення соціальної політики стосовно інвалідів / Соціалізація особистості: [зб. наук. праць / за заг. ред. проф. А. Й. Капської]. – Т. XXVII. – К. НПУ, 2006. – С. 92-103.
3. Снігульська В. Психолого-соціально-педагогічні аспекти інклюзивної освіти: за і проти / В. Снігульська // Дефектолог. – 2010. – № 3. – с 6-9.

ПРОБЛЕМА ВИЗНАЧЕННЯ ДИТЯЧОЇ ШИЗОФРЕНІЇ

Утешева Т.К.

Комунальний заклад

Навчально-виховний комплекс

«Гарант»

м. Лисичанськ

Прогноз шизофренії у дітей значно менш сприятливий, ніж у дорослих. На сьогоднішній день як зарубіжними, так і вітчизняними авторами відзначається зростання захворювань на шизофренію у молодшому шкільному та підлітковому віці. Тим часом робіт по психологічному вивченню емоційної та когнітивної сфери у дітей хворих на шизофренію небагато. Таким чином, актуальність обраної теми полягає у соціальній значущості проблеми

розробки та апробації адекватного диференційно-діагностичного комплексу, спрямованого на своєчасне виявлення у дітей ознак спотворення особистості та мислення за шизофренічним типом.

Шизофренія (у перекладі з давньогрецької - розколую розум) - поліморфний психічний розлад або група психічних розладів, які пов'язані з розпадом процесів мислення та емоційних реакцій.

Раніше терміном «дитяча шизофренія» позначали різноманітні розлади, які не мали між собою нічого спільного, за винятком важкого і хронічного прояву симптомів у ранньому дитинстві. Шизофреніками нерідко називали також дітей, що мають прикордонні симптоми, або зовсім не мають психотичних симптомів, у яких, за сучасними стандартами, слід було б діагностувати аутизм або інші важкі розлади, викликані порушеннями розвитку. Нижче наведемо декілька факторів, що відрізняють дитячу шизофренію від синдрому раннього дитячого аутизму:

- Поява проблем в більш пізньому віці.
- Менш серйозне порушення інтелектуального розвитку.
- Менш серйозне порушення соціальної взаємодії і розвитку мови.
- Поява галюцинацій і марення в міру дорослішання.
- Наявність періодів ремісій і рецидивів.

Шизофренія має тенденцію до хронічного перебігу і нерідко веде до значної зміни особистості, дефектів мислення, розладів емоційно-вольової сфери.

Шизофренічний процес у дитячому та підлітковому віці тісно пов'язаний з критичними періодами, кожний з яких відрізняється своєю специфікою, накладає свій відбиток на симптоматику захворювання, його перебіг і прогноз. Організм дитини в момент захворювання знаходиться в процесі формування, тому в клінічній картині переважають симптоми порушення психічного і соматичного розвитку. Мозок дитини через незавершеність онтогенезу часто відповідає на дію шкідливих чинників більш явними реакціями, ніж мозок дорослого, що обумовлює значну генералізацію шизофренічного процесу. Цим пояснюється більш важкий перебіг шизофренії у ранньому дитячому віці.

Початкові стадії шизофренії можуть виявлятися в тому, що дитина може відчувати проблеми, пов'язані з концентрацією уваги, порушенням сну, зниженням мотивації до навчання, униканням спілкування. Розвиток хвороби може характеризуватися незв'язною промовою; крім того, дитина може почати бачити або чути те, чого не бачать і не чують оточуючі. Слідом за періодами поліпшення можуть наступати важкі рецидиви, які характеризуються нескладним мисленням, коли дитина починає перескакувати з однієї думки на іншу без будь-якого логічного зв'язку. При дитячій шизофренії можливі також галюцинації, параноя і марення. Протягом психотичних фаз хвороби діти, які страждають на шизофренію, можуть бути переконані в тому, що вони володіють надлюдськими здібностями, або що якісь люди постійно стежать за ними. Під час психотичного нападу хворий може проявляти схильність до агресії або суїциду. У 70% випадків у хворих на шизофренію виявляються симптоми інших захворювань, в більшості випадків - поведінкові розлади або депресії.

При діагностиці необхідно враховувати, що шизофренія може проявлятися по-різному в залежності від віку. Марення, галюцинації і порушення дитячого логічного мислення зустрічаються вкрай рідко і практично не піддаються діагностиці у віці до семи років. Іноді складно провести межу між такими патологічними симптомами, як марення і звичайні фантазії, викликані грою уяви і характерні для багатьох маленьких дітей. Тому при прояві таким симптомів на ранніх стадіях розвитку діти можуть не відрізняти їх від своїх нормальних переживань.

Всі різноманітні прояви шизофренії у дітей можна об'єднати у чотири найбільш типових психопатологічних стани, властивих у певній мірі для всіх форм шизофренії.

1. Патологічне фантазування - спостерігається переважно у дітей дошкільного віку. Спочатку своєї появи цей симптом майже не відрізняється від звичайних фантазій

дитини, проте в подальшому він набуває абсолютно відірваний від реальності характер і нерідко пов'язаний з обманами почуттів. Дитина починає уживатися з персонажами свого фантастичного світу, в якому їй дозволяється все, що в звичайному житті недоступно. У своїх фантазіях дитина намагається реалізувати свої нездійсненні прагнення, мріє про могутність, відкриття невідомих країн, захоплюється винаходами, питаннями філософського характеру.

2. Абулія у дітей шкільного віку - спостерігається у вираженій формі. У цьому випадку дитина стає млявою та апатичною, перестає проявляти властиву їй до цього активність, замикається в собі, стає малодоступною і незрозумілою для оточуючих. Схильність до тривалого бездіяльного існування, наростаюча млявість, зниження психічної активності, різке падіння працездатності - як би хронічна втома - є ранніми характерними ознаками шизофренії. Як правило, батьки і педагоги розцінюють абулію як прояв ліні. Насправді ж це не лінь, а початок шизофренічного процесу. З плином часу зниження активності проявляється все більш різко. Дитина перестає виконувати свої обов'язки, нічим не цікавиться або днями перебуває в ліжку. У неї відсутні потяги і бажання, вона відмовляється відвідувати дитячий садок або школу, не спілкується з рідними і друзями, стає неохайною. Зниження вольової активності призводить до того, що дитина перестає виконувати навіть найпростіші дії (наприклад, якщо їй не пропонувати їжі, то вона може не приймати її цілими днями лежачи у ліжку.) Поряд з порушеннями вольової активності нерідко спостерігаються невмотивовані, безглузді вчинки імпульсивного типу. Несподівано на тлі спокійного стану хворий дитина може голосно закричати, вдарити дорослого чи поцілувати незнайому людину, цинічно вилятися, завзято домагатися реалізації безглузлого бажання. До цих явищ нерідко приєднуються іпохондричні, маревні ідеї впливу і галюцинації. У більшості випадків вони нестійкі і мають уривчастий характер.

3. Емоційна тупість належить до числа постійних і найбільш характерних проявів шизофренії. Внаслідок наростаючого згасання емоцій хвора дитина втрачає контакт з оточуючими, стає байдужою до того, що в минулому становило основу її інтересів, виявляє байдужість до рідних і друзів, до свого життя. У хворого втрачається почуття такту, з'являються грубість, безсоромність, з найменшого незначного приводу виникає вибух люті, і, навпаки, на вплив сильного подразника не виявляється ніяка відповідна реакція, у хворого немає взаємозв'язку між афектом і інтелектом. У тяжких випадках спостерігається різкий розлад емоцій - афективна амбівалентність трансформується в емоційну тупість. Хворий втрачає яскравість і безпосередність переживань, його ніщо не цікавить, не радує, не засмучує, тобто в міру прогресування хвороби емоційні реакції набувають характеру повної байдужості, наростає зубожіння почуттів, емоційна тупість.

4. Розщеплення (розірваність) мислення є типовою ознакою для будь-якої форми шизофренії. Вона характеризується відривом мислення від реальності, схильністю до марного мудрування і символіки. Одні хворі дуже багато говорять, інші зовсім перестають розмовляти чи обережно повторюють окремі слова або фрази. Мова таких дітей рясніє новими словами, що не зустрічаються у побуті. На письмі переважають вигадливі букви, завитки, підкреслення, велика кількість знаків пунктуації та символічних позначень.

Існує кілька форм шизофренії у дітей. Селецький А.І. виділяє наступні:

1. Кататонічна форма. В окремих випадках характеризується наростаючою замкнутістю, відчуженістю від навколишньої дійсності і депресією, але частіше при ній відзначаються кататонічне порушення, що переходить у ступор (сильна напруга м'язів, застигання в химерних позах, нерухомість, негативізм, відмова від їжі і мовного контакту). Ця форма шизофренії часто проявляється у гострому вигляді зазвичай на тлі нормального до цього розвитку психіки. Хворий знаходиться у стані то повної нерухомості, то різкого рухового порушення з імпульсивними і агресивними вчинками. Спочатку у дитини з'являються стереотипні рухи, відзначаються одноманітні маніпуляції з іграшками та іншими предметами, розмахування руками. Потім настає застигання в одноманітних позах, дитина може забиватися в кут, не реагувати на оточуючих і не відповідати на їхні запитання. Для

цього стану характерні неодноразові чергування ступору з застиглими позами збудження, що перериваються тривалими ремісіями, причому цей перехід відбувається раптово для оточуючих. У випадках гострого перебігу хвороба обмежується кількома нападами ступору і збудження - потім настає одужання. При хронічному перебігу шизофренії у хворого нарастають явища млявості та загальмованості з рідкісними тривалими ремісіями, наступають виражені зміни психіки у вигляді афективного спустошення.

2. Гебефренічна або юнацька форма шизофренії. Характеризується повільною течією шизофренії, зокрема у старшому шкільному і юнацькому віці. Захворювання починається з появи скарг на неухважність, гострий головний біль і безсоння. Після початку таких скарг можуть пройти місяці і навіть роки, тому оточуючі хворого люди часто не можуть встановити точний час початку хвороби. Провідною ознакою захворювання є придуркуваті та невмотивовані веселощі, рухове збудження. Постійними симптомами цієї форми хвороби є безглузда веселість, манірність, одні й ті ж безглузді витівки, схильність до дивацтва, кривляння. При цій формі також нерідко спостерігаються галюцинації і маревні ідеї, які зазвичай носять уривчастий і мінливий характер, і придумані як би з метою повеселити співрозмовника. На думку І. В. Случевського, несприятливий прогноз цієї форми шизофренії пояснюється її виникненням у юнацькому віці, внаслідок чого клітини кори великих півкуль головного мозку легко гинуть.

3. Проста форма шизофренії. Починається в будь-якому віці, але частіше зустрічається в дитячі роки і рідше - в юнацькі. Провідними ознаками хвороби є прогресуюча втрата інтересів, нарастаюча млявість, емоційна байдужість, замкнутість і зниження інтелектуальних показників. Епізодично виникають галюцинації і параноїчний стан, що супроводжується агресивністю по відношенню до рідних і близьких людей, які зазвичай наполегливо вимагають, щоб дитина відвідувала школу. Хворі йдуть з дому, безцільно блукають по вулицях, втягуються в антигромадські акції. Лікарі починають відзначати хворобливий стан тільки тоді, коли він починає проявлятися у вигляді афективної тупості, невмотивованої упертості і безглузлого міркування. Перебіг захворювання може бути різним, але чим молодший вік, у якому розпочався шизофренічний процес, тим гірше. У кращому випадку хворий пристосовується до нескладного трудового процесу, але, нажалі, у більшості випадків хвороба прогресує, призводить до зубожіння психіки, апатичного недоумства.

4. Прищеплена форма шизофренії. Спостерігається у дітей, які у минулому перенесли якесь органічне ураження головного мозку, що викликало затримку психічного розвитку, переважно олігофренію. До початку захворювання для особистості дитини характерні були такі особливості: примхлива упертість, замкнутість, вибухи дратівливості, діатез, інтоксикації, черепно-мозкові травми і так далі. Таким чином, шизофренія прищеплюється вже на біологічно зміненому ґрунті, що значно ускладнює перебіг патологічного процесу і призводить, особливо при виникненні захворювання у ранньому дитячому віці, до зупинки в розумовому розвитку. Перебіг і результат цих форм шизофренії можуть закінчуватися одужанням, тривалою ремісією, апатичним недоумством.

Підіб'ємо підсумок ключових ознак дитячої шизофренії.

- Хоча в більшості випадків початок хвороби припадає на пізній підлітковий або юнацький вік, шизофренія зустрічається і у дітей.

- Дитяча шизофренія розвивається поступово, а не настає раптово; при цьому у хворих дітей проявляється цілий ряд різних порушень, що передують появі психотичних симптомів.

- Якщо хвороба починається в дитинстві, симптоми продовжують виявлятися також в юнацькому і зрілому віці.

- Дитяча шизофренія тягне за собою найсерйозніші негативні наслідки для загального розвитку і шкільної успішності дитини.

Список використаних джерел

1. Жигэу Е.И. Особенности смысловой переработки информации у подростков, больных шизофренией. Автореф. Дис ... д-ра психол. наук: 19.00.04. - М., 2004. - 38 с.

2. Керпе Н. О. Детская шизофрения // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. – 2012. - №1. – С. 374-378
3. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология – СПб: «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2003. – 384 с.

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ РОЗВИТКУ

Хомич О.М.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Згідно з ЮНЕСКО інклюзивне навчання – це «процес звернення і відповіді на різноманітні потреби учнів через забезпечення їхньої участі в навчанні, культурних заходах і житті громади та зменшення виключення в освіті та навчальному процесі». Метою інклюзивного навчання є покращання навчального середовища, в якому вчитель і учні відкриті до різноманіття, де гарантується забезпечення потреб учнів і повага до їх здібностей та можливостей бути успішними [1].

Це все в теорії. А як же відбувається на практиці? Сучасне українське суспільство перебуває у стані теоретико-практичної дилеми: напрацьовано велику кількість матеріалів щодо правильного впровадження в процес освіти інклюзивного навчання, захищені наукові дисертації, розроблені спеціальні курси для впровадження цієї освіти за всіма ланками... А на практиці: в маленьких містах, містечках, селах про таку освіту ще навіть не йдеться, тому що батьки дітей з особливими потребами просто не мають інформації щодо необхідності проконсультуватися із необхідними спеціалістами, не можуть поділитися своєю проблемою із фахівцями, та просто не знають своїх прав!

«Інклюзивне навчання – це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно орієнтованих методів навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей» (Концепція розвитку інклюзивної освіти. Наказ МОН від 01.10.2010 № 912).

Інклюзивне навчання має на меті організувати навчання всіх учнів в школах за місцем проживання, в загальноосвітніх класах, в яких в разі необхідності їм буде надаватися підтримка як у навчальному процесі, так і з перепланування школи, класів, програм і діяльності з тим, щоб всі учні без виключення навчалися і проводили час разом [1].

Основою інклюзивного навчання повинно стати те, що всі діти можуть навчатися різними методами і в різний період часу, і ті, що мають індивідуальні здібності й особливості, і ті, що навчаються за загальноприйнятою навчальною програмою [2].

Що ми маємо насправді? Відсутність розуміння органами влади особливих потреб таких дітей у спеціальних умовах існування: якісне покриття доріг, обладнання пандусами, забезпеченість міським транспортом, комфортним для такої категорії малечі, консультативні пункти допомоги, безкоштовні послуги, товари та ліки... І це мінімальний перелік потреб сімей, в яких виховуються особливі діти.

Наше суспільство ще не готове ідо морального прийняття у звичайному житті особливих дітей: нетолерантне, грубе відношення, некоректні питання, погляди та образливі слова – зараз це присутнє, на жаль, повсякчас.

Тому зараз наше суспільство потребує в першу чергу інформаційної підтримки та прививання культурного ставлення людей один до одного. Може тоді діти з особливими освітніми потребами будуть сприйматися як нормальне явище в освіті, як поштовх до саморозвитку та саморозуміння у педагогів та емоції прийняття та радості від спілкування у однолітків.

З прийняттям Конвенції ООН про права людей з інвалідністю було визнано єдиний підхід до трактування цього поняття: «інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми з інвалідністю та перешкодами у стосунках і середовищі. Інвалідність – поняття яке еволюціонує». Конвенція прописує динамічний підхід, що дозволяє певні адаптації із збігом певного проміжку часу та в різних соціально – економічних обставинах [3].

Прийняття й дотримання сформульованих у стратегії розвитку інклюзії цінностей і принципів інклюзії дозволять домогтися сталого покращення розвитку в навчальному закладі підходів, характерних для інклюзивної освіти. При такій освіті найбільш значущими є ті способи та методи навчання, за яких учні активно залучені в навчальний процес, а отримання знань, умінь і навичок ґрунтується перш за все на власному досвіді учнів [3].

Планується, що в нашій державі до 2022 року учнів із спеціальних шкіл для дітей із затримкою психічного розвитку поступово переведуть до інклюзивних класів загальноосвітніх навчальних закладів.

З 1 вересня 2017 року буде припинено набір учнів до підготовчих та перших класів спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) та забезпечено умови для навчання цих дітей у спеціальних або інклюзивних класах загальноосвітніх навчальних закладів. Відповідну постанову було затверджено 26 жовтня 2016 року на засіданні Кабінету Міністрів України.

У рамках цієї постанови передбачається, що вже до 2022 року всі українські діти, які навчаються в спеціальних школах (школах-інтернатах) для дітей із затримкою психічного розвитку, поступово перейдуть на навчання до загальноосвітніх навчальних закладів [3].

Це допоможе забезпечити рівний доступ до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами, сприятиме їхньому успішному навчанню, розвитку та соціалізації. Крім того, вони отримають можливість здобувати освіту, проживаючи в сім'ї.

Світовий досвід свідчить, що такі заходи не лише сприяють формуванню толерантного та відкритого суспільства, а й кращому навчанню дітей із особливими освітніми потребами. Будемо сподіватися на позитивні зміни у всьому суспільстві [3].

Список використаних джерел

1. Режим доступу : <http://education-inclusive.com/shho-take-inklyuziya/>.
2. Режим доступу : <http://education-inclusive.com/indeks-inklyuziyi/>.
3. Режим доступу : <http://education-inclusive.com/do-2022-roku-uchniv-iz-spetsialnyh-shkil-dlya-ditej-iz-zatrymkoju-psyhichnogo-rozvytku-postupovo-perevedut-do-inklyuzyvnyh-klasiv-zagalnoosvitnih-navchalnyh-zakladiv/>.

ЛКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ДЛЯ ДІТЕЙ З ДЦП

Хутренко М.В.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Дитячий церебральний параліч – серйозна патологія, яка пов'язана з порушенням мозкових функцій, відповідальних за руху. Такі порушення не поглиблюються зі зростанням і розвитком дитини: вони виникають при народженні і не зникають з віком. Вправи для дітей з ДЦП – важливий момент допомоги хворій дитині, адже розлади рухової функції часто виражаються в слабкості деяких м'язових груп.

Завдання лікувальної фізичної культури для дітей з ДЦП:

- 1) нормалізація рухової діяльності та оволодіння в можливих межах прикладними навичками;
- 2) загальне зміцнення і підвищення працездатності організму.

Заняття можуть дозволити дитині більше координувати свої рухи, по можливості випрямити ходу, поліпшити повороти шийного відділу. Вправи лікувальної фізкультури краще чергувати з сеансами масажу, а також з іншими процедурами, які поліпшують мікроциркуляцію в тканинах.

Застосування занять лікувальною гімнастикою при ДЦП входить в обов'язкову схему дитячого медичного відновлення, як активна складова комплексного лікування, засіб підтримки організму дитини в активному руховому стані, стимулятор внутрішніх резервів і захисних сил.

Методи лікувальної фізкультури для дітей з ДЦП:

- 1) Виконання фізичних вправ, самостійно або за допомогою дорослих.
- 2) Масажні процедури.
- 3) Загартовування і зміцнення організму, активний спосіб життя.
- 4) Рефлексотерапія, голковколонування.
- 5) Залучення дитини до легкої трудової діяльності.

Всі перераховані методи в комплексі здатні вилікувати патологічні розлади і відновити пошкоджені функції пацієнта. Крім цього, поліпшується загальний стан організму, зміцнюється імунітет, стабілізується психологічний стан дитини.

Успіх в лікуванні дітей з ДЦП безпосередньо залежить від чіткого дотримання графіка тренувань, недопущення пропуску занять, підтримування режиму дня. Однак необхідно віддавати собі звіт в тому, що процес відновлення буде тривалим і досить складним.

Основні напрямки та цілі занять:

- приведення м'язової системи в нормальний тонус, зміцнення нерозвиненою і ослабленою мускулатури;
- поліпшення рухів в суглобах;
- розвиток координаційних функцій, вміння підтримувати рівновагу;
- розробка навичок самостійної зміни положень тіла (стояння, сидіння, пересувань);
- активізація рухових функцій (рухливі ігри, розвиток реакції);
- розвиток самостійності, прищеплення побутових і трудових навичок.

Будь-який комплекс вправ слід починати з верхньої частини тулуба, а закінчувати нижніми кінцівками. Іноді дитині легше виконувати вправи перед дзеркалом: маючи можливість стежити за своїми рухами, малюкові легше їх координувати.

Заняття, що розвивають навички руху:

- дитина сидить навпочіпки, дорослий стає перед ним так само, кладе ручки дитини на свої плечі і, притримуючи його біля пояса, намагається поставити малюка на коліна;
- дитина стоїть на колінах, дорослий підтримує його під пахвами і нахиляє в різні боки. Такий прийом дозволяє дитині навчитися розподіляти навантаження то на праву, то на ліву ніжку;
- дорослий стоїть позаду стоїть дитини, притримуючи його пахови, і м'яко штовхає своїми колінами підколінні западини дитини, змушуючи його присісти;
- дитина сидить на стільці, дорослий стоїть навпроти нього, зафіксувавши його ніжки, притиснувши ступні до підлоги. Дорослий бере руки дитини і витягує їх вперед і догори, що змушує малюка встати;
- притримуючи дитини, просити його постояти поперемінно на кожній ніжці, намагаючись зберегти рівновагу;
- підстраховуючи дитини за руки, проводити поштовхи і тягнуть руху в різні боки, змушуючи дитину зробити кроки.

Заняття для нормалізації суглобових функцій:

- дитина лежить на спині, одна ніжка витягнута, а іншу слід поступово приводити коліном до живота, після чого повернутися в початкове положення;
- дитина лежить на боці, за допомогою дорослого повільно відводячи стегно то в одну, то в іншу сторону. Коліно при цьому зігнуте;
- дитина лежить на спині, поперемінно піднімає і опускає ніжки, згинаючи їх у коліні;
- дитина лежить на животі, під грудьми підкладена подушка. Дорослий піднімає дитини за верхні кінцівки, розгинаючи верхню частину тулуба.

Заняття для мускулатури живота:

• дитина сидить на стільці, дорослий допомагає дитині нахилитися вперед. Повернення у вихідне положення малюк повинен виконати самостійно, або при невеликій допомозі дорослого;

• дитина лежить на спині, ручки вздовж тіла. Необхідно стимулювати спробу малюка перевернутися на живіт і знову на спину самостійно, не використовуючи при цьому ручки;

• навчити дитину напружувати м'язи живота, вправа можна поєднувати з глибокими вдих і видих;

• дитина сидить на підлозі, ніжки витягнуті. Допомогти дитині дотягнутися пальчиками рук до пальчиків ніг, не згинаючи ніжки в колінах;

• дитина лежить на спині, дорослий допомагає дитині підняти прямі ніжки і довести їх, доторкнувшись пальцями статі над головою.

Заняття для усунення гіпертонусу м'язів рук:

• проводити активні рухи пензлем дитини в різних напрямках, зрідка струшуючи рукою і розслабляючи мускулатуру;

• міцно утримувати руку або передпліччя дитини до усунення стану гіпертонусу, після чого покачати або струсити кінцівку для розслаблення.

Заняття для м'язів ніг:

• дитина лежить на спині, ручки вздовж тіла, ніжки привести до живота. Дорослий утримує гомілки і по черзі відводить ніжки в тазостегновому суглобі, поєднуючи відведення в сторони з круговими обертаннями ноги;

• дорослий проводить дитині згинальні і розгинальні руху тазостегнового суглоба, після цього дитина пробує утримати ніжку самостійно.

Заняття для підтримки шийної мускулатури і м'язового корсету тулуба:

• дитина лежить на спині, а дорослий, піднімаючи тулуб за пахви, похитує його з боку в бік, повертає вправо і вліво, не дозволяючи дитині чинити опір. Точно так же похитують і голову, притримуючи її на вазі;

• дитина лежить на боці, а дорослий намагається перекинути його на живіт, або на спину. При цьому малюк повинен намагатися не піддаватися поштовхам, чинячи опір;

• дитина сидить на стільці, руки і голова розслаблені. Дорослий повертає голову в різні боки, нахиляє вперед і назад, а дитина намагається максимально розслабити м'язи шиї.

Заняття для стабілізації дихання:

• попросити дитину зімітувати глибоке дихання, задути свічку, що горить, здути з долоні пір'їнка. Корисно разом з малюком надувати повітряні кульки або грати, пускаючи мильні бульбашки;

• відмінний ефект можна очікувати, якщо навчити дитину співати. Подібне дія спостерігається при грі на губній гармошці, сопілки, для початку можна використовувати звичайний свисток;

• навчити дитину пускати бульбашки через соломинку в склянку води.

Особливе значення має розвиток міміки обличчя.

Найчастіше дитина з діагнозом ДЦП не завжди може визначити свій емоційний стан, правильно відреагувати на позитивні і негативні емоції, продемонструвати саме те вираз обличчя, яке б відповідало необхідному почуттю, яке відчуває малюк. Як навчити дитину розпізнавати емоційний різноманітність і правильно тлумачити його? Як домогтися імітації

малюком тих чи інших емоцій, щоб в майбутньому бути зрозумілим в суспільстві і розуміти оточуючих? Для цього існують спеціальні психогімнастичні вправи:

- дорослий повинен демонструвати малюкові, як приношується щеня, прислухається птах, як кішка вистежує мишку. Потім слід попросити дитину повторити побачене;
- продемонструвати здивовані очі, попросити повторити;
- описати момент щастя і задоволення, показати, як радіє ласці кошеня, а щеня – смачному частуванню;
- описати відчуття болю, продемонструвати біль в животі, плач, відчуття холоду;
- показати момент відрази: нехай малюк уявить, що п'є гіркі ліки або їсть лимон;
- пояснити, що таке злість, показуючи сердитого людини;
- продемонструвати почуття страху, втрати рідної домівки або рідних людей;
- розвивати почуття сорому і провини за свої вчинки, навчити вибачатися.

Водні процедури успішно застосовуються при фізичному відновленні дітей, уражених ДЦП. Ні для кого не секрет, що вода відмінно розслаблює мускулатуру, стабілізує м'язовий тонус, надає енергії. Заняття у воді послаблюють дію стресів і виліковують депресивні стани. Особливий ефект можна очікувати від поєднання ЛФК з перебуванням у воді. Такий спосіб лікування називають Гідрокінезотерапія. Він може включати в себе проведення певних вправ та ігор у воді, а також застосування підводного масажу. Непередаваний ефект спостерігається при плаванні дитини в дельфінарії: спілкування з дельфінами вважається істинно лікувальним. Зрозуміти механізм даного лікування важко, проте позитивні результати такої терапії незаперечні.

Власне, слід розуміти, що лікувальні заходи і догляд за малюком з ДЦП - це тривалий процес, якому необхідно присвятити максимум часу і сил, і лише тоді вжиті заходи дадуть довгоочікуваними позитивними результатами. Тільки постійна турбота і безмежне увагу близьких допоможуть досягти бажаних зрушень у фізичному розвитку дитини. Вправи для дітей з ДЦП необхідно проводити постійно і наполегливо, протягом усього періоду патології.

Отже, дитячий церебральний параліч – це група патологічних синдромів, що виникають внаслідок внутрішньоутробних, родових або післяпологових поразок мозку і виявляються у формі рухових, мовних і психічних порушень.

Важливо вчасно визначити, діагностувати захворювання і якомога раніше почати лікування. Раннє лікування – одна із заporук успіху в лікуванні дитячих церебральних паралічів. Дуже важливо правильно організувати лікування дитячих церебральних паралічів. Воно повинно ґрунтуватися на наступних принципах: ранній початок, етапність, наступність і комплексність.

Разом з тим повинна проводитися необхідна корекційна робота, спрямована на загальний розвиток дитини, попередження виникнення у нього небажаних особистісних рис, таких як упертість, дратівливість, сльозливість, невпевненість, боязкість і т.п. Необхідно формувати пізнавальну діяльність малюка, виховувати активність і різноманітність інтересів, тим більше, що у багатьох дітей з ДЦП є потенційно зберігання передумови до розвитку мислення, в тому числі і його вищих форм.

Література

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2003.
2. Голубева А.В. Социальная адаптация детей-инвалидов: воспитание и обучение детей-инвалидов. Социальная адаптация. Правовые вопросы социальной защиты детей-инвалидов. // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 5. – С. 55-63.
3. Интеграция детей-инвалидов в среду здоровых детей: социальная реабилитация детей-инвалидов. Концепция интегрированного обучения лиц с

ограниченными возможностями здоровья // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 2. – С. 3-6.

4. Малофеев Н. Н. Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения. Дефектология. – 2005. – № 5. – С. 3-18.

КОМПЛЕКС КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИТКОВИХ ВПРАВ ДЛЯ МОЗОЧКОВОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ БАЛАНСИРУЮЧОЇ ДОШКИ (BALANCE BOARD) БЕЛГАУ

Чугаєнко О.В.

Рубіжанська загальноосвітня школа I-III ступенів № 3

Рубіжанської міської ради

м.Рубіжне

З 2015 року в Рубіжанській загальноосвітній школі I-III ступенів Рубіжанської міської ради Луганській області рішенням міської ради та за бажанням педагогів школи впроваджено інклюзивна освіта. З дітьми працює команда фахівців: учитель-реабілітолог, асистент учителя, учитель-логопед-дефектолог, практичний психолог.

На сьогоднішній день в нашій школі відкрито 4 інклюзивні класи, у яких навчаються діти з особливими потребами, з різними ступенями відхилень від норми (ДЦП, різноманітні фізичні вади, ЗПР, аутичний спектр, аутизм, поведінкові девіації та делінквенції, з загальним недорозвиненням мовлення, з системним недорозвиненням мовлення, з цукровим діабетом, з легкою формою розумового відставання (олігофренія). Всі діти з вище вказаними категоріями захворювань характеризуються ускладненнями адаптації, самоідентифікації, індивідуальними інтелектуальними особливостями. Вони, з урахуванням їх особливостей, як ніхто інший, потребують індивідуального підходу, емпатії в більшій мірі ніж будь хто інший.

Мозочкова стимуляція - це система фізичних вправ, спрямованих на вдосконалення функцій мозочка і базальних гангліїв - структур мозку, які беруть активну участь у формуванні мови і поведінки дитини.

Симптоми мозочкової недостатності:

- дитина насилу може стояти з закритими очима, витягнувши руки вперед,
- дитина погано утримує рівновагу, коли стоїть на одній нозі,
- дитина демонструє погану координацію рухів і багато зайвих рухів,
- у дітей відзначається низький м'язовий тонус, особливо в руках, тремтіння рук.

Програма по стимуляції роботи мозочка допоможе дітям, у яких:

- затримка психічного та мовного розвитку (ЗПР, ЗПРР);
- порушення або особливості розвитку мови;
- синдром дефіциту уваги і гіперактивності (СДУГ);
- недостатньо сформовані процеси пам'яті і уваги;
- стійкі порушення писемного мовлення;
- порушення поведінки, комунікації та соціалізації;
- проблеми шкільного навчання;
- аутистические риси, ранній дитячий аутизм (РДА), аутизм;
 - особливості роботи вестибулярного апарату (заколювання в транспорті);
- порушення координації рухів;



- низька працездатність, підвищена стомлюваність.

Мозочок - це відділ головного мозку, що відноситься до заднього мозку. Мозочок складається з древнього відділу - хробака і філогенетично нового (тобто еволюційно більш пізнього) - двох півкуль, що охоплюють стовбур головного мозку.

Чим примітний мозочок - цей маленький відросток стовбура мозку, схожий на кольорову капусту?

Мозочок людини містить більше нервових клітин - нейронів, ніж всі інші відділи мозку (більш 50%). Навіщо ж природа помістила таку велику кількість нервових клітин в цю невелику ділянку мозку?

Дуже довго вчені вважали, що мозочок регулює тільки рівновагу, рух очей і координацію рухів. Однак за останні кілька десятиліть роль мозочка переглянута. Багато дослідників тепер вважають, що мозочок - це ключ до навчання буквально всьому. У тому числі до нормального інтелектуального, мовного і емоційного розвитку.

Справа в тому, що мозочок пов'язаний з усіма структурами нервової системи. Черв'як мозочка відповідає за регуляцію емоцій і уваги, він пов'язаний з вестибулярними системами мозку, які підтримують рівновагу і координацію рухів. Півкулі мозочка беруть активну участь у формуванні рухових навичок і розвитку розумових здібностей. У мозку існує зворотний зв'язок від мозочка до лобових часток. Він допомагає інтегрувати сенсорне сприйняття і рух. А це в свою чергу дозволяє інтегрувати емоційні відповіді, мовну здатність, здатність планувати свої дії.

Мозочок - це самий швидкодіючий в мозку механізм. Він швидко переробляє будь-яку інформацію, що надходить з інших частин мозку і в цілому визначає швидкість роботи всього мозку.

Тому в своїй роботі я використовую вправи по стимуляції роботи мозочка за допомогою балансиру вальної дошки.

КОМПЛЕКС ВПРАВ. ВСТАНОВЛЕННЯ РОБОЧОГО ПОЛОЖЕННЯ:

Встаньте на дошку. Переконайтеся в тому, що кінчики Ваших пальців стосуються однієї і тієї ж горизонтальної лінії сітки, а внутрішня сторона кожної стопи знаходиться точно на однаковій відстані від центральної лінії дошки.

Якщо, в процесі виконання вправ, утримувати рівновагу Вам буде складно, посуňte Ваші стопи ближче один до одного.

ВПРАВИ

1. Візьміть один з мішечків. Підкиньте мішечок вгору обома руками. Спробуйте зробити так, щоб обидві сторони Вашого тіла рухалися симетрично.

2. Підкиньте і зловіть мішечок лівою рукою.

3. Підкиньте і зловіть мішечок правою рукою.

4. Знову підкиньте і зловіть мішечок обома руками. Спробуйте зробити так, щоб обидві сторони Вашого тіла рухалися симетрично. Коли Ви підкидаєте і ловите мішечок, намагайтеся зробити так, щоб кінчик Вашого носа дивився на мішечок, що рухається в просторі. Нехай Ваша голова похитується, коли Ви кидаєте, ловить мішечок і стежите за ним.

5. Підкиньте мішечок вгору лівою рукою і зловіть лівою рукою, коли він буде падати вниз. Підкиньте мішечок і зловіть його з лівого боку Вашого тіла. Потім підкиньте і зловіть його на середній лінії Вашого тіла. Потім підкиньте і зловіть його з правого боку Вашого тіла. Слідкуйте за рухом мішечка кінчиком носа, коли підкидаєте і ловите його.

6. Підкиньте і зловіть мішечок правою рукою. Підкиньте його і зловіть спочатку з правого боку Вашого тіла, а потім з лівого боку. Продовжуйте стежити за рухом мішечка кінчиком Вашого носа, коли мішечок рухається в просторі.

7. Підкиньте і зловіть мішечок обома руками. Поверніться всім тілом вправо настільки, наскільки можете повернутися, але не рухайте стопи, і підкиньте і зловіть мішечок. Поверніться назад до центру і підкиньте і зловіть мішечок, потім. Поверніться всім тілом вліво настільки, наскільки можете повернутися, але не рухайте стопи, і

підкиньте і зловіть мішечок. Утримуйте стопи на одному і тому ж місці на балансуванні дощці. Продовжуйте стежити за рухом мішечка кінчиком свого носа.

8. Винайдіть свій власний спосіб підкидати і ловити мішечок. Якщо Вам складно винайти новий спосіб спочатку, не панікуйте. Просто підкиньте і зловіть мішечок будь-яким способом, яким хочете.

9. Підкиньте мішечок вгору правою рукою і зловіть його лівою рукою, коли він падає вниз. Передайте мішечок з лівої руки в праву і підкиньте його правою рукою, а потім знову зловіть його лівою рукою. Продовжуйте в тій же послідовності.

10. Підкиньте мішечок вгору лівою рукою і зловіть його правою рукою, потім передайте його в ліву руку, щоб підкинути знову. Продовжуйте кидати і ловити мішечок тим же чином.

11. Підкиньте мішечок в повітря обома руками. Спробуйте зробити так, щоб мішечок підлетів до стелі якомога ближче, але не торкнувся його.

Спробуйте при цьому робити настільки плавні і розслаблені рухи, наскільки це можливо. Зупиніться. Уявіть, як Ви кидаєте мішечок в повітря, намагаючись зробити це так, щоб він підлетів до стелі якомога ближче, і як Ви ловите його, коли він падає вниз. Ваші уявні рухи такі ж, якими вони були в реальності або вони більш плавні і точні? Тепер підкиньте і зловіть мішечок так, як Ви це тільки собі уявляли.

12. Покладіть мішечок на підлогу перед балансувальною дошкою Белгау. Встаньте прямо, витягніть руки вгору над головою. Зробіть глибокий вдих, встаньте навшпиньки і потягніться. Встаньте назад на п'яти і розслабтеся. Перевірте, чи розташовані Ваші стопи на однаковій відстані від центру балансувальної дошки і чи стосуються кінчики пальців тієї ж самої горизонтальної лінії сітки. Тепер нахиліться всім тілом вперед-назад і знову розслабтеся.

13. Балансуйте на дощці, нахиліть тулуб вправо, зберігайте рівновагу і стопи рівно по лінії на дощці. Тепер нахиліться плавно і м'яко вліво, нижче центру і зробіть нахил приблизно на дев'яносто градусів нижче центру вліво. Робіть плавні і м'яко нахили назад і вперед зі швидкістю близько тридцяти нахилів в хвилину. Тримайте голову прямо і розслабте очі. Часто моргайте. Зверніть увагу на те, що Ваші очі виробляють серію дрібних рухів, коли Ви робите нахили. Також зверніть увагу, що якщо Ви рухаєтесь в хорошому музичному темпі, рух очей підхоплюють темп музики. Продовжуйте робити нахили і концентруватися на рухах тіла і розслабленні. Сфокусуйте всю свою увагу на усвідомленні простору навколо Вас і на низці своїх рухів.

14. А зараз розслабтеся. Знову повертайте тулуб і нахиліть його назад і вперед. Тепер витягніть руку перед собою на рівні особи. Підніміть вгору великий палець так, щоб Ви дивилися на його ніготь. Дивіться на ніготь великого пальця і нахиліть корпус якнайдалі вправо і вліво. Зверніть увагу, як розмивається фон, коли Ви нахилієте корпус.

15. Сумлінно виконуйте наступну вправу. Закрийте очі. Уявіть, що до Вашого носі прикріплена пензлик. Тепер повертайте тулуб і нахиліть його назад і вперед зліва направо. Коли Ви нахилієтеся, уявіть, що пензлик,

прикріплен до Вашого носу, креслить чорну смужку на стіні перед Вами зліва і праворуч від Вас. Уявіть собі лінію настільки чорну, наскільки Ви можете. Постарайтеся утримувати рівновагу і робити нахили, зберігайте тіло розслабленим.

16. Нехай Ваш торс і плечі залишаються без руху. Поверніть голову якнайдалі вліво, а потім поверніть голову якнайдалі вправо. Тепер плавно повертайте або нахиліть голову назад і вперед зі швидкістю близько тридцяти нахилів в хвилину. Розслабте очі. Не дивіться на щось конкретне. Зауважте, що

Ваші очі роблять трохи судорожні рухи, коли Ви робите нахили головою вперед і назад.

17. Дивіться на якусь точку, розташовану по центру перед Вами. Сфокусуйте погляд на цій точці і повертайте голову назад і вперед зліва направо зі швидкістю приблизно тридцять поворотів в хвилину.

18. Повільно піднімайте і опускайте голову. Чи не фіксуєте очі на чому-небудь, просто розслабтеся і опускайте голову якнайнижче, а потім піднімайте, як можна вище.

19. Дивіться перед собою на Вашу точку фіксації і сфокусуйте очі на мішені. Тримайте її в чіткому фокусі і піднімайте і опускайте голову вгору і вниз. Продовжуйте піднімати голову вгору і опускати вниз, утримуйте погляд на точці фіксації, але поверніть голову вліво і підніміть, і опустіть її. Поверніть голову вправо і підніміть, і опустіть її.

20. Будьте сумлінні, коли Ви піднімаєте і опускаєте голову з закритими очима. Тримайте очі закритими. Поверніть голову направо, потім підніміть і опустіть її. Поверніть голову наліво, потім підніміть і опустіть її. Поверніть голову в початкове положення прямо, потім повільно підніміть і опустіть її, тримайте очі закритими.

Вправи по стимуляції мозочка активізують та допомагають прискорити розвиток мови, поліпшують сприйняття дитиною усного та писемного мовлення, покращують: навички читання, математичні здібності, пам'ять (оперативну і довготривалу), логіку, поліпшують концентрацію уваги, нормалізують поведінку і, як наслідок, вирішують проблеми з успішністю в школі.

Для досягнення стійкого позитивного результату рекомендується проводити заняття по стимуляції мозочка не менше 3-4 разів на тиждень по 30

хвилин. Проведення занять по стимуляції мозочка безпосередньо перед проведенням різного роду корекційних занять (логопедичної, психологічної корекції і т.п.) значно посилює ефективність останніх.

Використана література

1. Програма «Прорив в пізнанні» (LEARNING BREAKTHROUGH PROGRAM)
2. Тарасун В. В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом . В. В. Тарасун, Г. М. Хворова. – К. : Наук. світ, 2004. – 100 с.
3. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади / А. А. Колупаєва. – К. : Педагогічна думка, 2007. – 458 с.

ШЛЯХИ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРА

Шевирьова Г.Г.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»*

м.Лисичанськ

Кожна людина, незалежно від стану здоров'я, наявності фізичного чи інтелектуального порушення, має право на одержання освіти, якість якої не різниться від якості освіти здорових людей.

Проблема забезпечення умов комфортного навчання дітей з обмеженими можливостями у навчальному закладі є важливим напрямком роботи педагогічного колективу, основним завданням якої є надання рівних можливостей досягти успіху. При цьому оцінюються конкретні досягнення дітей, незалежно від їх інтелектуального, фізичного, соціального та емоційного стану.

Протягом останніх 10-12 років чисельність дітей у складі населення України щорічно зменшується, натомість зростає частка дітей з функціональними обмеженнями. Зважаючи на зростаючу кількість дітей, які потребують особливих освітніх послуг, дуже гостро стоїть проблема професійної підготовки осіб з обмеженими можливостями, так як основна частина професійних навчальних закладів України не завжди готова до особливостей таких учнів.

Ще В.О.Сухомлинський в свій час звертав увагу на те, що формувати знання та вміння у дітей з особливими освітніми потребами необхідно з урахуванням їх зниженої здатності до навчання (поганого запам'ятовування навчального матеріалу, відсутності допитливості, нестійкості уваги), застосовуючи особливі заходи та тонкий делікатний індивідуальний підхід, який не допустить відчуття дітьми своєї «неповноцінності», байдужого ставлення до навчальної праці.

Як відомо, інклюзивне (від англ. inclusion - включення) навчання - це пріоритетний напрям сучасної освітньої політики. За словами експерта з питань інклюзії в Україні - доктора педагогічних наук Алли Анатоліївни Колупасової – досвід впровадження інклюзивного навчання показує, що інтегрування дітей з порушеннями психофізичного розвитку у загальноосвітні установи – це світовий процес, в який залучені всі високорозвинені країни.

На законодавчому рівні ця тема вже практично вирішена. Але всі, хто обізнаний з реальним станом справ, мало вірять в успіх інклюзії найближчим часом, так як на шляху втілення ідеї навчання дітей з аутизмом в загальноосвітніх закладах стоять серйозні, іноді нездоланні перешкоди. Діти з аутизмом – це справжній камінь спотикання інклюзивної освіти.

Аутизм – це загальне 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.

Коли ми розглядаємо проблеми, що пов'язані з аутичною дитиною, ми насамперед думаємо про дітей з особливостями розвитку. При цьому ми визнаємо, що аутисти розвиваються інакше, ніж звичайні діти. Аномальність розвитку помічається батьками та лікарями ще до досягнення дитиною 3 річного віку і ці розлади охоплюють три сфери діяльності дитини, це порушення соціальної взаємодії, порушення соціального спілкування, порушення уяви та соціальної практики. Актуальність проблеми аутизму постає на сьогодні особливо гостро в Україні в сфері освіти. Загальна неготовність системи освіти прийняти на себе зобов'язання навчати дітей з аутизмом, ускладнюється такими факторами: складністю порушення психічного розвитку, основними ознаками якого є порушення соціальної взаємодії, соціального спілкування, уяви та соціальної практики; стереотипна поведінка, що зазвичай тісно пов'язана з тривожністю та враженістю аутичної дитини; нерівномірність інтелектуального розвитку; відсутність програмного та методичного забезпечення, затвердженого Міністерством освіти та науки України, що враховують особливості аутистів; недосконалість законодавчої бази, що дає можливість визнавати наших дітей ненавченими; дефіцит навчальних закладів, що мають групи-класи для дітей з комплексними дефектами та малою наповненістю.

Якщо ми більш прискіпливо розглянемо причини, що роблять цю проблему такою гострою, то на перший план вийде т.з тріада порушень Лорни Вінг та стереотипність поведінки. Тобто, коли вперше аутична дитина приходять до навчального або реабілітаційного закладу, саме зміна звичних життєвих стереотипів, порушення пов'язані з соціальною взаємодією, спілкуванням, уявою та практикою унеможлиблює швидко та безболісну адаптацію аутистів в нових умовах. Кожна людина з тривогою сприймає такі глобальні зміни в житті, як нова сфера діяльності або навіть зміна міста діяльності. Для аутиста така зміна не тільки посилює загальну тривожність, а стає тривалим и дуже значущим стресом. Велика кількість сторонніх незнайомих людей, нове, ще невивчене приміщення, необхідність слідувати зовсім непритаманним раніше правилам поведінки, неспроможність вплинути на планування діяльності. Перераховані труднощі важко сприймають звичайні діти, що вперше відвідують дошкільний заклад або школу. Для аутичної дитини ці труднощі тільки верхівка айсбергу, а прихованими є страхи, напруження

від гіперчутливості до звуків, запахів, світла, відсутність зручних меблів, тощо. Звичайна дитина згодом призвичаїться до нових умов та вимог, а аутист буде накопичувати стрес і ще більш невротизуватися. Це може проявитися в підвищенні гіперактивності, істеричності, ехололій, поновленні або посиленні стереотипних рухів або маніпуляцій. Зрозуміло, що в існуючих державних освітніх закладів, незалежно від типу (загальноосвітні, корекційні, допоміжні, спеціалізовані), створити сприятливі для аутиста умови майже неможливо. Це і є головною причиною того, що переважна більшість аутичних дітей отримує освітні послуги індивідуально та на дому. Проміж тим, розглядаючи якість освітніх послуг, що отримує дитина на дому, можна дійти висновку, що вони вкрай низькі. Тут є і об'єктивні та суб'єктивні причини. Дитина яка живе сталими стереотипами не допускає на особисту територію сторонніх людей. Власну ж квартиру вона сприймає не тільки як особисту територію, а й тісно пов'язує з нею режим дня, діяльність та спілкування з обмеженим колом рідних. Втручання на цю територію зустрічається негативно. Дитина починає уникати учителя, ховатися, вигадувати причини для припинення занять. З трьох годин, що вчитель присвячує аутисту двічі на тиждень, плідними є значно меншій проміжок часу. Вчителі, переважно, не мають спеціальних знань, що могли би допомогти їм успішніше взаємодіяти з аутистом. Непоодинокі випадки, коли після декількох років навчання в таких умовах або в спеціалізованих закладах, аутиста визнавали ненавченим.

Загалом можна прийти до висновку, що діти, аутичні розлади в яких найбільш помітні, є небажаними в освітніх закладах. Яку альтернативу можна запропонувати? В більшості країн, навчальні та реабілітаційні заклади для аутистів є або приватними, або з частковим державним фінансуванням, або існують за рахунок спонсорських та благодійних внесків. Чому так відбувається? Відповідь дуже проста – для успішної роботи с аутистами співвідношення учитель – учень наближається 1 до 2,3. Жодна країна світу не може дозволити собі такої розкоші. Таким чином, створення таких Центрів реабілітації та спеціалізованих шкіл для аутистів для держави економічно не вигідно. Якщо ж дитина з аутизмом має первинну підготовку та не має значних порушень на інтелектуальному рівні, ми можемо говорити про інклюзивне навчання.

Так при інклюзивному навчанні, необхідно залучення лише супроводжувача-адаптора, якого в інших країнах оплачує держава, а у нас про таке можна тільки мріяти. Хоча це було б гарним початком професійної діяльності для випускників педвузів та молодих психологів. Але, ключова фраза – «дитина має первинну підготовку».

Коли аутична дитина приходять на заняття вперше, і якщо до цього вона не мала можливості відвідувати заняття в дошкільному закладі, то по-перше кидається в очі її напруженість. Переступає з ноги на ногу, ховається за батьків або, навпаки виявляє активність. Починає носитися по кабінетах, не зупиняючись на хвилину, голосно протестує проти намагання її зупинити. Дитина відчуває дискомфорт, що провокує і без того підвищену тривожність. Необхідно дати можливість аутисту вивчити приміщення, ознайомитись з предметами та іграшками, що її зацікавили. Коли видно, що дитина заспокоїлась і відчула себе в безпеці, можна сказати, що перший самий маленький крок зроблено. На цьому етапі дуже важливо витримати правильні часові рамки – не треба поспішати з втручанням педагога-психолога, але й час відведений на вивчення приміщення не повинен буди довший за час-півтора. Другим кроком має стати залучення дитини до співпраці з психологом або педагогом. Для цього, дуже ненав'язливо дорослий починає втручатися в гру аутиста. Так поступово, переходячи від спостереження до допомоги, можна співпрацювати з дитиною. На цьому етапі дуже важливо не злякати дитину своїм натиском. Ви повинні переконатись, що дитина на емпатичному рівні вас сприйняла і не бачить в вас загрозу. Краще зачекати і не переходити до більш складних форм роботи, якщо дитина активно проти цього. Змінюйте форми роботи, залучайте на допомогу батьків, щоб була підібрана працююча мотивація. Мотивацією до співпраці у аутиста не буває задоволення від спілкування, тому це може бути щось матеріальне (цукерки, улюблений напій, обіцянка дати цікаву гру, яка поки що схована). Небажано, щоб мотивація була відстрочена в часі. У

маленьких дітей це зовсім не спрацьовує, а у старших можуть виникнути складнощі після занять. Третім кроком стане поширення об'єктів співпраці. Тобто, дитина залучається до роботи з психологом, педагогом, музичним терапевтом, логопедом. Якщо немає спротиву, можна вже на цьому етапі спробувати підключити до занять не одну, а 2-3 дитини східного темпераменту. Можливо, що це будуть діти одного віку, а можливо і більш старші або молодші. Головне, перші дні не залучати разом дітей, які голосно протестують та схильних до страхів, напружених. Четвертим кроком стає створення сталих правильних стереотипів поведінки. На це слід звернути особливу увагу тому, що вразі створення стереотипів, які будуть заважати працювати в подальшому, відійти від них може бути дуже складно. П'ятим кроком буде ускладнення завдань, які даються дитині. Для полегшення роботи пропонуються чітко структурувати заняття. Аутисту значно легше, коли ще на початку заняття ви попередити його, що треба буде зробити. Бажано, щоб видів діяльності було декілька, але дитина повинна знати, що її чекає і коли вона може піти. Наступним, шостим, кроком може бути поєднання на одному занятті декілька учнів. Це може статися цілком випадково. Тобто, якщо під час заняття з одним учнем до Вас в клас зайшов інший, можна спробувати їх поєднати. Головне, щоб діти не були категорично проти один одного. Дуже цікаво, але за темпераментом діти можуть бути зовсім різними.

Таким чином, створюється для аутичних дітей своєрідний тренажер школи. Якщо, в такому сталому колективі навіть один-два з 3 дітей зможуть опанувати програму початкового класу, його подальша адаптація до шкільних умов буде значно імовірніша. Можливо, що дитина, яка вже володіє вміннями, знаннями та навичками першокласника, знов почне все це вивчати в першому класі звичайної або спеціалізованої школи.

Процес навчання та розвитку дітей з аутизмом можливий лише за умови спеціальної підготовки та перепідготовки педагогів загальноосвітніх та навчальних закладів, фахівців психолого-медико-педагогічних консультацій та спеціалістів корекційно-розвивальних напрямів.

Фахівці різних профілів мають усвідомлювати власне місце у системі допомоги дітям з аутизмом та вмінні налагоджувати партнерські відносини між собою, що у випадку функціонування робочої групи по супроводу дитини набуває ознак справжньої командної взаємодії.

Узгоджена творча співпраця різнопрофільних фахівців сприяє їхньому професійному та особистісному зростанню та є потужним ресурсом дієвої допомоги дітям з аутизмом та їхнім родинам.

Фахівцям необхідно усвідомити, що високопрофесійна допомога дитині з аутизмом має базуватися на родинно-орієнтованому підході, який дає можливість враховувати не тільки особливості дитини, але й сім'ї, тобто працювати з системою «дитина-батьки» і активно залучати батьків до роботи з розвитку дитини. Вкрай необхідним є також якомога ранішній початок інтенсивної психолого-педагогічної роботи з дитиною із залученням батьків, коли необхідно навчати батьків створювати розвивальне середовища для неї вдома та долучати її в простір спілкування дітей з нормальним типом розвитку. В контексті родинно-орієнтованого підходу фахівці повинні прагнути створювати умови для того, щоб батьки разом з фахівцями планували програму розвитку дитини і брали участь в її реалізації.

Становлення батьківської компетентності, створення у родині найсприятливіших умов для розвитку дитини з аутизмом та налагодження плідної співпраці – спільне завдання фахівців і батьків.

Таким чином, у центр уваги фахівців потрапляє вся родина дитини з аутизмом зі своїми унікальними взаєминами, можливостями і потребами. При цьому, кардинальні перетворення на рівні родини як мікросоціального середовища є головною умовою успішного навчання і розвитку такої дитини.

Література

1. Башина В. М. Аутизм в детстве / В. М. Башина. – М. : Медицина, 1999. – 240 с.

2. Калініченко Н. Сухомлинський про роботу з дітьми з особливими потребами // <http://vsukhomlynskyi.edukit.kr.ua/news/id/7>.
3. Гайдукевич С. Е. Средовой подход в инклюзивном образовании // *Инклюзивное образование: состояние, проблемы, перспективы.* — Минск: Четыре четверти, 2007. — с. 34.
4. Засенко В. В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку / В. В. Засенко // *Дидактичні та соціально-психологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі: наук.-метод. зб. : Вип. 8.* / [ред. : В. І. Бондаря, В. В. Засенка]. — К. : Наук. світ, 2006. — С. 85–88.
5. Романчук О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях / О. Романчук. — Львів : Колесо, 2009. — 168 с.

КУЛЬТУРА ЗДОРОВ'Я – ЗАЛОГ УСПІШНОЇ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

Шевирьова І.Г.

*ВП «Лисичанський педагогічний коледж
ЛНУ імені Тараса Шевченка»
м.Лисичанськ*

Останнім часом Україна переживає етап значних перетворень в політичному, економічному та соціальному відношеннях. Питання про здоров'я людини залишається на першому місці, оскільки здорова людина – це майбутнє кожної нації.

Проблемі збереження здоров'я людей приділяли велику увагу вчені протягом всієї історії людства. У стародавні часи цій проблемі присвячені праці Геродика, Гіппократа, Демокріта, Аристотеля, Галена та інших вчених.

Гіппократ є засновником гуморальної теорії здоров'я, згідно якої всі хвороби виникають від неправильного змішування в організмі чотирьох започаткувань, які створюють його землі, води, повітря і вогню.

Демокріт вважав, що людина може прожити щасливе життя, якщо буде прислухатися до природи свого організму.

Інший давньогрецький вчений вважав, що здоров'я людини залежить від неподільних частин, з яких складається організм.

Вивченням здоров'я людини займалися і українські вчені-медики, які зробили значний вклад та системний підхід до здоров'я – це В. Філатов, М.Амосов, М. Стражеско, В.Бец, Ю.Дрогобич, О.Богомолець, В.Подвисоцький. Однак і в наші дні вчені продовжують робити неймовірні відкриття, здатні хоч на йоту, але поліпшити світ. Що таке здоров'я? Напевно, не тільки вчені замислювались над цим поняттям. Але українці – народ винахідливий. Чомусь не прийнято загострювати увагу на тому, що завдяки українцям сьогодні на світ з'являються революційні винаходи, а десятки їх ідей побачили світ не одне сторіччя тому. Модель здоров'я за М. Амосовим визначає: «Щоб стати здоровим, потрібні власні зусилля, постійні і значні. Замінити їх нічим не можна» [2].

У наш час нараховується близько 300 визначень поняття «здоров'я». Слід зазначити, що цей феномен привернув увагу багатьох дослідників з різних галузей наук. Визначення поняття здоров'я є актуальною проблемою науковців, воно має багато аспектів і обумовлене багатьма чинниками, тому вимагає для свого розв'язання комплексного підходу. У Всесвітній організації охорони здоров'я зазначено, що здоров'я характеризується як стан повного фізичного, психічного, соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів (вад). Є і інше твердження цього поняття, здоров'я – це стан організму, при якому нормально функціонують усі його органи.

Останнім часом поряд з терміном «здоров'я» часто зустрічається словосполучення «культура здоров'я», що привернуло увагу багатьох вчених різного профілю, зокрема, педагоги, психологи, медики, фахівці з фізичної культури. Термін «культура здоров'я» був уведений у 80-х роках ХХ століття філософом В. Клімовою, але саме значення цього поняття не було розкрито. На думку В. Клімової, мета життя – залишатися як можна довше здоровим, здоров'є повинно стати нормою істинно культурної людини, оскільки збереження й відтворення його знаходиться в прямій залежності від рівня культури [1]. Елементом культури здоров'я є поважне ставлення людини до себе, як до особистості, прагнення до самовдосконалення та самопізнання. Таким чином зазначаємо, що культура здоров'я – це знання, що допомагають особистості поважно відноситись до власного здоров'я, підбираючи методики для зміцнення та укріплення організму в цілому. Рівень культури здоров'я визначається знанням резервних можливостей організму (фізичних, психічних, духовних) і вмінням правильно використовувати їх.

Здоровий спосіб життя – головний компонент культури здоров'я. Звичайно, у світі існують чинники, які впливають на загальний стан здоров'я. Однак кожна людина в змозі зробити свій внесок у добру справу. Наприклад, не смітити на вулицях, у парках, на природі, кинути палити, займатись спортом. Марк Аврелій говорив: «Приставляти одну добру справу до іншої так щільно, щоб між ними не залишалось ні найменшого проміжку, – ось що я називаю насолоджуватися життям». Людина, яка не дотримується здорового способу життя завжди буде відчувати себе спустошеним і не зможе радіти життю.

На сьогоднішній день Державна політика зацікавлена на запобіганні розвитку хвороб. Саме тому людина повинна навчитися попереджати виникнення захворювань самостійно. Необхідно обов'язково відмовитися від шкідливих звичок (куріння, зловживання алкоголем, переїдання і т.д.), а також підтримувати нормальний артеріальний тиск, регулярно виконувати фізичні вправи, які несуть в собі потужний оздоровчий ефект; своєчасно відвідувати профілактичні огляди і робити щеплення від інфекційних хвороб.

Таким чином, медична наука вважає, що здоровий спосіб життя, як складова культури здоров'я, складається з багатьох взаємозалежних та взаємозамінних елементів, які спираються на принципи культури харчування, руху, емоцій, взаємин. Культура здоров'я визначається в єдності духовних, психологічних і соціальних чинників, які визначають її спосіб життя й гуманістичний сенс життя [2].

Література

- 1.Формування культури здоров'я учнів в умовах сучасної шкільної освіти : монографія / В.І. Бабич ; Держ. закл. «Луган. нац. Ун-т імені Тараса Шевченка». – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2012.– 256 с.
2. Амосов М. Роздуми про здоров'я, - М.: ФиС, 1987, – 192с.
- 3.Соціальна валеологія: Навч. посібник. Копа В.М. – Львів.: «Новий світ-2000», 2011. – 204 с.

КОРЕКЦІЯ ПОСТАВИ УЧНІВ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ЗАСОБАМИ ОЗДОРОВЧОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Шинкарьова О.Д., Шинкарьов С.І.

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

м. Старобільськ

кафедра фізичного виховання Науково-дослідного інституту фізичного виховання і спорту

м. Кременна

Останнім часом наголошується тенденція збільшення числа людей, що мають порушення постави. За останніх 30 років в три рази зросло число людей, що мають різні види порушення постави (60% студентській молоді, за даними Ю. Войнар, 2000), страждаючих від постійного або тимчасового болю в області поясиці (до 60-80% дорослого населення, за даними Я.Ю. Попелянського; І.П. Антонова, Г.Г. Шанько та ін.). Серед причин такого положення виділяють родові травми, порушення екології, незбалансоване харчування, інформаційні перевантаження, зниження рухової активності тощо. За даними Я.Ю. Попелянського, І.П. Антонова, Г.Г. Шанько та інших, головною та основною причиною порушення постави є слабкість м'язово-зв'язкового апарату, яка виникає унаслідок недостатньої рухової активності.

Фізичне виховання є єдиною формою соціальної дії на біологічний розвиток, яка підвищує функціональні і адаптаційні можливості організму і робить загальнооздоровчий вплив [4].

Фізичні вправи, спрямовані на зміцнення м'язово-зв'язкового апарату і створення «м'язового корсета», знижують ризик появи дефектів постави, плоскостопість тощо. В даний час фахівцями в галузі адаптивної і оздоровчої фізичної культури застосовується велика кількість вправ і комплексів, спеціально розроблених, саме, в профілактичних цілях. Проте представляється необхідним звернути увагу фахівців на недостатньо вивчені аспекти даної проблеми, а саме: 1) питання підбору фізичних вправ, режимів їх виконання і визначення оптимальної величини навантаження; 2) оцінку ефективності застосування тих або інших режимів виконання вправ для корекції і профілактики порушень стану зведення стоп і постави; 3) розробку технічних пристроїв, що дозволяють підвищити ефективність виконання фізичних вправ [1; 2; 3; 5].

Порушення постави позначаються на функції органів дихання, кровообігу, травлення і виділення. Порушення постави не є захворюванням, але це перший сигнал про те, що необхідно звернути увагу батьків на м'язово-зв'язковий апарат дитини, і своєчасно почати активні дії з його зміцнення [5]. Щорічно на шкільних профілактичних оглядах виявляються діти з цим порушенням. Це пов'язано зі зменшенням фізичної активності дітей: зниження інтересу до уроків фізичної культури в школі, зріс інтерес до занять на комп'ютерах тощо.

Проте, порушення постави поступово може привести до зниження рухливості грудної клітки, діафрагми, погіршенню ресорних функцій хребта, що у свою чергу негативно впливає на діяльність вище вказаних функцій організму, і стає супутником багатьох хронічних захворювань, виявляється в загальній функціональній слабкості і дисбалансі в стані м'язів і зв'язкового апарату дитини [5]. Порушення постави виявляються вже у дітей раннього віку: у дітей 4-х років – 15-17%; у дітей 7 років у кожній третій дитини; у шкільному віці відсоток дітей продовжує рости. За даними Д.А. Іванової, порушення постави є у 67% школярів.

Таким чином, констатується суперечність між об'єктивною потребою у вдосконаленні методики профілактики і корекції порушень зведення стоп і постави і наявним рівнем наукових знань про суть даного процесу. Вказану суперечність педагогічної теорії і практики спонукали нас до вибору теми дослідження, пошуку шляхів вдосконалення методики, виявлення умов, що роблять істотний вплив на успішність застосування різних режимів виконання фізичних вправ.

Мета роботи – науково обґрунтувати та виявити ефективність засобів та методів оздоровчої фізичної культури корекції порушень постави у дітей шкільного віку.

Завдання роботи:

1. Проаналізувати стан проблеми, що вивчається, у науково-методичній літературі.
2. Надати рекомендації щодо використання визначених засобів та методів оздоровчої фізичної культури на вплив на корекцію постави у дітей шкільного віку.

Для вирішення поставлених в роботі завдань були використані наступні методи дослідження: аналіз та узагальнення науково-методичної літератури, узагальнення та облік антропометричних даних; бесіди, педагогічні спостереження.

Основою лікування порушень постави, особливо початковому ступеню, є загальне тренування м'язів ослабленої дитини. Усуненням порушень постави є необхідна умова для первинної і вторинної профілактики ортопедичних захворювань і хвороб внутрішніх органів. Заняття ЛФК потрібно проводити в цілях загального зміцнення організму і спеціально в цілях попередження прогресу і можливої корекції деформації.

Таким чином, в практичній роботі слід керуватися методичними принципами: 1) загальне тренування організму – застосування загальнорозвиваючих вправ; 2) спеціальне тренування опорно-рухового апарату засобами оздоровчої фізичної культури.

Загальнорозвиваючі вправи застосовуються у вигляді гімнастики, спортивних вправ і ігор. Гімнастика завдяки невичерпній різноманітності рухів дає можливість вибірково впливати на окремі м'язові групи, відновлювати і удосконалювати функцію різних органів і систем організму. Точно дозувати навантаження, дозволяє зберігати спрямованість занять, що в спорті і іграх (рухомих і спортивних) важко досягається.

Рухливі та спортивні ігри слід розглядати як різносторонні фізичні вправи, в які включаються ходьба, біг, метання, лазіння, стрибки. Ігри надають плідну дію на м'язову систему, підвищують функцію органів дихання і кровообігу, підсилюють обмін речовин. Ігри слід проводити по спрощених правилах. Зберігаючи лікувальну спрямованість і враховуючи, що надмірні навантаження можуть привести до погіршення [4].

Спеціальне тренування опорно-рухового апарату здійснюється шляхом застосування лікувальної гімнастики. При різних патологічних відхиленнях хребта в процесі занять лікувальної гімнастики вирішуються наступні завдання, що визначають підбір вправ: 1) формування навиків правильної постави; розвантаження хребта; 2) зміцнення м'язової системи і розвиток витривалості м'язів спини і черевного преса; виправлення наявних дефектів; 3) поліпшення органів зовнішнього дихання.

В процесі формування правильної постави завдання полягає в освоєнні умінь диференціювати відчуття положення окремих частин тіла, ступінь напруги і розслаблення м'язів у спокої і в русі. Виховання правильної постави є профілактикою і складовою частиною лікування дефектів постави і деформацій хребта на всіх етапах.

Для виправлення наявних дефектів можуть бути використані симетричні вправи. Дані вправи сприяють серединному положенню лінії остистих відростків. При порушенні постави у фронтальній площині виконання даних вправ вирівнює тонус м'язів правої і лівої половини тулуба. Поліпшення дихальної функції за допомогою дихальних вправ підвищують функціональні можливості дихальної й серцево-судинної систем, сприяють активній кореляції хребта і грудної клітки.

У комплексному лікуванні хворих початковими ступенями порушення постави важливу роль грає лікувальна фізична культура з використанням снарядів, пристосувань, предметів (гімнастичні стінки, ослони, похилі площини, валики, гантелі, манжети, медицинболи, ціпки тощо).

Крім вправ, що поліпшують поставу, "витягаючих" хребет і що коригують деформований відділ хребта шляхом тренування конкретних м'язових груп і загальнзміцнюючих вправ, важливе значення мають масаж і лікування положенням, що розглядаються як засоби пасивної корекції. Їхня роль зростає особливо в тих випадках, коли хворому протипоказане збільшення рухливості хребта.

Спеціальні, що коригують, вправи повинні проводитися на тлі загальнзміцнюючих заходів, поліпшення функціонального стану серцево-судинної, дихальної, нервово-м'язової й іншої систем при максимальному розвантаженні хребта (вихідні положення лежачи, стоячи на колінах) і дотримання відповідного режиму статичного навантаження на хребет.

На підставі проведеного дослідження ми можемо зробити такі висновки:

1. Проблема формування здоров'я дітей в сучасній школі не вимагає серйозної аргументації. Ріст функціональних змін, хронічних захворювань, відхилень в стані здоров'я школярів вимагає пошуку нових форм і методів роботи в школі по відновленню і зміцненню здоров'я.

2. Аналіз даних літератури дозволяє припустити наявність наступних механізмів, які покладено в основу відновних процесів, що відбуваються в організмі дітей з асиметричною поставою під дією фізичних вправ. Фізичні вправи – могутній стимулятор життєвих функцій організму. Систематичне застосування фізичних вправ здатне впливати на реактивність організму і патогенез захворювання.

3. Фізична культура є важливим чинником зміцнення здоров'я дітей. У підлітків, що регулярно займаються фізичною культурою найрозумові здібності і успішність, активніші. Заняття фізичною культурою не лише зміцнюють здоров'я і удосконалюють фізичний розвиток дітей, але і забезпечують стійкість розумової працездатності, загальної працездатності, сприяють зміцненню та оздоровленню усього організму учнів.

Так, у школярів, які регулярно займаються фізичною культурою, до кінця навчального року успішність підвищується на 7-8%, а що не займаються - знижується на 2-3%.

4. Фізичні вправи допомагають відновити моторно-вісцелярні зв'язки, надаючи нормалізуючу дію на регуляцію функцій організму. Поліпшуються обмінні процеси, і процеси регенерації в організмі, перебудовується функціональний стан вегетативних центрів, які покращують трофіку внутрішніх органів і опорно-рухового апарату.

5. Систематичне застосування фізичних вправ привело до збільшення рухливості хребта, вирівнювання м'язового тону, закріплення навички правильної постави, підвищення загальної і силової витривалості м'язів, підвищення рівня фізичної працездатності і виховання свідомого відношення і активної участі в даному процесі.

6. Спираючись на отримані результати, можна рекомендувати оздоровчу фізичну культуру як один з основних засобів реабілітації дітей з асиметричною поставою. Одним з профілактичних способів зміцнення здоров'я дітей є вправи, що формують правильну поставу. Різноманітні оздоровчі заходи займають особливе місце у фізичному вихованні школярів. Вони сприяють поліпшенню працездатності упродовж усього дня. Це ранкова гігієнічна гімнастика, заняття у спортивних секціях, загальні фізичні вправи, прогулянки, екскурсії, походи, ігри на свіжому повітрі, групові і індивідуальні заняття, також різноманітні види аеробіки, шейпінг, стретчинг, які широко зараз впроваджуються в школах у вигляді факультативних занять з метою оздоровлення учнів.

7. Оздоровчий ефект фізичних вправ буде в тих випадках, коли вони раціонально збалансовані по спрямованості, потужності, об'єму і відповідно до індивідуальних можливостей підлітків.

Практична значущість. Методика використання елементів оздоровчої фізичної культури, коригуючої гімнастики для усунення патологій постави і вдосконалення рівня фізичної підготовленості дітей шкільного віку може бути рекомендована до застосування в роботі вчителів фізичної культури середніх шкіл на уроках фізичної культури, тренерів дитячих фізкультурно-оздоровчих груп і спеціальних медичних груп з дітьми, що мають порушення постави.

Список використаної літератури

1. Актуальные вопросы профилактики и лечения сколиоза у детей / Под ред. А. И. Казьмина. – М. : ЦИТО, 1984. – 199 с.

2. Вышинская Л. Сколиоз – угроза жизни подростка / Л. Вышинская // „Вечерние вести”. – № 188 (1088). – 11 декабря 2003. – С. 8.

3. Гришин Т. В. Методы профилактики нарушений осанки у детей в общеобразовательных школах / Т. В. Гришин, С. В. Никитин // Вестник гильдии протезистов-ортопедов. – 2000. – №3. – С. 38-42.

4. Зінов'єв О. Роль теорії функціональних систем у фізичній реабілітації / О. Зінов'єв // Молода спортивна наука України : Збірник наукових праць з галузі фізичної культури і спорту. – Вип.7: У 3-х т. – Львів: НВФ „Українські технології”, 2003. – Т.1. – С.338-342.

5. Леонтьев А. В. Лечебная физкультура для детей со сколиозами и другими нарушениями осанки : Методические рекомендации для врачей и инструкторов ЛФК. / А. В. Леонтьев. – СПб. : Форум-Пресс, 1997. – 15 с.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАТИВНОЇ І РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Шинкарьов С.І., Шинкарьова О.Д.

ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

м. Старобільськ

кафедра фізичного виховання Науково-дослідного інституту фізичного виховання і спорту

м. Кременна

Наукою доказано, що здоров'я людини тільки на 10-15% залежить від діяльності лікарів, медпрепаратів, на 15-20% від генетичних факторів, на 20-25% - від стану навколишнього середовища і на 50-55% - від умов і способу життя. [1,2]. Проблеми руху і здоров'я мали велику актуальність ще в Давній Греції і в Римі. Так, грецький філософ Аристотель (IV ст. до н.е.) виказав думку про те, що ніщо так сильно не руйнує організм, як фізична бездіяльність. Великий лікар Гіпократ не тільки широко використовував фізичні вправи під час лікування хворих, але і обґрунтував принцип їх застосування. Він писав: "Гармонія функцій є результатом правильного відношення суми вправ до здоров'я даного суб'єкта". Давньоримський лікар Гален в своїй праці "Майстерність повертати здоров'я" писав: "Тисячу і тисячу раз повертав я здоров'я своїм хворим за допомогою вправ"[1,4,5].

Медики всіх часів одностайно застерігали: недостатня рухова активність підриває здоров'я, старить людину, наближує її смерть. В теперішній час раціональна організація рухової активності набула особливої актуальності внаслідок порушення балансу між вжитою їжею, фізичним навантаженням і відпочинком людини. Сталось порушення одного з основних принципів світостворення – принципу рівноваги. Організм людини чудово збалансований. Кожному з нас потрібна цілком конкретна кількість різноманітної їжі, рухової активності, сну та відпочинку. Дитина інстинктивно і практично безперервно рухається. Активні рухи їй необхідні для розвитку так само як їжа, повітря і сон. Але з віком рухові інстинкти згасають, а свідомість не завжди спонукує нас до забезпечення організму життєвої збалансованості. Тут важливо знати, що не тільки брак рухової активності, їжі, сну і відпочинку, але і їх надмірність ведуть до порушення рівноваги в його функціональних системах. Коли немає рівноваги, немає здоров'я і добробуту. Недарма кажуть: "Здоровий жебрак щасливіший хворого короля". Коли ми молоді і хвороби нас ще не турбують – над цим не замислюємось. Гребуємо раціональним режимом харчування, праці і відпочинку, фізичним тренуванням і загартуванням. А між іншим вже більше 50% школярів мають різного ступеня порушення в опорно-руховому апараті.

За даними фахівців Латвійського інституту фізичної культури половина випускниць і третина випускників середньої школи мають надмірну масу тіла. Кількість жінок, котрі страждають ожирінням, в нашій країні перевищує 70%, чоловіків – 40%.

Згідно М.М.Яковлеву до 60-річного віку доживають 90% худорлявих і лише 60% повних, до 70-річного віку відповідно 50 і 30, а до 80-річного – 30 і 10. Якщо врахувати те, що збільшення маси тіла на 10% відносно до нормальної, скорочує тривалість життя на 14%, збільшення на 20% - скорочує тривалість життя на 45%, а збільшення на 25% - скорочує життя вже на 74%, то стане зрозумілим, чому ми по тривалості життя знаходимось в сьомому десятку країн. Зв'язок між ожирінням і тривалістю життя був добре відомий ще в Древньому Римі, про що свідчить напис на пам'ятнику римлянину, померлому в 112 років: "Він їв і пив вміру". Проте слід мати на увазі, що і дистрофія ні здоров'я, ні тривалості життя не додає.

Італійський дослідник А.Дотто на великому статистичному матеріалі показав, що у людей із зниженою на 15-34% масою тіла відносно до належної, смертність на 8% перевищує смертність людей з нормальною масою тіла. У школярів із недостатньою руховою активністю, за даними НДУ фізіології дітей і підлітків АПН колишнього СРСР, захворюваність верхніх дихальних шляхів в 3-5 разів вища, ніж у їхніх однолітків. З віком згубний вплив недостатньої рухової активності на стан нашого здоров'я поглиблюється [1,2,5].

Воістину найбезжалісним вбивцею людей є ішемічна хвороба серця (ІХС), хоча всього 100 років назад її практично не було. Тепер же вона, та тісно пов'язані з нею інсульти, є практично біля половини всіх смертельних випадків в високо розвинутих країнах. Наприклад, в США інфаркти щорічно трапляються у 1,25 млн. жителів. Значна кількість фахівців вважають, що низька рухова активність, як фактор ризику розвитку ішемічної хвороби серця збільшує частоту її виникнення на 30-43%. Це переконливо підтверджують статистичні дані про те, що абсолютна частота смертей у людей, які займаються фізичними вправами, наприклад бігом підтюпцем в 7 разів нижча, ніж у людей відповідного віку з низькою руховою активністю.

У людей, в яких недостатня рухова активність, порушується обмін речовин, погіршується функція дихання, травлення, виникають застійні явища в області малого тазу. Все це супроводжується зниженням витривалості, падінням працездатності. Суттєво підвищується імовірність серцево-судинних захворювань надмірна маса тіла і стреси. Відомий кардіолог А.Л. Мясніков відзначав, що при надмірному нервово-емоційному збудженні рухова активність і фізична робота найбільш сприятливі для нормалізації нервової діяльності [1,3].

Дослідження психолога Енн Флетчер із Майамського університету свідчать про те, що 10-тижнева програма аеробних вправ зменшує депресію, роздратованість і покращує імунні реакції.

Тісний зв'язок стану здоров'я й фізичної працездатності зі способом життя, обсягом і характером повсякденної рухової активності доведена численними дослідженнями таких вчених як Н.А. Агаджанян, Н.М. Амосов, Г.Л. Опонасенко, В.К. Бальсевич, Э.Г. Булич, И.И. Брехман, А.А. Віру, Л.П. Матвеев, Р.Е. Мотилянська, И.В. Муравов, Л.Я. Иващенко, I. Astrand, J.N. Wilmore і багато інші, які свідчать про те, що оптимальне фізичне навантаження в сполученні з раціональним харчуванням і способом життя є найбільш ефективними в подоланні «коронарної епідемії», попередженні багатьох захворювань і збільшенні тривалості життя.

Велика роль фізичної культури в профілактиці зл�якісних новоутворень. Раціональна рухова активність, перешкоджаючи розвитку цих небажаних явищ, стає загальнопрофілактичним засобом. Систематичні заняття аеробними фізичними вправами сприяють підвищенню споживання кисню організмом, збільшують капіляризацію м'язів, покращують постачання кисню і цим самим перешкоджають виникненню онкологічних захворювань.

Об'єкт дослідження – сучасна система оздоровчо-рекреативної і реабілітаційної фізичної культури.

Мета дослідження – розкрити зміст і визначити важливість застосування сучасної системи оздоровчо-рекреативної і реабілітаційної фізичної культури.

Методи дослідження: метод теоретичного аналізу та узагальнення літературних джерел, метод педагогічного спостереження.

Заняття фізичними вправами активізують і удосконалюють обмін речовин, покращують діяльність центральної нервової системи, забезпечують адаптацію серцево-судинної, дихальної і інших систем до умов м'язової діяльності, прискорюють процес входження в роботу і функціонування систем кровообігу і дихання, а також скорочують довжину функціонального відновлення після зрушень, які викликає фізичне навантаження. Крім оздоровчого ефекту, фізичні вправи діють тренувально на організм людини,

(збільшують розумову і фізичну працездатність), дозволяють збільшити рівень фізичних якостей, впливають на формування і подальше удосконалення життєво важливих рухових умінь і навичок (плавання, ходьба на лижах і т.д.).

Оздоровчий, лікувальний і тренувальний вплив фізичних вправ на організм стає більш ефективним, якщо вони правильно поєднуються з загартуванням у вигляді водяних процедур, сонячних і повітряних ванн, а також масажу.

Таким чином, регулярне застосування фізичних вправ і загартовуючих факторів покращує життєвий тонус організму, загальний стан імунної системи, функції вегетативних систем, працездатність і попереджує передчасне старіння.

Зміст оздоровчо-рекреативної фізичної культури.

В системі оздоровчої фізичної культури виділяють основні напрямки: оздоровчо-рекреативне, оздоровчо-реабілітаційне (спортивно-реабілітаційне, гігієнічне).

Оздоровчо-рекреативна фізична культура – це відпочинок, відновлення сил за допомогою засобів фізичного виховання (заняття фізичними вправами, рухливі і спортивні ігри, туризм, полювання, фізкультурно-оздоровчі розваги). Термін рекреація (від латинського *rescreatio*) означає відпочинок, відновлення сил людини, витрачених в процесі праці, тренувальних занять або змагань. Щоб відтінити специфіку цього терміну в сфері фізичної культури, часто говорять “фізична рекреація”.

В сучасному суспільстві основні функції фізичної рекреації зводяться до наступного:

- соціально-генетична (механізм засвоєння соціально-історичного досвіду);
- творчо-атрибутивна (дозволяє її розглядати в розвитку і удосконаленні);
- системно-функціональна (яка розкриває фізичну, як функцію конкретної соціальної системи);
- аксіологічна (ціннісно-орієнтувальна);
- комунікативна (важливий засіб неформального спілкування людей) [4,5].

Одним із об'єктивних критеріїв здоров'я людини є рівень фізичної працездатності. Висока працездатність є показником міцного здоров'я і навпаки, низькі її значення розглядаються як фактор ризику для здоров'я. Висока фізична працездатність, як правило, пов'язана з більш високою рухливою активністю і меншою захворюваністю.

В останні десятиріччя в більшості розвинутих країн світу широко розгорнулась компанія “фізична культура на виробництві”, її першопричина має, безперечно, економічний характер. Вкладати гроші в зміцнення здоров'я виявилось набагато вигідніше, ніж в лікування захворювань. Іще наприкінці 70-х років фахівцями з ФРН було встановлено, що збитки народного господарства, пов'язані з різними формами непрацездатності, складають щорічно 10% всього валового національного продукту.

Збереження і зміцнення здоров'я працюючих підприємці і державні органи країн Заходу розглядають як виробничу необхідність.

Нині тут робиться все можливе для залучення працюючих до оздоровчих занять фізичними вправами.

В теперішній час фахівці різних країн велику увагу приділяють розробці різних форм оздоровчо-рекреативної фізичної культури на підприємствах.

Основними видами фізичної рекреації є виробнича гімнастика, ввідна гімнастика, фізкультурні паузи (протягом робочого дня), заняття фізичними вправами в неробочий час – туризм (пішохідний, водяний, велосипедний), пішохідні і лижні прогулянки, полювання, масові ігри: волейбол, теніс, городки, бадмінтон.

По кількості людей, які займаються, рекреаційні заняття можуть бути індивідуальні (за програмами) і групові (сім'я, група за інтересами).

Зміст оздоровчо-реабілітаційної фізичної культури.

Оздоровчо-реабілітаційна фізична культура – це спеціально спрямоване використання фізичних вправ в якості засобів лікування і відновлення функцій організму, порушених або втрачених внаслідок захворювання, травм, перевтоми і інших причин. Застосування окремих форм рухів і рухових режимів з цією ціллю почалось, судячи з історичних довідок, ще в

давній медицині і до нашого часу міцно ввійшло в систему охорони здоров'я, переважно в вигляді лікувальної фізичної культури.

В оздоровчо-реабілітаційній фізичній культурі значно зростає роль таких методичних принципів, як принцип індивідуалізації і поступового підвищення навантаження.

Оздоровчо-реабілітаційний напрямок представлено в основному трьома формами:

- 1) групи ЛФК при диспансерах, лікарнях;
- 2) групи здоров'я в колективах фізичної культури, на фізкультурно-спортивних базах і т.д.;
- 3) самостійні заняття.

Специфіка роботи в групах ЛФК розглядається в відповідних розділах предмету "Лікувальна фізична культура". В рамках ЛФК широко використовується лікувальна гімнастика, дозована ходьба, біг, прогулянки на лижах і т.д. Деякі рухові режими (тонізуючий, тренувальний), розроблені організаційно-методичні форми занять (урочні, індивідуальні, групові).

Заняття в групах здоров'я носять, як загальнооздоровчий характер для людей, які не мають серйозних відхилень за станом здоров'я, а також спеціально спрямований характер з урахуванням специфіки хвороби.

Основними засобами занять є легко дозуючі по навантаженню вправи основної гімнастики, плавання, легкої атлетки. Кращий оздоровчий і тонізуючий ефект досягається при комплексному використанні вправ, бажано різноманітних. Заняття проводяться за спеціально розробленими програмами під керівництвом методиста і наглядом лікаря.

Індивідуальні заняття реабілітаційного типу можуть також носити, як загальнооздоровчий, так і спеціально-спрямований характер. Наприклад, під час функціональних порушень серцево-судинної і дихальної систем, потрібно широко використовувати фізичні вправи аеробного характеру.

Під час самостійних занять, без медичного контролю, максимальна ЧСС під час навантажень не повинна перевищувати 130 уд./хв. для людей молодших 50 років і 120 уд./хв. людей старших 50 років [3].

Оздоровчо-реабілітаційна культура відіграє важливу роль і в системі наукової організації праці. Проведення профілактичних міроприємств в фізкультурно-оздоровчих центрах дозволяє зняти стресові явища і негативні наслідки, які виникають внаслідок фізичного і психологічного перенапруження на виробництві і сучасних умов життя. В комплекс профілактичних міроприємств входять різні відновлювальні вправи, які застосовують в режимі і після робочого дня, масаж, баня, психорегулюючі та інші засоби.

Велику роль в системі підготовки спортсмена відіграє і спортивно-реабілітаційна фізична культура. Вона спрямована на відновлення функціональних і пристосувальних (адаптаційних) можливостей організму після довгих періодів напружених тренувальних і змагальних навантажень, особливо під час перетренування і ліквідації наслідків спортивних травм.

Таким чином, використання сучасних методів і засобів оздоровчо-рекреативного напрямку є важливим чинником зміцнення здоров'я, зниження рівня захворювань, та активного відпочинку людей всіх категорій віку, статі, та за іншими ознаками.

Список використаної літератури

4. Готовцев П.И. Долголетие и физическая культура. – М.: Физкультура и спорт., 1985.- 96с.
5. Матвеев Л.П. Теория и методика физической культуры. Учебник для ин-тов физ. культуры. – М.: "ФиС", 1991.- 543с.
6. Озолень П.П. Адаптация сосудистой системы к спортивным нагрузкам. – 2-е изд., перераб. и доп. – Рига: Знание, 1984.- 134с.
7. Пирогова Е.А., Иващенко Л.Я., Страпко Н.П. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека – Киев: Здоров'я, 1986.- 150с.

8. Розенблат В.В. Проблема утомлення / Изд.2-е, перераб, и доп. – М.: Медицина, 1975.- 240с.

ПРІОРИТЕТИ ТА СКЛАДНОСТІ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

Шулiк Д.В.

ВП «Лисичанський педагогічний коледж

ЛНУ імені Тараса Шевченка»

м.Лисичанськ

Міжнародні стандарти в галузі прав людини ґрунтуються на ідеї участі кожної особи в суспільному житті на засадах рівності й без дискримінації (ООН,1993). Поширення в Україні процесу інклюзивного навчання дітей з обмеженими можливостями фізичного та/або психічного здоров'я є не лише відображенням часу, але й представляє собою ще один крок до забезпечення повної реалізації прав дітей з особливими потребами на якісну освіту.

Інклюзія – це включення, додавання, пристосування, тобто:

- залучення в освітній процес кожної дитини за допомогою освітньої програми, яка відповідає його здібностям;
- задоволення індивідуальних освітніх потреб особистості, забезпечення умов її супроводу.

У педагогіці інклюзивна освіта розглядають як процес розвитку загальної освіти, який має на увазі доступність навчання для всіх, в плані пристосування до різних потреб кожної дитини, що забезпечує доступ до освіти для дітей з особливими потребами.

В його основу покладено переконання про виключення будь-якої дискримінації особи і рівного ставлення до всіх людей. Ідея інклюзивного навчання як педагогічної системи, органічно сполучає спеціальне і загальне освіту, належить Л.С. Виготському, який в 30-і роки 20 століття одним з перших обґрунтував необхідність такого підходу. Його думки про зв'язок між соціальною активністю, соціальному оточенні і індивідуальним розвитком людини заклали методологічну основу соціально-освітньої інтеграції дітей з проблемами в розвитку [3].

Інтеграція являє, на думку багатьох авторів, процес розвитку, результатом якого є досягнення єдності і цілісності всередині системи, заснованої на взаємній підтримці окремих спеціалізованих елементів.

Традиційно, в спеціальній педагогіці, людини з обмеженими можливостями здоров'я характеризують як індивіда, що має фізичний і (або) психічний недоліки, що вимагають створення спеціальних умов для отримання освіти при освоєнні навчальних програм. У інклюзивної середовищі створюються умови, що враховують особливі освітні потреби людей даної категорії, тобто потреби, які з тієї чи іншої причини ускладнюють отримання освіти.

Інклюзивна освітня модель розглядається багатьма дослідниками як статичне навчання дітей, насилу піддається будь-яким змінам, а як динамічна дія, спрямоване на постійне варіативної зміна умов навчально-виховного процесу, націленого на облік індивідуальних можливостей кожного вихованця. Справжня інклюзія, на думку авторів наукових публікацій, не протиставляє, а зближує дві освітні системи – загальну і спеціальну.

Пріоритетами в побудові моделі інклюзивної освіти є:

- прийняття філософії інклюзії усіма учасниками освітнього процесу;
- пріоритет соціальної адаптації дитини на кожному віковому етапі;
- розвиток основних комунікативних і практичних компетенцій;
- профілактика і подолання штучної ізоляції дитини.

До основних принципів інклюзії дослідники відносять [1]: еволюційність і поетапність розвитку інклюзивної практики; системний характер змін ціннісних, організаційних і змістовних компонентів включеного освіти і їх безперервність.

Так само існує класична категорія принципів інклюзивної освіти:

- 1) цінність людини не залежить від його здібностей і досягнень;
- 2) кожна людина здатна відчувати і думати;
- 3) кожна людина має право на спілкування і на те, щоб бути почутим;
- 4) всі люди потребують один одного;
- 5) справжня освіта може здійснюватися тільки в контексті реальних взаємин;
- 6) всі люди мають потребу в підтримці і дружбі однолітків;
- 7) для всіх учнів досягнення прогресу швидше може бути в тому, що вони можуть робити, ніж в тому, що не можуть;
- 8) різноманітність підсилює всі сторони життя людини.

Перші спроби включити дітей з особливостями розвитку в загальноосвітній процес наразі мають стільки перешкод, що ставлять під сумнів українську інклюзію як таку. Для існування толерантного, а краще сказати, морального суспільства, інклюзія вкрай необхідна – це вже доведений факт. Це як вулиця з двостороннім рухом. Діти з особливими потребами вимагають рівних можливостей і адекватної цьому соціалізації, що їй надає їм інклюзія. А діти здорові при звичаються сприймати фізичні вади цілком нормально, відчувати іншого як рівного, допомагати, стають чуйними та людянішими. Це і є природне, реальне виховання моральності, без патетики та декларацій.

Багатий практичний досвід інклюзивної освіти в ряді європейських країн однозначно свідчить, що з досягненням певного правового, культурного і економічного розвитку суспільства і держави успішна інтеграція дітей з обмеженими можливостями здоров'я в звичайні навчальні установи стає не тільки можливою, але і необхідною. Грамотна організація інклюзивної освіти в загальноосвітній організації включає в себе обов'язкові заходи.

Спеціальна підготовка або перепідготовка персоналу. Через нестачу практичних навичок і знань більшість педагогів просто не готове навчати дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Тому організація спеціальної підготовки для всіх вчителів стає завданням першорядної важливості. Крім того, успішне створення умов для інклюзивної освіти є можливим тільки зі збільшенням в загальноосвітніх установах кількості логопедів, дефектологів, психологів та медичних працівників.

Забезпечення ефективної взаємодії на всіх рівнях. Реалізація принципів прийняття та взаємодопомоги передбачає створення міцних зав'язків між цільовим освітньою установою і центрами психологічної допомоги, профільними відомствами та медичними організаціями. Не менш важливим є організація якісного зворотного зв'язку між установою та сім'єю, яка виховує дитину з обмеженими можливостями здоров'я.

Матеріально-технічне оснащення установ. Створення доступного середовища в освітній установі для дітей з обмеженими можливостями здоров'я вимагає установки пандусів, поручнів та огорожувальних бортів, а також наявності спеціалізованих туалетних кабін. Крім того, необхідно розширити дверні отвори, передбачити додатковий простір в класах, встановити електроакустичні прилади і сигнальні лампочки, використовувати великі контрастні таблички для написання назв класних кабінетів і дублювати їх шрифтом Брайля. Слід продумати і всі інші практичні моменти, які стають причинами незручностей для дітей з обмеженими можливостями здоров'я.

Без створення відповідної інфраструктури неможливо забезпечити комфортні умови для навчання дітей з обмеженими можливостями. А суть інклюзивної освіти як раз і полягає в тому, що усунути будь-які бар'єри в отриманні якісної освіти для кожної дитини.

Література

1. Бугайова І. Соціалізація дітей з проблемами у розвитку//Дефектолог № 5, 2007, – с.15-18.
2. Голубева А.В. Социальная адаптация детей-инвалидов: воспитание и обучение детей-инвалидов. Социальная адаптация. Правовые вопросы социальной защиты детей-инвалидов. // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2004. – № 5. – С. 55-63.
3. Нижник О. Допомога дітям з особливими потребами: Психолог. Бібліотека. – К.: Главник, 2004.
4. Чубарук О., Луценко Т. Навчання учнів з особливостями психофізичного розвитку. Інклюзивна освіта //Дефектолог, Шк.світ», 2006. – с.34-43.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Деніелс Е. Залучення дітей з особливими потребами до загальноосвітніх класів / Е. Деніелс, К. Стаффорд. – Львів: Т-во «Надія», 2000. – 255 с.
2. Діти з особливими потребами у загальноосвітньому просторі: початкова ланка / Під ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – К.: 2004. – 152 с.
3. Дятленко Н. Оцінка впливу інклюзивної моделі освіти на учасників проекту / Н. Дятленко, Н. Софій, Ю. Кавун. — К.: Всеукраїнський фонд «Крок за кроком», 2005. –11 с.
4. Єфімова С. М. Вивчення стану готовності педагога до інтегрованого навчання дітей з особливими потребами в умовах загальноосвітнього навчального закладу / С. М. Єфімова // Наук. записки Інституту пси хології АПН України ім. Г. С. Костюка. – Вип. 26. – К., 2005. – С. 55-58.
5. Засенко В.В. Інтеграція осіб з порушеннями слуху: проблеми, пошуки, перспективи / В. В. Засенко // Крок до компетентності та інтеграції в суспільство: наук. метод. зб. – К.: Контекст, 2000. – С. 61-63.
6. Засенко В. В. Сучасні проблеми теорії і практики навчання дітей з особливими потребами / В. В. Засенко // Сучасні тенденції розвитку спеціальної освіти (українсько канадський досвід) = Modern trends in special education development (Canada Ukraine Experience): матер. міжнар. конф., 25–26 травня Київ, 2004 р. [під ред.: В. І. Бондаря, Р. Петришина]. – К.: Наук. світ, 2004. – С. 26–30.
7. Инклюзивное образование. Политика, содержание и сравнительные перспективы / Под ред. Ф. Армстронга, Д. Армстронга, Л. Бартона. – Лондон. 2000. – 78 с. (европ. опыт).
8. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія / А. А. Колупаєва. – К.: «Самміт Книга», 2009. – 272 с.
9. Саламанкская декларация. Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями, приняты Всемирной конференцией по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество. Саламанка, Испания, 7-10 июня 1994 г. – К., 2000. – 21 с.
10. Сейфер С. Індивідуалізація навчання дітей молодшого шкільного віку / С. Сейфер, М. Батман. – К.: Всеукраїнський фонд «Крок за кроком», 2000. – 198 с.
11. Магдюк Л. Б. Соціальна та гендерна справедливість та рівність у програмах професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації робітничих кадрів: навчально методичий посібник / Магдюк Л. Б., Ілько І. В. та ін. / Під заг. ред. Л. І. Даниленко. – К.: ТОВ «Етіс плюс», 2007. – 96 с.
12. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів / Резолюція Генеральної Асамблеї ООН № 48/96, прийнята на сорок восьмій сесії ООН 20 грудня 1993 року. – К.: ВГСПО «НАІ України», 2003. – 40 с.
13. Inclusive Education. An overview of international experiences and approaches. Dark and Light Blind Care Foundation, Veenendaal, Netherlands. – 2008.
14. Inclusion of disabled people in Vocational Training and Income. An overview of international experiences and approaches. Dark and Light Blind Care Foundation, Veenendaal, Netherlands. – 2008.
15. Index for inclusion. Developing learning and participation in schools. Tony Booth and Mel Ainscow. Editing and production for CSIE Mark Vaughan. – 2002.
16. Index for inclusion. Developing play, learning and participation in early years and childcare. Tony Booth, Mel Ainscow and Denise Kingstone? Production for CSIE Mark Vaughan. – 2006.

КОРИСНІ РЕСУРСИ

1. Віденська декларація (Vienna Declaration/programme for All, 1993), www.ilo.org/public/english/employment/skills/disability.

2. Дакарські рамки дій (Dakar Framework for Action, UNESCO, 2000), www.unesdoc.unesco.org.
3. Жомтьєнська декларація (Education for All, Jomtien, 1990), [www.unesco.org/education/efa/ed for all/background/ jomtien declaration/](http://www.unesco.org/education/efa/ed%20for%20all/background/jomtien%20declaration/)
4. Конвенція ООН про права інвалідів (UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006) [www.un.org/disabilities/convention/ conventionfull.shtml](http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml).
5. Конвенція ООН про права дітей (UN Convention on the Rights of the Child, 1089) www2.ohchr.org/english/law/pdf/crc.pdf.
6. Конвенція ООН про захист прав та гідності осіб з інвалідністю (Comprehensive and Integral International Convention on the protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities, 2006), www.un.org/esa/socdev/enable/documents/
7. Освіта для всіх — ініціатива «Швидке простеження» (Education for All — Fast Track Initiative), [www.education fast track.org/default.asp](http://www.educationfasttrack.org/default.asp).
8. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (Standard Rules on the Equalization of Opportunities of Persons with Disabilities, UN, 1993), www.independentliving.org/standardrule.
9. Саламанкська декларація та Рамки дій (Salamanca Statement and Framework for Action, UNESCO, 1994), www.unesdocunesco.org.
10. Флагманські ініціативи (Flagship Initiatives, 2000), [www.unesco.org/edu cation/efa/knowsharing/flagship initiatives/disability last version..shtml](http://www.unesco.org/education/efa/knowsharing/flagship%20initiatives/disability%20last%20version.shtml).
11. Цілі розвитку тисячоліття (The Millennium Development Goals, 2007), www.mdgs.un.org.

ПАЗЛ-ГЛОСАРІЙ

Адаптація – пристосування дитини до існуючих в суспільстві вимог і критерій оцінки за рахунок присвоєння норм і цінностей даного суспільства.

Адаптивне плавання – навчання плаванню осіб з обмеженими можливостями (інвалідів), вдосконалення рухових здібностей і плавальної підготовленості, що дозволяють в якійсь мірі компенсувати втрачені рухові функції.

Алалія (грец. α - без і λαλία - розмова) – відсутність або недорозвиток мовлення, спричинений органічним ураженням мовленнєвих зон кори головного мозку внутрішньоутробно чи в ранньому віці.

Артпедагогіка – особливий напрямок в педагогіці, за допомогою якого навчання, розвиток та виховання особистості дитини відбувається на основі мистецтва під час викладання будь-якої дисципліни.

Асистенти педагогічних працівників – однією з передумов забезпечення якісної освіти для всіх учнів (слухачів) ДНЗ є забезпечення асистентів педагогічних працівників. Станом на вересень 2011 року Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України розробило відпо відні нормативно правові документи, які регламентують роботу асистентів педагогів. Асистенти педагогів відносяться до категорії педагогічних працівників і допомагають педагогам при плануванні навчального процесу, підготовці навчальних матеріалів, наданні індивідуальної допомоги учням (слухачам), які її потребують. Асистенти педагогічних працівників входять у штатний розклад ДНЗ.

Аутизм – важкий психічний розлад, крайня форма самоізоляції, занурення в себе.

Афазія (грец. αφασία - оніміння, від α - без і φασίς - висловлення) – розлад мовлення, який може виникнути внаслідок локального ураження кори головного мозку, що асоціюється з відповідною мовною діяльністю. Є симптомом деяких хвороб.

Афонія (грец. αφωνία - німота, заніміння) – втрата звучності голосу при збереженні шепітної мови.

Безбар'єрне середовище – середовище, яке пристосоване для вільного пересування людей з функціональними обмеженнями через медичні, вікові, інші причини.

Брадилалія (від грец. bradys - повільний, lalia - мовлення) – патологічно уповільнений темп мовлення.

Вміння – готовність людини ефективно виконувати дії (або діяльність) відповідно до мети і умов, за яких необхідно діяти; основою вмінь є знання; розрізняють розумові, практичні, часкові, загальні та узагальнені вміння.

Гіперактивні діти – це діти, поведінка яких характеризується неухважністю, надмірною активністю та імпульсивністю, що проявляються в різних ситуаціях і зумовлюють стійку соціальну чи шкільну дезадаптацію.

Гіперактивність – стан, при якому активність і збудливість людини перевищує норму. У випадку, якщо подібна поведінка є проблемою для інших, гіперактивність трактується як психічний розлад. Гіперактивність частіше зустрічається у дітей і підлітків.

Гіперактивність, або гіперкінетичний синдром, – нейропсихіатричний розлад, «вбудований» у темперамент дитини.

Групи ризику - це категорії дітей, чий соціальний стан за тими або іншими ознаками не має стабільності, які практично не можуть поодиноці перебороти труднощі, що виникли в їхньому житті; все це в результаті може призвести до втрати ними соціальної значущості, духовності, морального образу, біологічної загибелі.

Дельфінотерапія – спілкування з дельфінами, яке дозволяє поліпшити психоемоційний стан людини і зняти психологічну напругу.

Демонізація – це такий прийом, коли про будь яку людину або щось повідомляють виключно негативну інформацію, тобто її фільтрують таким чином, щоби представити їх у найбільш невігідному вигляді.

Дефект розвитку – психічна або фізична вада, що викликає порушення нормального розвитку дитини. Основні види – вади зору (сліпота), слуху (глухота, туговухість), розуму (олігофренія), мовлення, опорно-рухового апарату

Дефектолог – спеціаліст з повною вищою освітою за спеціальністю дефектологія - за напрямками: олігофренопедагогіка, тифлопедагогіка, сурдопедагогіка, логопедія.

Дефектологія – наука, що вивчає закономірності й особливості розвитку дітей з фізичними та психічними вадами та питання їхнього навчання й виховання.

Логопед – фахівець широкого профілю, який працює з усіма видами мовних порушень.

Дизартрія – порушення вимовної сторони мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи.

Дисграфія (від грец. **dis** - префікс, що означає розлад, **γραφεῖν** - пишу) – нездатність оволодіти письмом та навчитись читати за нормального розвитку інтелекту.

Дискримінація – навмисне обмеження або позбавлення прав певних категорій громадян за їхньою расовою або національною приналежністю, політичними або релігійними переконаннями, статтю тощо.

Дискримінація за ознакою інвалідності – відповідно до Конвенції ООН про права інвалідів означає будь яке розрізнення, виключення чи обмеження із причини інвалідності, метою або результатом якого є при меншення або заперечення визнання, реалізації або здійснення нарівні з іншими всіх прав людини й основоположних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, цивільній чи будь якій іншій сфері.

Дислалія, недорікуватість – розлад мови, який проявляється у порушенні вимови звуків.

Дислексія – нездатність оволодіти навичками читання текстів.

Дитина-інвалід – особа віком до 18 років зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності та викликає необхідність надання їй соціальної допомоги і захисту.

Дитячий церебральний параліч – є узагальнюючим терміном для групи захворювань, які проявляються в першу чергу порушеннями рухів, рівноваги та положення тіла.

Діти з особливими освітніми потребами – поняття, яке широко охоплює всіх дітей, чий освітні потреби виходять за межі загальноприйнятої норми, йдеться про дітей із особливостями психофізичного розвитку, обдарованих, а також дітей із соціально вразливих груп (вихованців дитячих будинків та ін.).

Діти з особливостями (порушеннями) психофізичного розвитку – діти, які мають зумовлені природженими чи набутими розладами відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку.

Емпатія (від грец. *empathēia* - співпереживання) – емоційна чуйність людини на переживання іншого.

Емпатія - (співпереживання) - збагнення емоційних станів іншої людини, здатність емоційно відгукуватися на переживання інших людей.

Загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) – різні мовленнєві розлади, при яких у дітей порушене формування всіх компонентів системи мовлення, що відносяться до звукової і змістовної сторони.

Заїкання – вада мовлення, що виявляється у мимовільному повторенні окремих звуків, складів або цілих фраз, неприродному розтягуванні звуків або блоках мовчання, протягом яких людина, що заїкається, не може вимовити звук.

Затримка психічного розвитку – це поняття, яке говорить про сповільнення темпу психічного розвитку, яке частіше виявляється під час вступу до школи і виражається в недостатності загального запасу знань, обмеженості уявлень, незрілості мислення, малій

інтелектуальній цілеспрямованості, переважанні ігрових інтересів, швидкою перенасичення в інтелектуальній діяльності.

Затримка психічного розвитку – це порушення нормального темпу психічного розвитку, в результаті чого дитина шкільного віку залишається в колі дошкільних ігрових інтересів.

Здібності – індивідуально-психологічні особливості як суб'єктивна умова успішного виконання визначеного типу діяльності. Здібності не зводяться до знань, умінь та навичок індивіда, їх проявами є швидкість, глибина, легкість і міцність оволодіння засобами та прийомами діяльності, формуються на основі задатків.

Знання – це відображення дійсності, сукупність відомостей про неї, форма духовного оволодіння дійсністю, інформація.

Інвалід – особа, частково або повністю нездатна виконувати певні дії, втратила працездатність остаточно чи на тривалий час.

Інвалід – особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими розладами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження життєдіяльності.

Інвалідність – відповідно до Конвенції ООН про права інвалідів означає результат взаємодії, яка відбувається між людьми з порушеннями здоров'я та бар'єрами, які існують у середовищі та у стосунках з іншими людьми, що заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

Інвалідність – втрата особою фізичної чи розумової спроможності, що виникла внаслідок хронічного захворювання, травми чи патологічного стану.

Інвалідність – передбачає втрату або дефіцит фізичної чи розумової спроможності.

Індивідуальна програма реабілітації – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

Індивідуальна програма реабілітації – комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, термінів реабілітаційних заходів з визначенням порядку і місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей конкретної особи до виконання видів діяльності, визначених у рекомендаціях медико-соціальної експертної комісії.

Індивідуальний навчальний план – документ, який містить детальну інформацію про дитину, її сильні та слабкі сторони, навчальні та спеціальні послуги, які вона має отримувати.

Індивідуальний навчальний план (ІНП) – письмовий план, який розробляється командою педагогів і містить короткотермінові та довготермінові цілі, що відображають і враховують попередньо оцінені потреби і здібності дитини.

Інклюзивна освіта – відповідно до Саламанкської декларації та Рамок дій, затверджених ООН у червні 1994 р., «...освітні системи і навчальні програми повинні враховувати широку різноманітність характеристик і потреб», а «учні зі спеціальними навчальними потребами повинні мати доступ до звичайних навчальних закладів, які забезпечують особистісно зорієнтований підхід і тим самим потреби учнів».

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

Інклюзивна школа – заклад освіти, який забезпечує інклюзивну освіту як систему освітніх послуг, зокрема адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовуючи наявні ресурси, залучаючи батьків, співпрацюючи з

фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей, створює позитивний клімат у шкільному середовищі.

Інклюзивна школа – модель закладу освіти, який забезпечує інклюзивну освіту як систему освітніх послуг, зокрема: адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовує існуючі в громаді ресурси, залучає батьків, співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних освітніх потреб дітей, створює позитивний клімат у шкільному середовищі.

Інклюзивний навчальний заклад – відповідно до Саламанкської декларації та Рамок дій⁸, затверджених ООН у червні 1994 р., інклюзивний навчальний заклад – це заклад, який «забезпечує якісну освіту для всіх учнів, у тому числі й учнів з важкими порушеннями розвитку», забезпечуючи при цьому «необхідну додаткову підтримку» для цих учнів.

Інклюзивний підхід – створення таких умов, за яких усі учні мають однаковий доступ до освіти, у тому числі діти з особливими освітніми потребами, які навчаються в загальноосвітніх школах; водночас усі учні мають можливість отримати досвід, знання, що сприяють подоланню упереджень й дискримінації та сприяють формуванню позитивного ставлення до тих, хто «відрізняється».

Інклюзія (від лат. inclusion – включення, введення, приєднання) – політика і процес, що передбачає отримання рівних можливостей у навчанні та соціальному житті для всіх дітей, що передбачає створення таких умов, за яких «особливі» діти не відділяються від інших.

Інклюзія – це політика й процес, який передбачає отримання більших можливостей в навчанні та соціальному житті для всіх дітей (з особливими потребами та інших дітей).

Інтеграція - зусилля, спрямовані на введення дітей з особливими освітніми потребами у регулярний освітній простір. Ми пристосовуємо учня до вимог школи.

Іпотерапія – це спілкування з кінями і верхова їзда.

Кабінет психологічного розвантаження – вдосконалений варіант кімнати відпочинку, в якій створені оптимальні умови для швидкого і ефективного зняття емоційного перенапруження, відновлення працездатності, проведення психотерапевтичних та психогігієнічних заходів.

Компенсація – відновлення недорозвинутих чи порушених психофізичних функцій шляхом використання збережених чи перебудови частково порушених функцій.

Конвенція – міжнародний договір або угода про якесь конкретне питання між двома чи більшою кількістю країн (також можуть викорис товуватись терміни «протокол», «пакт»). Після прийняття конвенції роз робляються міжнародні норми та стандарти. У цьому випадку країни, що підписали та ратифікували конвенцію, повинні дотримуватися цих норм і стандартів. Конвенції мають більшу силу, ніж декларації, тому, що вони стають обов'язковими до виконання урядами країн, які їх підписали та ратифікували.

Корекція (від лат. correctio – поліпшення, виправлення) – сукупність психолого-педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на поліпшення та виправлення процесу розвитку особи.

Логопед – спеціаліст, який має повну вищу освіту за спеціальністю «Логопедія». Здійснює навчально-корекційну, компенсаторну, реабілітаційну роботу з дітьми, які мають мовленнєві порушення.

Люди/діти з інвалідністю – дорослі або діти, які мають тривалі фізичні, розумові, ментальні або сенсорні порушення, що при взаємодії з різними бар'єрами можуть перешкоджати повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими.

Мейнстрімінг – розглядається як стратегія, за якої учні з особливими потребами, спілкуються з однолітками на святах, у рамках різних програм дозвілля але при цьому можуть навіть навчатися в різних школах.

Методи навчання – спосіб досягнення навчальної мети, зокрема, послідовних взаємопов'язаних дій вчителя й учнів, які забезпечують засвоєння змісту освіти, формується світогляд учня, розвиваються його здібності.

Мнемоніка (грец. *τα μνημονιχα* — мистецтво запам'ятовування) (мнемотехніка) – сукупність спеціальних прийомів і способів, що полегшують запам'ятовування і збільшують обсяг пам'яті шляхом утворення штучних асоціацій.

Мова – відповідно до Конвенції ООН про права інвалідів включає мовленнєві й жестові мови та інші форми не мовленнєвих мов.

Мотивація – система мотивів або стимулів, яка спонукає людину до конкретних форм діяльності або поведінки. Мотивами можуть виступати уявлення й ідеї, почуття й переживання, що виражають матеріальні й духовні потреби людини. Одна й та сама діяльність може здійснюватись за різних мотивів.

Мультидисциплінарна команда – співпраця фахівців різних спеціальностей з метою обміну інформацією і досвідом для створення нових і вдосконалених методів вирішення проблем та планування навчальної діяльності учнів з особливими потребами.

Навички – дії, складові частини яких у процесі багаторазового повторення стають автоматичними. Навички характеризуються високим ступенем засвоєння і відсутністю по елементної свідомої регуляції та контролю.

Навчальний результат – це загальне твердження, яке визначає, що учень зможе виконувати (видима діяльність або поведінка) наприкінці навчання. Формування навчального результату називають «компетенціями» і «навичками».

Навчання вдома – засвоєння загальноосвітніх навчальних програм особою, яка за станом здоров'я тимчасово або постійно не відвідує навчальний заклад, коли навчання здійснюється вдома педагогічними працівниками відповідних навчальних закладів, у тому числі з використанням дистанційних засобів навчання.

Навчання – процес здобуття знань, навичок і установок для певного виду діяльності організованим способом.

Ненаправлена анімалотерапія є взаємодія з тваринами в домашніх умовах. Вона здійснюється без усвідомлення або цілеспрямованого розуміння їх терапевтичного значення.

Обдарована дитина – дитина, наділена задатками і здібностями, які за сприятливих умов дають їй змогу досягти значних успіхів у певному виді діяльності.

Обдарована дитина – дитина, яка володіє комплексом задатків і здібностей, які, за сприятливих умов, дозволяють потенційно досягти значних успіхів у певному виді діяльності.

Педагогіка Монтесорі – система педагогічного виховання, запропонована в першій половині ХХ століття італійським педагогом, ученим і мислителем Марією Монтесорі.

Педагогічні працівники – до педагогічних працівників професійно технічних навчальних закладів та установ професійно технічної освіти належать викладачі, вихователі, майстри виробничого навчання, старші майстри виробничого навчання, інструктори виробничого навчання, методисти, практичні психологи, соціальні педагоги, керівники професійно технічних навчальних закладів та інші працівники, які беруть безпосередню участь у навчально виховній роботі (ст. 45, розділ VIII «Педагогічні працівники» Закону України «Про професійно технічну освіту»).

Підхід, що базується на правах людини (rights based approach) – підхід, який поєднує права людини та соціальну активність для забезпечення справедливості і свободи.

Психологічна адаптація – система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватися до наявних у суспільстві вимог та критеріїв за рахунок присвоєння їй норм і цінностей даного суспільства.

Психологічна підтримка – система соціально-психологічних, психолого-педагогічних засобів і методів допомоги особі з метою оптимізації її психоемоційного стану в процесі формування здібностей і самосвідомості, сприяння соціально-професійному

самовизначенню, підвищенню конкурентоспроможності на ринку праці та спрямуванню зусиль особи на реалізацію власної професійної кар'єри.

Психолого-педагогічний супровід – система діяльності практичного психолога та спеціального педагога, спрямована на створення комплексної системи клініко-психологічних, психолого-педагогічних і психотерапевтичних умов, що сприяють засвоєнню дитиною знань, умінь і навичок, її успішній адаптації, реабілітації, становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, інтеграції в соціум.

Психологопедагогічний супровід – системна діяльність практичного психолога та спеціального педагога, спрямованого на створення комплексної системи клініко - психологічних, психологічно-педагогічних і психотерапевтичних умов , що сприяють засвоєнню знань, умінь і навичок, успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню особи, нормалізації сімейних стосунків, її інтеграції в соціум.

Психотерапевтична функція – спілкування з тваринами в чому сприяє гармонізації їх міжособистісних відносин.

Ратифікація – затвердження вищим органом державної влади міжнародного договору. Ратифікація Україною Конвенції ООН про права інвалідів і Факультативного протоколу до неї зобов'язує державу виконувати основні положення цього міжнародного документа (стаття 4 конвенції).

Реабілітаційна установа – заклад чи відділення, структурні підрозділи, незалежно від форм власності, що здійснюють реабілітацію інвалідів і дітей –інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації.

Реабілітаційні послуги - послуги, спрямовані на відновлення оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності особи з метою сприяння її інтеграції в суспільство.

Реабілітація – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усунення обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство.

Реабілітація – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму, усуненні обмежень їх життєдіяльності для досягнення і підтримання соціальної і матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство.

Ринолалія – порушення тембру голосу та звуковимови, обумовлене анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату.

Розумне пристосування – відповідно до Конвенції ООН про права інвалідів означає внесення, коли це потрібно в конкретному випадку, необхідних і відповідних модифікацій і корективів, що не є надмірними та не виправданими, з метою забезпечення особам з інвалідністю всіх прав людини й основоположних свобод нарівні з іншими.

Розумово відсталі діти – це діти, у яких в результаті органічних уражень головного мозку спостерігається порушення нормального розвитку психічних, особливо вищих пізнавальних, процесів , труднощів формування інтересів і соціальної мотивації діяльності. У багатьох розумово відсталих дітей спостерігаються порушення у фізичному розвитку: дисплазії , деформації форми черепа і розмірів кінцівок, порушення загальної, дрібної і артикуляційної моторики, труднощі формування рухових автоматизмів .

Сенсорика (від лат. *sensus*, «сприйняття») – категорія, що описує безпосереднє сприйняття відчуттів, зовнішніх впливів.

Сенсорна інтеграція – це процес, під час якого нервова система людини отримує інформацію від рецепторів всіх почуттів (дотик, вестибулярний апарат, відчуття тіла або пропріоцепція, нюх, зір, слух, смак), потім організовує їх і інтерпретує так, щоб вони могли бути використані в цілеспрямованій діяльності.

Синдром дефіциту уваги і гіперактивності (скорочено СДУГ) – неврологічно-поведінковий розлад розвитку, що починається в дитячому віці. Проявляється такими симптомами, як труднощі концентрації уваги, гіперактивність і погано керована імпульсивність.

Соціалізація – процес становлення особистості, поступове засвоєння нею вимог суспільства, придбання соціально значимих характеристик свідомості і поведінки, які регулюють її взаємини із суспільством.

Соціальна допомога – система заходів, спрямованих на повернення особи до активного життя та праці, відновлення соціального статусу і формування в особи якостей, установок щодо пристосування до умов нормальної життєдіяльності шляхом правового і матеріального захисту її існування, підготовки до самообслуговування з формуванням здатності до пересування, спілкування, повсякденних життєвих потреб тощо.

Соціальне партнерство – такий тип і система відносин між роботодавцями та ДНЗ, за яких у рамках соціальної згоди забезпечується узгодження їх найважливіших соціально трудових інтересів.

Спеціальна освіта – дошкільна, загальна середня, професійно-технічна та вища освіта, для отримання якої особам з особливостями психофізичного розвитку створюють спеціальні умови.

Спеціальна освіта – дошкільна, загальна, середня, професійно-технічна та вища освіта, для отримання якої особам з особливими психофізичними розвитку створюють спеціальні умови.

Спеціальний навчальний заклад – заклад, створений для навчання осіб з особливостями психофізичного розвитку.

Спеціальний навчальний підрозділ – структурний підрозділ загальноосвітнього навчального закладу, створений для навчання осіб з фізичними та /або розумовими порушеннями, з метою надання спеціальних освітніх послуг, у закладах за місцем проживання осіб.

Спеціальні навчальний заклад – навчальний заклад, створений для навчання осіб з особливостями психофізичного розвитку (школа, школа-інтернат, спеціальний навчально-виховний комплекс, об'єднання, навчально-реабілітаційний центр).

Спеціальні умови для отримання освіти – умови навчання, у тому числі спеціальні програми та методи освіти, індивідуальні технічні навчальні засоби, підручники, навчальні посібники, а також педагогічні, медичні, соціальні та інші послуги, без яких засвоєння загальноосвітніх та професійних навчальних програм особами з особливостями психофізичного розвитку неможливе або значно утруднене.

Спеціальні умови для отримання освіти – умови навчання, в тому числі спеціальні програми та методи освіти, індивідуальні технічні навчальні засоби, підручники, навчальні посібники, а також педагогічні, медичні, соціальні та інші послуги, без яких неможливо або ускладнено засвоєння загальноосвітніх та професійних навчальних програм особам з особливостями психофізичного розвитку.

Спілкування – відповідно до Конвенції ООН про права інвалідів включає використання мов, текстів, абетки Брайля, тактильного спілкування, великого шрифту, доступних мультимедійних засобів так само, як і друкованих матеріалів, аудіозасобів, звичайної мови, читців, а також підсилювальних та альтернативних методів, способів і форматів спілкування, зокрема доступної інформаційно комунікаційної технології.

Спрямована анімалотерапія являє собою цілеспрямоване використання тварин і їх символів. Це використання здійснюється за спеціально розробленим терапевтичним програмам.

Тахілалія (від грец. tachus - швидкий, lalia - мовлення) – патологічно прискорений темп мовлення.

Універсальний дизайн – відповідно до Конвенції ООН про права інвалідів означає дизайн предметів, обстановки, програм і послуг, по яких можна зробити їх максимально

можливою мірою придатними для використання для всіх людей без необхідності адаптації чи спеціальної конструкції. «Універсальний дизайн» не виключає допоміжних пристроїв для конкретних груп осіб з інвалідністю, де це необхідно.

Факультативний протокол – окремий документ, який містить додаткову інформацію, яка не увійшла в текст конвенції.

Феліноterapia являє собою терапевтичний вплив кішок.

Фонд Terre des hommes (Terre des hommes Foundation) – неурядова організація, що надає допомогу у гарячих точках.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

1. **Аліфьоров Євген Олександрович** – студент 3 курсу, групи А спеціальності «Фізичне виховання» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
2. **Аль-Хамадані Наталія Дмитрівна** – викладач дисциплін дошкільної освіти ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
3. **Антохіна Наталія Вікторівна** – практичний психолог КЗ «Лисичанський дошкільний навчальний заклад (ясла-садок) № 5 «Усмішка»
4. **Бершанська Світлана Миколаївна** – логопед Гірської обласної спеціалізованої школи-інтернату
5. **Борисенко Лілія Леонідівна** – викладач дисциплін фізкультурного циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
6. **Брюховецька Оксана Антоліївна** – викладач загальнотехнічних дисциплін ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
7. **Букій Яна Василівна** – студентка 1 курсу, групи А спеціальності «Середня освіта (Фізичне виховання)» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
8. **Буряк Юлія Володимирівна** – студентка 3 курсу спеціальності «Початкова освіта» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
9. **Водолазська Олена Станіславівна** – вчитель художньої культури вищої кваліфікаційної педагогічної категорії Комунального закладу «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»»
10. **Георгієва Наталія Миколаївна** – вчитель початкових класів, старший учитель вищої кваліфікаційної педагогічної категорії Комунального закладу «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»
11. **Заплаткіна Наталія В'ячеславівна** – вихователь-методист, практичний психолог КЗ «Лисичанський дошкільний навчальний заклад (дитячий садок) № 9 «Червона шапочка»
12. **Іващенко Олексій Леонідович** – соціальний педагог, Підгорівська загальноосвітня школа І-ІІІ ст., м. Старобільськ

13. **Ігнатуша Алла Леонідівна** – завідувач навчально-виробничої практики, магістр початкового навчання, вчитель-методист ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
14. **Кіященко Аліна Андріївна** – студентка 4 курсу, групи 45 напряму підготовки «Фізичне виховання*» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
15. **Ковальова Ірина Валентинівна** – учитель-тифлопедагог КЗ «Лисичанський дошкільний навчальний заклад (ясла-садок) № 5 «Усмішка»
16. **Коган Ольга Володимирівна** – завідувач ПМПК міського методичного кабінету Рубіжанської міської ради
17. **Колодна Наталія Анатоліївна** – директор Комунального закладу «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»»
18. **Коптєва Тетяна Сергіївна** – студентка 4 курсу, групи А спеціальності «Фізичне виховання*» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
19. **Крамарева Діана Володимирівна** – студентка 3 курсу, групи А спеціальності «Фізичне виховання*» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
20. **Крилова Матрина Олександрівна** – викладач предметів математичного циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
21. **Крошка Світлана Андріївна** – вчитель-методист, викладач вищої кваліфікаційної категорії предметів фізкультурного циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
22. **Кулікова Тетяна Петрівна** – вчитель початкових класів І кваліфікаційної педагогічної категорії Комунального закладу «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»
23. **Лагутєєва Анастасія Андріївна** - студентка 3 курсу, групи А спеціальності «Фізичне виховання*» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»
24. **Літовка Олена Петрівна** – кандидат педагогічних наук, заступник директора з соціально-гуманітарної роботи, викладач педагогіки ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

25. **Ляшенко Віталій Васильович** – керівник фізичного виховання, викладач дисциплін фізкультурного циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

26. **Ляшенко Катерина Іванівна** – викладач дисциплін математичного циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

27. **Манукян Олена Анатоліївна** – вчитель-дефектолог I кваліфікаційної категорії Комунального закладу «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»

28. **Мельникович Віра Олександрівна** – вчитель початкових класів вищої кваліфікаційної педагогічної категорії Комунального закладу «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»

29. **Міненко Галина Миколаївна** – директор ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка», Заслужений працівник освіти України, магістр управління навчальним закладом

30. **Міньковська Ірина Вікторівна** – вчитель початкових класів Гірської обласної спеціалізованої школи-інтернату

31. **Муринець Людмила Сергіївна** – заступник директора з навчальної роботи Комунальний заклад «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»»

32. **Осташева-Грибанова Оксана Михайлівна** – практичний психолог КЗ ЛДНЗ № 12 «Катруся», м.Лисичанськ

33. **Пивоварова Ганна Сергіївна** – викладач суспільних дисциплін ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

34. **Піменова Катерина Дмитрівна** – студентка 4 курсу, спеціальності «Дошкільна освіта» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

35. **Полулященко Тетяна Леонідівна** – старший викладач Науково-дослідного інституту фізичного виховання і спорту, ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

36. **Полулященко Юрій Михайлович** – директор, кандидат педагогічних наук, доцент Науково-дослідного інституту фізичного виховання і спорту, ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

37. **Постоленко Олена Олександрівна** – студентка 3 курсу спеціальності «Дошкільна освіта» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

38. **Пристинська Тетяна Миколаївна** – магістр фізичного виховання, старший викладач кафедри здоров'я людини і фізичного виховання, співробітник Науково-дослідної лабораторії взаємодії духовного й фізичного розвитку дітей та учнівської молоді Донбаського державного педагогічного університету, м. Слов'янськ

39. **Пристинський Володимир Миколайович** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теоретичних, методичних основ фізичного виховання і реабілітації, завідувач Науково-дослідної лабораторії взаємодії духовного й фізичного розвитку дітей та учнівської молоді Донбаського державного педагогічного університету, м. Слов'янськ

40. **Розувакіна Олена Володимирівна** – вчитель Старобільської загальноосвітньої школи II-III ступенів № 2

41. **Руда Тетяна Олександрівна** – вихователь кваліфікаційної педагогічної категорії «спеціаліст» Комунального закладу «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»

42. **Руденко Олександр Едуардович** – студент 3 курсу спеціальності «Фізичне виховання» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

43. **Сало Ірина Альбертівна** – вчитель англійської мови вищої кваліфікаційної педагогічної категорії Комунального закладу «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік»

44. **Саприкіна Тетяна Георгіївна** – викладач психолого-педагогічних дисциплін ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

45. **Севастьянова Ольга Анатоліївна** – викладач філологічних дисциплін ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

46. **Сергєєва Ірина Юріївна** – викладач філологічних дисциплін ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

47. **Сергієнко Наталія Володимирівна** – викладач загальнотехнічних дисциплін ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

48. **Сидоренко Наталія Миколаївна** – викладач дисциплін дошкільного циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

49. **Ситькова Олександра Валеріївна** – студентка 3 курсу, групи А спеціальності «Фізичне виховання» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

50. **Сліпецький Володимир Петрович** – викладач дисциплін фізкультурного циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

51. **Соколенко Олена Іванівна** – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри ТМФВ Науково-дослідного інституту фізичного виховання і спорту, ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка» м. Старобільськ

52. **Тетюра Микола Володимирович** – практичний психолог, соціальний педагог Лисичанської загальноосвітньої школи I-II ступенів №24

53. **Тищенко Світлана Володимирівна** – вчитель-логопед вищої категорії ДНЗ №8 «Світлячок» м.Лисичанськ

54. **Ткаченко Юлія Олександрівна** - студентка 3 курсу, спеціальності «Дошкільна освіта» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

55. **Ткачук Наталія Олександрівна** - студентка 4 курсу, спеціальності «Дошкільна освіта» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

56. **Утешева Тетяна Костянтинівна** – практичний психолог комунального закладу «Навчально-виховний комплекс «Гарант», м.Лисичанськ

57. **Хомич Олена Миколаївна** – викладач предметів психолого-педагогічного циклу, практичний психолог ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

58. **Хутренко Марина Володимирівна** – студентка 3 курсу, спеціальності «Фізичне виховання*» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

59. **Чугаєнко Олена Олександрівна** – вчитель-дефектолог-логопед Рубіжанської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 3 Рубіжанської міської ради Луганської області

60. **Чурілова Вікторія Євгенівна** – викладач суспільних дисциплін ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

61. **Шевирьова Ганна Георгіївна** – викладач дисциплін природничого циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

62. **Шевирьова Ірина Георгіївна** – викладач дисциплін природничого циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

63. **Шинкарьов Сергій Іванович** – кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізичного виховання Науково-дослідного інституту фізичного виховання і спорту, ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

64. **Шинкарьова Олена Дмитрівна** – викладач кафедри фізичного виховання Науково-дослідного інституту фізичного виховання і спорту, ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»

65. **Шулік Денис Вікторович** – студент 3 курсу, спеціальності «Фізичне виховання*» ВП «Лисичанський педагогічний коледж ЛНУ імені Тараса Шевченка»

Система надання освіти дітям з особливими потребами в умовах сучасного навчального закладу

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції

(мовою оригіналу)

Редакційна колегія:

Міненко Г.М. – директор ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка»

Ігнатуша А.Л. – завідувач навчально-виробничої практики ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка»

Крошка С.А. – голова циклової комісії фізичного виховання, викладач дисциплін фізкультурного циклу ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка»

Сергєєва І.Ю. – методист ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка»

Відповідальна за випуск – Сергєєва І.Ю.

Макет – Крошка С.А.

Здано на виробництво 08.12.2016. Підписано до друку 30.11.2016. Формат 60X84/16

Папір офісний. Друк офсетний Гарнітура Times New Roman

Ум.друк.акр. 3,72 Наклад 3 прим. Зам. № 04/05

Виготовлювач: ФОП Пронькіна К.В.
93110. м.Лисичанськ, вул. Гуценка, 14
Тел.(066) 332 10 55