

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД  
«ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
імені К. Д. УШИНСЬКОГО

Навчально-науковий інститут фізичної культури, спорту та реабілітації

*Кафедра гімнастики та спортивних єдиноборств*

Наталя ЩЕКОТИЛІНА

# *Інклюзія в фізичній культурі*



*Навчальний посібник*

Одеса – 2023

УДК:376-056.36:796.01(075)

Щ-40

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний  
університет» ім. К.Д. Ушинського (протокол № від 27 квітня 2023 р.)*

**Рецензенти:**

**Ірина Миколаївна Орленко** - доктор філософії, завідувачка Одеського обласного центру підтримки інклюзивної освіти КЗВО «ОАНО ООР», регіональний тренер по психодіагностичним методикам WISC IV, Leiter-3, PEP-3, CASD, Conners-3

**Ярмола Наталія Анатоліївна** - заступник директора з наукової роботи Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України, кандидат педагогічних наук, старший науковий співробітник

**Щекотіліна Н. Ф.**

**Інклюзія в фізичній культурі** : навчальний посібник. Одеса : Університет Ушинського, 2023. 202 с.

Навчальний посібник призначений для викладачів закладів середньої освіти, для здобувачів, що навчаються за напрямом підготовки «Спеціальна освіта», «Середня освіта (фізична культура)», «Фізична культура і спорт». У посібнику викладені проблеми порушення розвитку у дітей, виділено загальні закономірності аномального розвитку, представлена класифікація типів психічного дизонтогенеза, розкрито причини і механізми порушення розвитку, дана клініко-психологічна характеристика дітей при різних формах дизонтогенеза. Також у посібнику розкриваються основні аспекти психологічної корекції дітей з проблемами в розвитку. Посібник може бути корисним не тільки вчителям фізичної культури, студентам, а й слухачам, які пройшли перепідготовку в області фізичної культури, тренерам, а також фахівцям, що працюють з дітьми та підлітками в будь якій структурі.

© Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського», 2023

© Щекотіліна Наталя, 2023

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА</b> .....	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ІНКЛЮЗІЇ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ СУЧАСНОЇ ОСВІТИ</b>	
1.1. Правові основи забезпечення організації інклюзивного навчання України.....	<b>14</b>
1.2. Особливі теоретичні риси інклюзії в фізичній культурі.....	<b>15</b>
<b>РОЗДІЛ ІІ. КОНСУЛЬТАТИВНИЙ СУПРОВІД ДЛЯ ВЧИТЕЛІВ, ТРЕНЕРІВ ПО ОСНОВНИМ КАТЕГОРІЯМ ОСОБЛИВИХ ДІТЕЙ</b>	
2.1. Затримка психічного розвитку (ЗПР).....	<b>20</b>
2.2. Інтелектуальні порушення (розумова відсталість, олігофренія).....	<b>32</b>
2.3. Порушення слуху.....	<b>43</b>
2.4. Порушення зору.....	<b>63</b>
2.5. Мовленнєві порушення.....	<b>90</b>
2.6. Порушення опорно-рухового апарату.....	<b>103</b>
2.7. Дитячий церебральний параліч (ДЦП).....	<b>110</b>
2.8. Розлади аутистичного спектру (Аутизм).....	<b>125</b>
2.9. Діти з епілепсією.....	<b>147</b>
2.10. Хромосомні порушення.....	<b>154</b>
<b>РОЗДІЛ ІІІ. СПІЛКУВАННЯ В ІНКЛЮЗІЇ. ДЕСЯТЬ ЗАГАЛЬНИХ ПРАВИЛ ЕТИКЕТУ У СПІЛКУВАННІ З ОСОБЛИВИМИ ДІТЬМИ</b>	
3.1. Вимоги до викладача у роботі з особливими дітьми	<b>168</b>
3.2. Види інклюзії.....	<b>182</b>

<b>ДОДАТКИ</b>	<b>ПРИКЛАДИ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПЛАНІВ ПО ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННЮ ДЛЯ ОСОБЛИВИХ ДІТЕЙ</b>	
	<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>202</b>

## ПЕРЕДМОВА

В останні роки актуальність питань діагностики, навчання і виховання дітей, що мають будь які порушення у розвитку, значно зростає. Діти з порушеннями розвитку потребують особливої уваги і турботи. Для того щоб допомога була більш ефективною, необхідна рання діагностика їх стану та своєчасна корекція і допомога таким дітям. Важливо не просто встановити наявність того чи іншого дефекту, але і визначити його характер, структуру. Своєчасна допомога дозволяє підвищити ефективність адаптації та інтеграції в соціум таких дітей.



**Метою даної роботи** не є всебічне і поглиблене вивчення захворювань особливих дітей і підлітків. Завдання ми бачимо в іншому – відобразити загальні питання даної проблеми і розглянути підходи в їх вирішенні.

У навчальному посібнику розглядаються теоретичні та методологічні проблеми порушень розвитку особливих дітей та підлітків; проводиться розмежування нормального і порушеного розвитку; відображені спадкові, біологічні, соціальні та психогенні чинники, що призводять до психічного

дизонтогенезу на різних етапах розвитку дитини і підлітка; наведені різні варіанти класифікації порушень психічного розвитку в залежності від критеріїв, взятих в якості підстави.

У посібнику також розкриваються основний зміст і форми організації психокорекційної роботи; визначені основні задачі, принципи та організаційні аспекти корекції психічного, фізичного розвитку дітей і підлітків; представлені основні напрямки корекції з урахуванням структури порушення психіки, особливостей мотиваційної та емоційної, вольової і інтелектуальної та фізичної сфер.

Наведемо приклад «базового» переліку спеціальностей педагогічного закладу вищої освіти. Так, Навчально-науковим інститутом фізичної культури, спорту та реабілітації Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» здійснюється підготовка фахівців за спеціальністю — 017 Фізична культура і спорт. За час навчання випускники цієї освітньої програми отримують освітній ступінь «бакалавра» та професійну кваліфікацію «Фахівець з фізичної культури і спорту» за спеціалізаціями «Тренерська діяльність в обраному виді спорту» або «Фітнес і рекреація» або «Туристична діяльність». Фахівці, які мають освітній ступінь бакалавра можуть вступити до магістратури за спеціальністю 017 Фізична культура і спорт. За умов навчання за магістерською програмою (1 рік і 4 місяці) випускники отримають освітній ступінь «магістра» та кваліфікацію: «Тренер-викладач з обраного виду спорту. Викладач фізичного виховання».

Також, здійснюється набір за спеціальністю 014 «Середня освіта» (Фізична культура) за спеціалізаціями «Фізичне виховання у спеціальному навчальному закладі» та «Методика спортивно-масової роботи». На базі повної середньої освіти за 3 роки і 10 місяців навчання випускники інституту отримують освітній ступінь «бакалавра» та кваліфікацію «Вчитель фізичної культури». Фахівці, які мають освітній ступінь бакалавра можуть вступити до магістратури за спеціальністю: 014 «Середня освіта» (Фізична культура) й

отримати освітній ступінь магістра та кваліфікацію: «Викладач фізичного виховання. Вчитель фізичної культури».

На базі повної середньої освіти, здійснюється підготовка за спеціальністю 016 «Спеціальна освіта», спеціалізацією «Початкова освіта дітей з тяжкими порушеннями мовлення». Закінчивши навчання, випускники отримують освітній ступінь бакалавра та кваліфікацію: «Вчитель-дефектолог. Вихователь дітей з вадами психофізичного розвитку, асистент учителя загальноосвітнього навчального закладу з *інклюзивним* та інтегрованим навчанням». Фахівці з освітнім ступенем бакалавра можуть вступити до магістратури за спеціальністю 016 «Спеціальна освіта» і отримати освітній ступінь магістра та кваліфікацію: «Вчитель-логопед. Викладач корекційної педагогіки (логопедії). Вчитель початкової школи дітей з тяжкими порушеннями мовлення».

Як бачимо, безпосередньо підготовка вчителя фізичної культури здійснюється у межах спеціальності 014 Середня освіта (фізична культура). Проте, підготовку асистента вчителя до роботи в інклюзивному освітньому середовищі охоплює, також, і спеціальність 016 Спеціальна освіта.

На нашу думку, складність підготовки фахівців з фізичної культури та спорту можна описати за допомогою певних міркувань. Цілісна педагогічна система може розглядатися як діалектичний взаємозв'язок двох відносно самостійних підсистем: діяльність педагога і діяльність учнів, кожен з яких, у свою чергу, можна уявити системою за відношенням до її внутрішньої будови. У найбільш загальному вигляді, її функціонування в освітньому процесі школи можна подати таким чином: діяльність учителя ↔ навчальна інформація ↔ діяльність учнів.

Отже, в системі вищої фізкультурної освіти накопичена достатня кількість різноманітних навчальних програм загального і спеціального навчального призначення, спрямованих на підвищення якості навчального процесу, які відрізняються оригінальністю, високим науковим і методичним

рівнем. Однак, не всі з них ураховують потенціал роботи зособливими учнями та не в повному обсязі використовуються у сучасній школі.

З набуттям Україною незалежності, система підготовки фахівців з фізичної культури, спорту та виховання не одразу позбулась неадекватної системи норм та приписів – «нормативів» щодо фізичного виховання дітей, спрямованих лише на фізичну витривалість молоді – маркер тоталітарної країни на кшталт Української РСР. Лише на початку 2000 років система фізичного виховання молоді почала збагачуватись інноваційними формами роботи на уроках (фітнес, пілатес, східні практики дихання, оздоровча гімнастика тощо), які спрямовані на розвиток індивідуальних особливостей та можливостей, потенціалу кожного учня. Сучасна система фізичного виховання вирізняється яскравим здоров'язбережувальним змістом та валеологічним «початком», проте, поширення інклюзії у систему загальної середньої освіти знову актуалізувало питання щодо *індивідуалізації та диференціації* фізичного виховання школярів.

За результатами здійсненої аналітичної роботи визначимось із змістом поняття «учитель фізичної культури».

*Учитель фізичної культури* – фахівець із базовою спеціальною освітою, яка дозволяє йому здійснювати професійно-педагогічну здоров'язбережувальну діяльність на високому методичному і науковому рівні відповідно до програм та методик фізичного виховання, використовуючи найефективніші прийоми, методи і засоби навчання з урахуванням підготовленості, індивідуальних, психофізичних, емоційних особливостей учнів.

Аналітичну роботу розпочинаємо з аналізу категорії «підготовка», адже саме підготовка майбутніх учителів фізичної культури є об'єктом нашого дослідження. Оскільки мова йде про навчання майбутніх фахівців у закладах вищої освіти, до поняття «підготовка» подеколи правомірно додається характеристика «професійна».



Поняття «підготовка» найчастіше трактується як дія, спрямована на забезпечення, здійснення, проведення, виконання чогось (Н. Волкова, Л. Троцько, Л. Хомич). У свою чергу, професійна підготовка педагога – це система організаційних та педагогічних заходів, що забезпечують формування в особистості професійної спрямованості, системи знань, навичок, умінь і ціннісних ставлень до професії (Н. Кузьміна, В. Сластьонін).

Приєднуємось до думки Валентини Моторіної (2010) [88,с.265] про те, що функціями сучасної професійної підготовки майбутнього вчителя є такі: соціально-гуманітарна, психолого-педагогічна, фахова, особистісно-орієнтована, практична. Відтак, вчитель – це особистість, яка має вирішувати надзвичайно широкий спектр функцій. Інтерпретуємо цю інформацію в контексті підготовки вчителя фізичної культури до індивідуальної роботи в умовах інклюзії. Соціально-гуманітарну функцію, думаємо, правомірно доповнити здоров'язбережувальним контекстом, адже збереження здоров'я – є світоглядною парадигмою будь-якої цивілізованої країни. Вважаємо доцільним доповнити професіограму вчителя таким невід'ємним елементом, як «професійна позиція». Особливу увагу в контексті дослідження звертаємо увагу на особистісно-зорієнтовану функцію, адже саме в її проекції вбачаємо індивідуальний підхід, який вважаємо основоположним у контексті підготовки майбутніх учителів фізичної культури до індивідуальної роботи з учнями в умовах інклюзії.

Розглянемо далі в яких контекстах досліджують проблематику підготовки майбутніх учителів фізичної культури науковці, яким чином фіксують причинно-наслідкові та родовидові зв'язки між поняттями, підпорядковують їх.

На думку Анатолія Коноха [50, с. 497], професійна підготовка майбутніх фахівців має розглядатися як цілісна система, що будується на основі органічної єдності загального, особливого й індивідуального. Нам імпонує така логіка аналізу проблеми, модифікуємо її в контексті нашого дослідження.

Підготовка майбутніх учителів фізичної культури до індивідуальної роботи з учнями в умовах інклюзії як загальне – є складовою професійної

підготовки майбутніх фахівців з фізичної культури, спорту і виховання; як особливе – має свою специфіку, зумовлену особливостями професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури; як індивідуальне – відображає залежність ефективності підготовки від особистісних якостей майбутнього фахівця, його психологічної налаштованості на роботу в умовах інклюзії, здатності використовувати арсенал індивідуалізації та диференціації на уроках з фізичного виховання.

В контексті оптимізації професійної підготовки майбутніх фахівців фізичної культури, спорту та виховання здійснював дослідження Олексій Тимошенко [136,с.425]. Під оптимізацією професійної підготовки О. Тимошенко розуміє цілеспрямований вибір педагогами найкращого варіанта побудови процесу, який забезпечує за певний час максимальний результат, що відповідає потребам суспільства стосовно підготовки фахівців. На жаль, дослідження О. Тимошенка здійснено з урахуванням застарілої сітки «спеціальностей» яка уже втратила чинність, проте, провідні наукові положення вважаємо продуктивними в контексті нашого дослідження.

Вчений стверджує, що оптимізація професійної підготовки вчителя фізичної культури стосується таких складових підготовки та її результатів:

- а) форми навчання;
- б) види підготовки;
- в) організаційно-методичне управління професійною підготовкою: форми організації занять, моніторинг якості професійної підготовки;
- г) професійна компетентність;
- д) готовність до здійснення професійної діяльності.

Ми розуміємо представлену тезу таким чином.

Професійна підготовка майбутніх учителів фізичної культури може бути покращена (оптимізована) за рахунок доповнення її елементами підготовки до конкретного виду діяльності – індивідуальної роботи з учнями шляхом уяскравлення інклюзивного контенту професійної підготовки.

Фундаментальне дослідження проблеми професійної підготовки майбутніх фахівців фізичної культури, спорту та виховання здійснила в 2004 році Людмила Сущенко [129,с.326]. Майбутній фахівець фізичного виховання та спорту в дисертації Л. Сущенко розглядається як особистість, яка цілеспрямовано здобуває у вищих навчальних закладах кваліфікацію відповідно до певного освітньо-кваліфікаційного рівня в процесі спеціально організованої навчально-виховної діяльності, спрямованої на підготовку до подальшої професійної діяльності щодо підтримки відповідного рівня фізичної культури населення або досягнення вищих спортивних результатів на олімпійській, світовій чи регіональній аренах у командному чи в індивідуальному вимірах.

В контексті нашого дослідження дуже важливо проаналізувати яким чином вчена тлумачить категорію «підготовка».

Професійна підготовка майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту розглядається Л. Сущенко як процес, який відображає науково й методично обґрунтовані заходи вищих навчальних закладів, спрямованих на формування протягом терміну навчання рівня професійної компетентності особистості, достатнього для організації фізичного виховання різних верств населення регіону й успішної праці в усіх ланках спортивного руху з урахуванням сучасних вимог ринку праці. Як бачимо, результатом підготовки Л. Сущенко обирає компетентність, а не готовність чи підготовленість до діяльності.

Олена Котова в 2011 році довела, що успішність професійно-педагогічної діяльності майбутніх учителів фізичного виховання визначається ефективним поєднанням теоретичної, методичної, технічної та фізичної підготовки, що надає можливість удосконалити основні компоненти підготовки, без засвоєння яких неможливо на високому рівні виконувати професійні обов'язки в загальноосвітній школі [62,с.70].

На думку авторки, теоретична підготовка спрямована на формування системних психолого-педагогічних, медико-біологічних знань та

фундаментальних і прикладних знань з теорії, методики та історії фізичної культури й спорту. У свою чергу, методична – надає можливість сформулювати в студентів як майбутніх фахівців професійні вміння й навички проведення різних форм занять з фізичної культури. Технічна підготовка, на думку О. Котової, – передбачає володіння технікою виконання фізичних вправ різного рівня складності та їхньою руховою структурою. Фізична підготовка, продовжує дослідниця, спрямована на розвиток основних рухових якостей майбутніх учителів фізичного виховання для засвоєння змісту спортивно-педагогічних дисциплін.

Зафіксуємо такий факт: результатом підготовки майбутніх учителів фізичного виховання до профільного навчання, за О. Котовою, постає підготовленість студентів до реалізації програми з фізичної культури для учнів 10–11 класів спортивного профілю, що забезпечується засвоєнням майбутніми вчителями фізичного виховання теоретико-методичних знань, сформованістю рухових навичок, опануванням проєктувальними та профорієнтаційними вміннями.

У дисертації З. Шевців визначено, що професійна підготовка майбутніх учителів початкової школи до роботи в інклюзивному середовищі загальноосвітнього навчального закладу може бути тлумачена як цілеспрямований, керований процес спеціально організованого навчання у вищому педагогічному навчальному закладі, котрий відбувається на засадах системного, акмеологічного, аксіологічного, компетентнісного, діяльнісного підходів, вимагає адекватного добору соціоінклюзивного змісту навчального матеріалу дисциплін, застосування комплексу форм, методів, засобів і технологій, кінцевим результатом якого є сформована соціально-педагогічна компетентність учителів початкової школи для роботи в інклюзивному середовищі загальноосвітнього навчального закладу.

Результатом такої підготовки, на думку З. Шевців, стає готовність до професійної діяльності, розвиток гуманістичної позиції, внутрішньої культури та професійної поведінки, що забезпечить їм здатність сприйняти й зрозуміти

дитину з особливими освітніми потребами та якісно вибудувати поліфункціональну діяльність в інклюзивному середовищі загальноосвітнього навчального закладу.

Підсумовуючи результати аналізу наукового фонду екстраполюємо їх на площину нашого дослідження та зафіксуємо у загальному вигляді визначення феномена «підготовка майбутніх учителів фізичної культури до індивідуальної роботи з учнями в умовах інклюзії».

***Підготовку майбутнього вчителя фізичної культури до роботи з учнями в умовах інклюзії*** визначаємо як педагогічний процес, що є структурним компонентом цілісної професійної підготовки майбутнього педагога, спрямований на усвідомлення майбутніми учителями важливості та необхідності створення безбар'єрного здоров'язбережувального середовища у майбутній професії, формування знань, умінь і навичок індивідуалізації та диференціації у фізичному вихованні дітей з особливими освітніми потребами та розвиток якостей, що сприятимуть успішності реалізації вчителем індивідуального підходу у фізичному вихованні школярів з урахуванням принципів ідеології інклюзії.

# РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ІНКЛЮЗІЇ В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ СУЧАСНОЇ ОСВІТИ

## 1.1. Правові основи забезпечення організації інклюзивного навчання України

Правовою основою забезпечення організації інклюзивного навчання слугує низка розпоряджень і постанов Кабінету Міністрів України, серед яких: «Про затвердження порядку організації інклюзивного навчання у ЗНЗ» (2008), «Про затвердження плану заходів щодо запровадження інклюзивного та інтегрованого навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на період до 2012 року» (2009), «Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання» (2010), «Про заходи щодо розв'язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями» (2011). Гарантують навчання дітей із особливими освітніми потребами в загальноосвітніх навчальних закладах нарівні з усіма Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» (від 25 травня 2017 р. № 2053-VIII) та постанова КМУ від 9 серпня 2017 року № 588 «Про внесення змін до Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах». Запровадження інклюзивної політики в освіті розкриває «Національна стратегія розвитку освіти України на 2012–2021 роки», у якій проголошено пріоритетним завданням розроблення ефективної системи інклюзивного навчання; висунуто вимоги до модернізації системи професійної підготовки педагогічних працівників, здійснення професійної підготовки майбутніх учителів у вищому навчальному закладі на засадах компетентнісного підходу, а також підготовки висококомпетентних фахівців, які здатні демонструвати розвинені інтелектуальні професійні й особистісні якості в інноваційному освітньому просторі.

Залучення дітей із особливими освітніми потребами в освітній процес школи вимагає від учителів переструктуризації професійної діяльності, творчого підходу до розроблення методики навчання і навчально-методичного забезпечення інклюзивного навчання, опанування інноваційними технологіями та спеціальними методами спільного навчання дітей із загальним розвитком і особливими освітніми потребами.

## **1.2. Особливі теоретичні риси інклюзії в фізичній культурі**

Актуальність упровадження інклюзії в освіті посилює потреба професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури до роботи в інклюзивному середовищі, оскільки саме до їх професійних функцій входить контроль за фізичним та психоемоційним станом дитини, а також невизначеність функціонування вищої школи України, пов'язана із переходом від традиційної моделі засвоєння знань до моделі компетентнісного професійного розвитку, що зумовлює необхідність розроблення та реалізації методики її формування.

Теоретичну основу становлять наукові праці вчених у контексті підготовки майбутніх учителів у сучасних умовах (В. Андрущенко, Г. Балл, І. Бех, О. Болюбаш, С. Гончаренко, Н. Гузій, І. Зязюн, В. Кремень, З. Курлянд, Н. Ничкало, О. Пехота, Л. Романишина, О. Савченко, С. Сисоєва та ін.).

Специфіку професійної підготовки майбутніх учителів фізичної культури у закладах вищої освіти студіювали Н. Башавець, Б. Долинський, В. Синьов, О. Дубогай, С. Іванніков, Г. Кондрацька, В. Носко, Б. Шиян та інші вчені.

Розглянути аспекти запровадження інклюзивного навчання можна у вітчизняних наукових роботах (В. Бондар, Л. Будяк, Е. Данілавичюте, Л. Даниленко, І. Демченко, Н. Дятенко, С. Єфімова, В. Зосенко, А. Колупаєва, С. Литовченко, І. Луценко, С. Миронова, Ю. Найда, Н. Назарова, Т. Сак,

Т. Софій, О. Таранченко, В. Тищенко, А. Шевцов та ін.), його організації у вищих навчальних закладах країн Європейського Союзу (Г. Давиденко), а також формування інклюзивної компетентності вчителів початкової школи (З. Шевців) й вихователів дошкільних закладів (С. Альохіна, Ю. Бойчук, О. Бородіна, О. Гноєвська, Г. Косарева, І. Хафізулліна).

Українськими дослідниками опрацьовано такі аспекти проблеми індивідуалізації в освіті: особливості здійснення індивідуалізації у вишах (В. Володько, Н. Завізенна та ін.); формування індивідуального алгоритму навчання (Ж. Богдан, В. Колдаєв, П. Носов та ін.); феноменологія індивідуально-диференційованого підходу до роботи учителя початкової школи (С. Іванніков, Е. Карпова та ін.).

*Індивідуальним* у людині називають те особливе, що вирізняє її з-поміж інших людей, а *індивідуальністю* – яскраво виражену сукупність ознак, властивих окремій людині, які закладені природою або набуті нею в індивідуальному досвіді. Особливими можуть бути інтелектуальні, вольові, моральні, соціальні та інші риси особистості. До індивідуальних особливостей відноситься своєрідність сприймання, мислення, пам'яті, уяви, інтересів, нахилів, здібностей, фізичні можливості, особливості психофізіологічного розвитку. Індивідуальність особистості значною мірою зумовлює процес засвоєння знань, формування всіх якостей особистості.

Глибоке знання індивідуальних особливостей учня необхідне вчителю для вирішення двох завдань, взаємопов'язаних між собою: *індивідуалізації*, як підтримки і розвитку одиничного, особливого, своєрідного як потенціалу особистості; *соціалізації*, як адаптації у соціальному середовищі і самореалізації особистості в ньому.

*Індивідуалізація навчання* – це система засобів, яка сприяє усвідомленню учнем своїх сильних і слабких можливостей навчання, підтримці і розвитку самобутності з метою самостійного вибору власних смислів навчання. Індивідуалізація сприяє розвитку самосвідомості, самостійності й відповідальності.



Сутність *індивідуального підходу до навчання* полягає в управлінні розвитком учня, що базується на глибокому знанні рис його особистості і умов життя. Педагогіка індивідуального підходу передбачає пристосування форм і методів педагогічного впливу до індивідуальних особливостей школяра з метою забезпечення з проєктованого рівня розвитку особистості.

Під *диференціацією* розуміємо таку форму індивідуалізації, коли учні, схожі за певними індивідуальними особливостями (фізичними, емоційно-психологічними, психофізіологічними), об'єднуються в групи для окремого навчання.

*Індивідуальна робота* здійснюється здебільшого за допомогою диференційованих завдань, які враховують особливості індивідуальності учня. *Індивідуальне навчання* в системі загальної середньої освіти організовується з метою створення оптимальних умов для здобуття громадянами певного освітнього рівня або повної загальної середньої освіти відповідно до особистісних потреб, індивідуальних здібностей, можливостей, стану здоров'я, розвитку, нахилів, талантів.

Дітей з нерівномірними, нерівнозначними та нестандартними рівнями фізичного, психічного, емоційного та соціального розвитку називаємо «*діти з особливими освітніми потребами*».

Термін «*інклюзія*» – процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціумі; процес реального залучення осіб із порушеннями в здоров'ї до активного суспільного життя, який передбачає адаптацію соціального середовища до потреб людини.

Поняття «*освітня інклюзія*» - процес, спрямований на забезпечення дітей з особливими освітніми потребами необхідними ресурсами, аби вони в шкільному середовищі могли досягти мінімального рівня ризику, тобто це процес забезпечення безпечної життєдіяльності із досягненням максимальних освітніх результатів.

Поняття «*інклюзивна освіта*» розуміємо як систему освітніх послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права

навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання в умовах загальноосвітнього закладу.

Положення про інклюзивну освіту та досліджень учених дало змогу констатувати, що *інклюзія в освіті* скерована на доступ осіб із особливими освітніми потребами до навчального закладу за місцем проживання шляхом створення безперешкодного безбар'єрного середовища, а ефективність надання освітніх послуг у ньому уможливорює сукупність педагогічного, психологічного та соціального сервісів.

Припущення про те, що саме до вчителя фізичної культури чи тренера суспільство висуває підвищені вимоги та очікування щодо впровадження інклюзії в освіті, оскільки відмінності дітей особливо яскраво проявляються саме в руховій сфері під час цілеспрямованих рухових дій – на занятті спортом, в ігровій діяльності. В інклюзивній освіті фізичне виховання і фізична культура можуть стати значно більшою проблемою в порівнянні з іншими шкільними предметами. Відтак, саме вчителю фізичної культури належить прерогатива вносити зміни в навчальні програми, організації та змісту уроків відповідно до інтересів і можливостей всіх дітей, що навчаються в одному класі.

Отже, *професійна підготовка* – це організований та цілеспрямований процес здобуття та удосконалення фахівцем знань, умінь і навичок, необхідних для виконання професійних завдань.

*Готовність* – це цілісний конструкт в системі особистості, що характеризує емоційно-когнітивну та вольову мобілізаційність суб'єкта в момент його долучення до діяльності певного спрямування.

## РОЗДІЛ II. КОНСУЛЬТАТИВНИЙ СУПРОВІД ДЛЯ ВЧИТЕЛІВ, ТРЕНЕРІВ ПО ОСНОВНИМ КАТЕГОРІЯМ ОСОБЛИВИХ ДІТЕЙ



Організація інклюзивного навчання для особливих дітей характеризується необхідністю підбора педагогічних методів та прийомів, що дозволяють вчителю, тренеру закріпити всі ті навички якими вже володіє дитина та прищипити і розвинути нові можливості за допомогою фізичних вправ, ігор, гімнастик тощо, а також створити позитивне відношення до навчального процесу, та головне залучити, змотивувати і навчити особливу дитину досягати успіхів з подальшим комфортним перебування в соціумі.

У розділі надана інформація для вчителів та тренерів в наступному порядку:

- інформаційна довідка щодо даної категорії;
- памятка для вчителів;
- стислі рекомендації щодо організації навчального процесу;
- словник термінів стосовно даної категорії;
- питання для саморозвитку по даній категорії;
- примітки;

## 2.1. Затримка психічного розвитку (ЗПР)

**Затримка психічного розвитку (ЗПР)** – це уповільнення темпів розвитку, що виражається у недостатньому загальному запасі знань, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів, швидкому пересиченні інтелектуальною діяльністю. У основі ЗПР лежить взаємодія біологічних і соціальні причини.



**Для дитини дошкільного віку із ЗПР характерними є:**

- недорозвиток ігрової діяльності – дитина не приймає запропоновану їй ігрову роль, не дотримується правил гри, віддає перевагу рухливим іграм. У процесі сюжетно-рольової гри така дитина діє з ігровим матеріалом стереотипно, стикається з труднощами при виконанні окремих ролей;
- недостатня пізнавальна активність, швидка втомлюваність, виснажуваність, які серйозно гальмують ефективність розвитку і навчання дитини. Швидка втомлюваність призводить до зниження працездатності, що негативно впливає на засвоєння знань;

- нездатність до узагальнення й цілісності сприймання, які знижують результативність продуктивних видів діяльності, зокрема малювання та конструювання;

- недорозвиток емоційно-вольової сфери, що призводить до негативних проявів у поведінці. Дитина не розуміє, як слід поводитися з дорослими, може бути нав'язливою. Такій дитині складно дотримуватися правил поведінки у групі, підтримувати стосунки зі своїми однолітками тощо.

До дітей із затримкою психічного розвитку відносять дітей. Які не мають виражених відхилень у розвитку. За класифікацією К. С. Лебединської виділяють *чотири основні типи психічного розвитку (ЗПР)*.

#### ➤ **Конституційно зумовлена форма ЗПР**

Сповільненість і нерівномірність розвитку різних систем дитячого організму зумовлює те, що дитина відстає від розвитку інших дітей фізично і психічно. До цього типу відносять спадково зумовлений психічний і психофізичний інфантилізм. У дітей переважають риси емоційно-особистісної незрілості, «дитячість» поведінки. У школі такі діти проявляють себе, як типові дошкільники: безпосередні, емоційні, не вміють керуватися правилами поведінки на уроці. У межах ЗПР конституційного походження також розглядають спадково зумовлену парціальну (часткову) недостатність таких функцій, як праксис (здатність виконувати цілеспрямовані рухи), гнозис (здатність упізнавати предмет), зорова і слухова пам'ять, мовлення, які лежать в основі формування складних міжаналізаторних навичок, таких як малювання, читання, письмо, лічба тощо. У більшості випадків таку форму ЗПР називають конституційно зумовленою.

#### ➤ **Соматично зумовлена форма ЗПР**

Зумовлена хронічними соматичними захворюваннями внутрішніх органів дитини – серця, нирок, печінки, легенів, ендокринної системи. Психічний розвиток гальмується насамперед стійкою астеною, яка знижує загальний фізичний і психічний тонус дитини, робить її млявою, нерішучою,

безініціативною, капризною, боязкою, несприйнятливою до різноманітних уражень.

До негативного впливу самої хвороби часто додається й негативний вплив умов виховання. Оскільки діти ростуть в умовах режиму, що їх оберігає, гіперопіки, у них ускладнене формування позитивних якостей особистості, коло їх спілкування обмежене, недостатність сенсорного досвіду відображається на поповненні уявлень про довкілля.

#### ➤ **Психогенно зумовлена форма ЗПР**

Пов'язана з несприятливими умовами виховання, які обмежують або спотворюють стимуляцію психічного розвитку дитини на ранніх етапах її розвитку. Численні спостереження за розвитком дітей показують, що ЗПР може виникнути в результаті дефіциту спілкування в ранньому дитинстві. Часто цей тип ЗПР виникає у дітей, які виховуються батьками з психічними розладами. Постійні залякування, покарання пригнічують дитину, знижують її психічний тонус і тим самим призводять до ЗПР. Залежно від індивідуальних особливостей психіки дитини виникають різні типи емоційного реагування: в одних дітей спостерігаються агресивність, непослідовність, необдуманість та імпульсивність дій, в інших – нерішучість, плаксивість, різні страхи.

Якщо при вихованні дитини у дорослих переважає гіперопіка, - відмічається інший тип розвитку особистості. Така дитина погано володіє навичками самообслуговування, капризна, нетерпляча, не привчена до співпереживання й самообмеження.

Ефективність педагогічної роботи при цьому типі ЗПР насамперед пов'язана з можливістю перебудови несприятливої сімейної атмосфери.

#### ➤ **Церебрально-органічна форма ЗПР**

Це найпоширеніша і найтяжча форма ЗПР у дітей, яка пов'язана з ураженням головного мозку й викликає найбільш виражені порушення емоційно-вольової та пізнавальної діяльності загалом. Виокремлюють два основних клініко-психологічних варіанти ЗПР церебрально-органічного

генезу. У дитини затримується формування всіх провідних видів діяльності, у тому числі і навчальної.

### **Основні прояви затримки психічного розвитку:**

#### **1. Порушення працездатності та поведінки**

Порушення працездатності та поведінки більшою чи меншою мірою властиві всім дітям із ЗПР. Причиною цього явища є надлишкова виснаженість нервових процесів, їх інертність. У дітей із ЗПР дуже коротка тривалість продуктивної роботи – усього 15-20 хвилин, після чого настає втома. Її прояви неоднакові: одні діти стають млявими, сонними, інші, навпаки, стають непосидючими, багато розмовляють, не реагують або негативно реагують на зауваження.

#### **2. Особливості пізнавальної діяльності**

Зазвичай діти із ЗПР не є допитливими. Задовольняються першою відповіддю на своє запитання й не проявляють наполегливості у процесі вирішення завдання, яке їх зацікавило. Інколи дитина ставить багато запитань, але всі вони одноманітні і свідчать не стільки про інтерес дитини, скільки про його обмеженість.

Характерні такі риси:

-нестійкість (коливання) уваги: веде до зниження продуктивності, обумовлює труднощі виконання завдань, що вимагають постійного контролю, свідчить про незрілість нервової системи. Дитина продуктивно працює впродовж 5-15 мін, потім впродовж якогось часу, хоч би 3 - 7 мін, "відпочиває", накопичує сили для наступного робітничого циклу. У моменти "відпочинку" дитина як би випадає з діяльності, займаючись сторонніми справами. Після відновлення сил дитина знову здатна до продуктивної діяльності і так далі;

-понижена концентрація: виражається в труднощах зосередження на об'єкті діяльності і програмі її виконання, швидкої стомлюваності. Вказує на наявність органічних чинників соматичного або церебрально-органічного генезу;

-зниження об'єму уваги: дитина утримує одночасно менший об'єм інформації, ніж той, на основі якого можна ефективно вирішувати ігрові, учбові і життєві завдання, ускладнено сприйняття ситуації в цілому;

-понижена вибірковість уваги: дитина як би оповита подразниками, що утрудняє виділення мети діяльності і умов її реалізації серед несуттєвих побічних деталей;

-понижений розподіл уваги: дитина не може одночасно виконувати декілька дій, особливо якщо усі вони потребують свідомого контролю, тобто знаходяться на стадії засвоєння;

- "прилипання уваги": виражається в труднощах перемикання з одного виду або знайденого способу діяльності на інший, у відсутності гнучкого реагування на ситуацію, що змінюється;

-підвищене відволікання.

### **3. Сенсомоторний розвиток і чуттєве пізнання дійсності**

У зв'язку з порушеннями центральної нервової системи опрацювання отриманої інформації від органів чуття відбувається менш успішно. Дітям із затримкою психічного розвитку буває складно відрізнити букви, особливо якщо вони подібні за формою; складно написати лист, тому ще це вимагає досить високого рівня просторової орієнтації, щоб розпізнати та відтворити графічне зображення букв, їх розміщення на сторінках зошита. Несформованість просторових уявлень зумовлює й те, що на початку навчання у школі діти із ЗПР ще невпевнено можуть розрізняти праву й ліву сторони, поняття «під, над, вище, нижче, далі, ближче, внизу, зверху». Аналіз переважає над синтезом.

### **4. Особливості мислення**

Діти із ЗПР, розглядаючи предмети та явища, оперують значно меншою кількістю навчального матеріалу, ніж їх однолітки з типовим розвитком. Недостатній рівень сформованості операції узагальнення у дітей із затримкою розвитку виразно проявляється при виконанні завдань на угруповання предметів по родовій приналежності. Тут проявляється трудність засвоєння



ними спеціальних термінів. Це відноситься і до видових понять. В деяких випадках діти із ЗПР добре знають об'єкт, але не можуть згадати його назву. Розподіл по групах простих геометричних фігур на основі виділення однієї з ознак (кольори або форми) не представляє для них особливих труднощів, вони справляються з цим завданням майже так само успішно, як і діти, що нормально розвиваються. При класифікації складного геометричного матеріалу продуктивність виконання роботи дещо знижується. У більшості випадків дітям заважає бідність понятійного словника і невміння встановлювати логічний зв'язок або зрозуміти взаємовідношення предметів і явищ.

### **5. Пам'ять**

Слабка пам'ять у дітей із ЗПР часто привертає увагу педагогів. Діти мають труднощі під час запам'ятовування букв і цифр, таблиці множення, віршів. Довільна і мимовільна пам'ять у дітей із затримкою психічного розвитку є слабкою. Порухення порядку відтворюваних словесних і цифрових рядів.

### **6. Знання й уявлення про навколишній світ**

Часто діти із ЗПР не знають родинних вуз, послідовності днів тижня, місяців, пір року тощо. Спостерігається брак системності знань.

### **7. Розвиток особистості**

Окрім загальних проявів особистості дітей із ЗПР у них інколи проявляються такі риси, які зумовлюються хворобливими порушеннями функціонування нервової системи. На тлі надлишкової виснаженості, загальмованості нервових процесів у деяких дітей проявляються такі характеристики, як млявість, боязкість, плаксивість. Надлишкова збудливість, яка також пов'язана зі швидким виснаженням, веде до бурхливих реакцій до зауважень, до постійних конфліктів з товаришами, бійок. На порушення поведінки негативно впливає і мікросоціальне середовище, в якому ці діти виховуються, особливо їх положення в колективі, досвід неуспішності навчання в школі. Емоційно-вольова незрілість представлена органічним

інфантилізмом. При цьому інфантилізмі у дітей відсутня типова для здорової дитини жвавість і яскравість емоцій. Діти характеризуються слабкою зацікавленістю в оцінці, нижчим рівнем домагань. Навіюваність у них має грубіший відтінок і нерідко відбиває органічний дефект критики. Ігрову діяльність характеризує бідність уяви і творчості, певна монотонність і одноманітність, переважання компонента рухової расторможенности. Саме прагнення до гри нерідко виглядає швидше як спосіб відходу від утруднень в завданнях, чим первинна потреба: бажання грати часто виникає саме в ситуаціях необхідності цілеспрямованої інтелектуальної діяльності, приготування уроків.

У роботі з дітьми, які мають ЗПР важливо забезпечити їх готовність до навчання у школі: розвиток дрібної моторики, фонематичного слуху, формування правильної звуковимови, уточнення доматематичних понять, формування соціально прийнятої поведінки.

### **8. Мовлення**

Діти із ЗПР відрізняються своєрідністю мовленнєвого розвитку. Це проявляється як в затримці темпу розвитку окремих сторін мовлення, так і в характері недоліків мовленнєвого розвитку. Імпресивна сторона характеризується недостатньою диференційованою сприйняття мовленнєвих звуків, відтінків (у 75% спостерігаються труднощі в диференціації звуків). Для експресивної сторони характерні бідний словниковий запас, порушене звукопроизношение, недостатня сформованість лексико-граматичного ладу мовлення.

### **9. Формування читання і листа**

Кількість помилок в листі дітей із ЗПР набагато вище, ніж у їх однолітків з нормальним розвитком. Переважають такі помилки, як пропуски букв, складів, зміщення букв, що означають схожі звуки, а також помилки, обумовлені незасвоєнням і невмінням використати граматичні правила.

Психологічна класифікація дітей із затримкою психологічного розвитку виділяє три форми ЗПР в залежності від їх підстави:

- 1) емоційна незрілість (психічний інфантилізм);
- 2) низький психічний тонус (тривала астения);
- 3) порушення пізнавальної діяльності, пов'язані зі слабкістю пам'яті, уваги, рухливості психічних процесів.

Дві перші форми затримки психічного розвитку - найбільш легкі і переборні, а третя форма межує з легким ступенем розумової відсталості. М. В. Коркіна, Н. Д. Лакосіна і А. Е. Личко запропонували таку класифікацію затримки темпу психічного розвитку:

- дізонтотенні форми, які проявляються в затриманому або спотвореному психічному розвитку;
- затримане розвиток, обумовлений органічним ураженням головного мозку;
- інтелектуальна недостатність, залежна від дефіциту інформації;
- інтелектуальна недостатність, пов'язана з порушеннями сенсорної системи.

#### **Поради батькам, які виховують дитину із затримкою психічного розвитку**

- Слід постійно спрямовувати свої зусилля на розширення у дитини знань та уявлень про навколишній світ, учити спостерігати, порівнювати різні предмети, знаходити між ними спільне та відмінне. Для цього необхідно ознайомлювати дітей з конкретними речами, явищами, формувати уявлення про взаємини між людьми. Варто залучати дитину до праці, щоб вона на власному чуттєвому досвіді засвоювала знання про предмети домашнього вжитку, інструменти тощо. Діяльність з використанням певних предметів полегшує засвоєння їхньої назви, розширює уявлення про їхні особливості, призначення тощо. Так дитина засвоює елементарні поняття.

- Дитину потрібно вчити розповідати за сюжетними картинками. Для цього можна використовувати ілюстрації з художніх книжок, дитячих журналів. Під час розглядання малюнка дорослому слід керувати

сприйманням дитини, привертати увагу до деталей, які важко помітити, пояснювати їхнє значення, активізувати мовлення дитини.

- Слід учити дитину розрізняти та називати колір, форму, розмір предметів, розміщення їх у просторі. Засвоєння сенсорних еталонів та розуміння просторових відношень має велике значення як для інтелектуального, так і для мовленнєвого розвитку дитини. Мовлення збагачується прийменниками, прислівниками і набуває складнішої граматичної структури.

- Для розвитку розумових дій дитину слід учити порівнювати предмети, підводити її до розуміння, що порівнювати – це значить визначати схоже і відмінне. При порівнянні предметів слід допомагати дитині, ставлячи запитання. Скажімо, порівнюючи огірок і яблуко, можна запитати дитину: «Що це?», «Як вони називаються?», «Як вони відрізняються за кольором, формою, величиною?», «Де вони ростуть?» тощо. Дитину слід учити групувати різні предмети за спільними ознаками та називати групу узагальнюючим словом – овочі, фрукти тощо. Для цього слід використовувати серії карток із зображенням різних тварин, птахів, дерев, квітів, овочів, фруктів, ягід, одягу, меблів, посуду тощо.

- Дуже важливо навчити дитину цілеспрямовано планувати свою діяльність. Для цього слід учити дитину виконувати роботу поетапно і позначати кожен етап відповідним знаком, наприклад, певною геометричною фігурою. Коли дитина засвоїть уміння успішно виконувати роботу, користуючись знаками, вона зможе перейти до самостійного планування своєї діяльності.

- Дбаючи про розвиток дитини, слід учити її гратися, зокрема сприяти розширенню тематики та сюжету ігор. Обов'язково слід учити дитину виконувати певні ролі, дотримуватися правил гри. Для цього необхідно частіше гратися з дитиною, беручи на себе ініціативу, як у виборі теми, так і у розгортанні сюжету та встановленні правил гри. Наприклад, щоб дитина почала гратися у магазин, слід сформулювати у неї уявлення про те, що там

відбувається. Тому спочатку потрібно разом з дитиною побувати у магазині, звернути її увагу на те, що роблять продавці, касири, як до них звертаються відвідувачі магазину, що вони купують. Повернувшись додому зі свіжими враженнями, можна починати гру.

## СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

1. *Астенія* – різка ослаблення соматичного і неврологічного характеру, обумовлена функціональними і динамічними порушеннями центральної нервової системи. Астенія то, можливо соматическая і церебрально – астеническая (підвищена виснаженість нервової системи).

2. *Дісгармонійний психічний розвиток* - це вроджена або придбана диспропорційність психіки, переважно, в емоційно-вольовій сфері (ряд психопатій і, так званих, патологічних формувань особистості, що виявляються в юнацькому і зрілому віці).

3. *Дефіцітарний психічний розвиток* - це варіант особливостей розвитку, пов'язаний з недостатністю окремих систем організму: первинні порушення рухової сфери, порушення зору і слуху, інвалідизуючих соматичні захворювання (захворювання серця, дихальної системи, ендокринні захворювання, іноді - дитячий церебральний параліч (ДЦП)).

4. *Доброякісна неспецифічна ЗПР* - це запізнювання становлення рухових, психічних і мовних функцій на будь-якому віковому етапі без появи патологічних синдромом (не пов'язана з пошкодженням мозку).

5. *Загальне психічне недорозвинення* - це загальна стійка затримка психічного розвитку при найбільш ранніх ураженнях мозку - генетичних, внутрішньоутробних, родових, ранніх постнатальних (наприклад, при олігофренії).

6. *Затримка психічного розвитку (ЗПР)* - це уповільнення нормального темпу психічного дозрівання в порівнянні з прийнятими віковими нормами.

7. **Затримка психічного розвитку конституційного походження** - це варіант гармонійного психічного і психофізичного інфантилізм (на перший план в структурі дефекту виступають риси емоційної та особистісної незрілості).

8. **ЗПР психогенного генезу** - це форма ЗПР, при якій можуть виникнути стійкі зрушення в нервово-психічній сфері дитини, що призводить до невротичних і неврозоподібних порушень, патологічного розвитку особистості.

9. **ЗПР соматогенного генезу** - це форма ЗПР, при якій дітей характеризують явища стійкої фізичної та психічної астенії, що призводить до зниження працездатності і формуванню таких рис особистості, як боязкість, боязкість.

10. **ЗПР церебрально-органічного генезу** - це найбільш стійка і важка форма ЗПР, яка обов'язково передбачає порушення інтелектуальних функцій, ущербність емоційно-вольової сфери, фізичну незрілість.

11. **Олігофренія** - це вроджена або придбана в період розвитку затримка або неповне розвиток психіки, що виявляється порушенням інтелекту, викликана патологією головного мозку і веде до соціальної дезадаптації.

12. **Парціальна (нерівномірна) доброякісна неспецифічна ЗПР** - це затримка психомоторного розвитку, при якій виявляється відставання лише однієї або декількох функцій при збереженні інших.

13. **Психофізичний інфантилізм з недорозвиненням емоційно-вольової сфери при зберіганню інтелект** - це найбільш легка форма ЗПР (в цьому випадку спостерігається уповільнене формування емоційно-вольової регуляції, швидке виснаження, нерівномірна дія пам'яті, уваги).

14. **Психофізичний інфантилізм з недорозвиненням пізнавальної діяльності, ускладнений недорозвиненням мовної функції** - це форма ЗПР, при якій діти відчувають труднощі в розумінні складних, багатоступеневих інструкцій (погано розуміють зміст оповідання з прихованим змістом, взагалі утруднений процес сприйняття і осмислення змісту оповідань, казок).

15. **Психофізичний інфантилізм з недорозвиненням пізнавальної діяльності, ускладнений нейродинамічними порушеннями** - це форма ЗПР, при якій у дітей відзначаються функціонально-динамічні порушення корковою діяльності (на тлі затриманого розвитку у таких дітей виражено переважання процесу гальмування, який обумовлює наявність характерних поведінкових проявів: млявість, апатія, пасивність, повільність, стомлюваність).

16. **Пошкоджений психічний розвиток** - це наслідок патогенного впливу на нервову систему в період її відносної сформованості (травми, інтоксикації, спадкові дегенеративні захворювання).

17. **Специфічна або церебрально-органічна ЗПР** - це затримка психомоторного розвитку, яка пов'язана зі змінами структурної або функціональної діяльності мозку (у дітей відзначаються захворювання НС, неврологічні порушення, ознаки ММД (мінімальної мозкової дисфункції)).

18. **Спотворений психічний розвиток** - це поєднання елементів загального психічного недорозвинення з елементами затриманого, прискороного і пошкодженого розвитку окремих функцій.

19. **Тотальна (рівномірна) доброякісна неспецифічна ЗПР** - це затримка психомоторного розвитку, при якій виявляється рівномірне відставання в розвитку всіх функцій.

#### **Питання для самоконтролю:**

1. Що таке ЗПР?
2. Що є характерним для дитини дошкільного віку із ЗПР?
3. Назвіть чотири основні типи психічного розвитку за класифікацією К.С. Лебединського?
4. Які основні прояви ЗПР?
5. Які особливості пізнавальної діяльності у дітей з ЗПР?
6. У чому виражається понижена концентрація дітей з ЗПР?

7. З чим у дитини з ЗПР у школі виникають труднощі через несформованість просторових уявлень?

8. У чому виражається «прилипання уваги» у дітей з ЗПР?

9. Назвіть особливості розвитку мовлення у дітей з ЗПР.

10. Які особливості особистості мають діти з ЗПР?

### **Примітка**

*Важливо пам'ятати що, затримка психічного розвитку є процесом, який можна зкорегувати до рівня норми, адже це уповільнення темпів розвитку дитини, що полягає в основі взаємодії біологічних та соціальних факторів. За класифікацією К. С. Лебединської виділяють чотири основні типи психічного розвитку (ЗПР): конституційно зумовлена форма ЗПР, соматично зумовлена форма ЗПР, психогенно зумовлена форма ЗПР, церебрально-органічна форма ЗПР.*

## **2.2. Інтелектуальні порушення (розумова відсталість, олігофренія)**

**Дитина з інтелектуальними порушеннями** – це дитина, у якої є стійке порушення пізнавальної діяльності внаслідок органічних порушень головного мозку.

**Причини олігофренії. Класифікація за ступенем тяжкості та етіології.** Діти з розумовою відсталістю – одна з найбільш численних категорій дітей, які відхиляються у своєму розвитку від норми. Вони складають  $\approx 2,5\%$  від загальної популяції дітей. Поняття «дитина з інтелектуальними порушеннями» включає в собі досить різноманітну за складом масу дітей, яких об'єднує наявність пошкодження кори головного мозку(далі «ГМ»), що мають дифузний характер. Виникають різноманітні відхилення та порушення, які виявляються в усіх видах психічної діяльності, особливо в процесах мислення.



Переважну кількість таких дітей складають ті, у яких розумова відсталість виникла в результаті різноманітних органічних уражень мозкових систем в період розвитку плоду і до 2-3 років післяродового періоду. Це, власне, **олігофренія**. Розумова відсталість, яка виникла в більш пізньому віці, зустрічається в практиці не часто. При **деменції** ураження мозку виникають після досить тривалого періоду нормального розвитку дитини ( в 5-7 и більше років).

**Причини** розумової відсталості досить різноманітні. Їх прийнято розділяти на **зовнішні (екзогенні)** та **внутрішні (ендогенні)**.



#### **Зовнішні фактори:**

- важкі інфекційні захворювання, які жінка переносить під час вагітності – вірусні захворювання, грип, краснуха та ін.;
- різні інтоксикації, тобто хворобливі стани організму майбутньої матері, що виникають під дією отруйних речовин, що утворюються при порушенні процесу обміну. Інтоксикація нерідко є наслідком надмірного вживання вагітною жінкою ліків. Вони можуть змінити розвиток плода;
- важкі дистрофії жінки під час вагітності;
- зараження плода різними паразитами, існуючими в організмі матері
- при захворюванні вагітної жінки сифілісом нерідко зустрічаються випадки зараження плода спірохетою;

- травматичні ураження плоду. Розумова відсталість може бути наслідком родових травм, що виникають в результаті накладання щипців, здавлювання головки дитини при проходженні через родові шляхи при зтяжних або при надмірно швидких пологах. Тривала асфіксія під час пологів також може мати своїм наслідком розумову відсталість дитини;

Внутрішні фактори:

- фактор спадковості. Встановлено, що приблизно 75% складають генетичні форми розумової відсталості(резус-фактор, хромосомні захворювання);

- порушення білкового обміну в організмі;

- запальні захворювання мозку і його оболонки (менінгіти, менінгоенцефаліти різного походження), що виникли у немовляти, які нерідко служать причинами розумової відсталості;

- різко підвищена радіація місцевості, неблагополучне екологічне середовище, алкоголізм або наркоманія батьків, особливо матері;

Важливу роль відіграють також важкі матеріальні умови, в яких знаходяться деякі сім'ї. У таких випадках дитина з перших днів життя, а потім - постійно не отримує повноцінного харчування, догляду і тд. необхідного для фізичного і розумового розвитку. Регрес, який веде до затримки психічного і фізичного розвитку дитини, називається депривацією. **Депривація веде до ЗПР (оборотний процес).** У випадку, якщо не корегувати відхилення в розвитку дитини, то ЗПР може перерости в **розумову відсталість (процес необоротний).**

Розумово відсталі діти різняться ступенем вираженості дефекту, вимірюваної за тестом інтелекту Векслера в умовних одиницях.

Середній рівень інтелектуального розвитку відповідає діапазону 90-109 умовних одиниць. «Добра норма» інтелектуального розвитку відповідає 110-119 умовних одиниць. Знижена норма відповідає діапазону 80-89 умовних одиниць. Прикордонний рівень інтелектуального розвитку між нормою і

інтелектуальним зниженням відповідає діапазону 70-79 умовних одиниць. Інтелектуальне зниження відповідає менше 70 умовних одиниць.

**Діти з легким ступенем розумової відсталості (дебільність)** складають 75 - 80%. Їх рівень інтелектуального розвитку (IQ) становить **50 - 70** умовних одиниць. Після навчання в спеціальних школах або класах, які перебувають при масових школах, або після виховання і навчання в домашніх умовах багато з них соціально адаптуються і працевлаштовуються.

**Діти з середньою вираженістю відсталості (імбецильність)** складають приблизно 15% випадків. Їх рівень інтелектуального розвитку (IQ) становить від **20 до 50** умовних одиниць. Деякі з них (з помірною розумовою відсталістю, **IQ 35 - 49**) відвідують спеціальну школу для імбецилів або навчаються в спеціальних класах школи для розумово відсталих або виховуються і навчаються в домашніх умовах батьками або запрошеними педагогами. Вони зазвичай живуть в сім'ях. Їх працевлаштування затруднено. Інша група, з вираженою розумовою відсталістю (**IQ 20 - 34**), опановує лише навички самообслуговування і найпростішими трудовими операціями, ці діти часто направляються до інтернатних закладів. **Глибоко розумово відсталі діти (ідіотія)** здебільшого довічно знаходяться в інтернатах. Деякі, за бажанням батьків, живуть в сім'ях. Їх загальна кількість - приблизно 5% від усіх розумово відсталих дітей. Мислення таких дітей практично повністю нерозвинене, можлива виборча емоційна прив'язаність таких дітей до близьких дорослим. Зазвичай вони не опановують навіть елементарними навичками самообслуговування. **IQ цих дітей менше 20 одиниць.**

Діти - олігофрени характеризуються стійкими порушеннями всієї психічної діяльності, що чітко виявляються в зниженні активності пізнавальних процесів, особливо - словесно-логічного мислення. Причому має місце не тільки відставання від норм, а й глибока своєрідність особистісних проявів і всієї пізнавальної сфери. Таким чином, розумово відсталі діти ні в якому разі не можуть бути прирівняні до нормальнотипічних дітей.

**Інклюзія для дітей з вадами когнітивного розвитку** - це можливість якнайбільше взаємодіяти з однолітками, підвищувати свій соціальний інтелект, адаптуватись у соціумі в подальшому житті.

В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію учнів, але в той же час створює відповідні умови для отримання якісної освіти для таких дітей.

**Пам'ятка для вчителя, який працює з дитиною, що має порушення інтелектуального розвитку:**

- Пам'ятайте, що час, протягом якого дитина може концентрувати увагу – 5-7 хвилин, в кращому випадку – 15 хвилин.
- Матеріал подавайте в доступній формі.
- З метою активізації активної уваги змінюйте види діяльності.
- Навчання повинно носити предметно-наочний та практичний характер.
- Спирайтесь на більш розвинуті здібності дитини в подоланні недостатності інтелектуальної сфери.
- Для дітей з низьким рівнем працездатності зменшуйте об'єм завдань.
- Враховуючи слабку пам'ять, матеріал подавайте малими дозами, з багаторазовим повторенням.
- Уміти підтримувати в дитини впевненість у своїх силах, прагнення до пізнавальної діяльності;
- Запобігати й адекватно реагувати на зміни в психічній діяльності, поведінці та загальному стані дитини.
- Закінчуйте заняття, коли дитина втомилась.
- Відносьтеся з повагою до дитини та її батьків.

<b><i>Як мотивувати, залучати до діяльності:</i></b>	<b><i>Що категорично не можна робити з цією категорією дітей:</i></b>
<p>1. Помічати найменші досягнення, хвалити за старанність, радіти успіху дитини.</p> <p>2. За можливістю використовувати наочно-дійове мислення для пояснення, дитина буде зацікавлена процесом.</p> <p>3. Мотивація дитини формується внаслідок її потреб, тому батькам варто звітувати вчителю про мотиваційні методи (потреби) для досягнення результатів в учбовій діяльності дитини.</p> <p>4. Домовитися з батьками дитини про формування домінуючих установок, спрямованих на досягнення успіху.</p>	<p>1. Внаслідок емоційно-вольової слабкості дітей з порушеннями інтелектуального розвитку, вони реагують гостро на будь-які подразники. Не можна допускати зайвих звукових, світлових та ін. подразників (шум за вікном, надмірно яскраве світло).</p> <p>2. Особливо важливо не критикувати дитину, її особливості.</p> <p>3. Пояснювати дитині думку потрібно спокійно, іноді варто повторювати декілька разів спокійним тоном, без підвищення голосу.</p> <p>4. Не можна виключати дитину з колективу за її особливість, обмежувати контакт із однолітками. Навпаки, варто познайомити дитину із колективом, провести класний час (бесіду) щодо поведінки з нею.</p>

### **Лікувальні вправи для дітей з розумовою відсталістю**

#### **1. Кистьова та пальчикова гімнастика**

- Виверти долонями з переплетеними пальцями назовні.
- Торкання нігтьовою фалангою великого пальця почергово всіх інших (з надавллюванням).

### **Результат:**

- Розвиток мисленнєвих операцій на основі послідовного виконання рухових дій.
- Розвиток координації рухових дій:
- Розвиток узгодженості мікро- та макромоторики.
- Розвиток просторово-часової орієнтації, точності відтворення просторових, часових і силових параметрів рухів.
- Розвиток кінестетичного контролю при засвоєнні рухових навичок.
- Розвиток дрібної моторики рук.
- Збагачення та конкретизація запасу жестових знаків і піктограм.

### **2. Ритмопластичні вправи**

- Елементи кроку польки (крок польки). Біг гопака правою та лівою вперед.
- Зміна положення та виконання елементів гімнастичних та спортивно-прикладних вправ з предметами (різнокольоровими гімнастичними стрічками, іграшками, м'ячами тощо) та без них під музично-ритмічний супровід (з використанням п'єс з яскраво вираженим ритмічним малюнком і темпом).
- Елементи української хореографії (з використанням мультимедійних засобів).
- Крок з притопом – під музично-ритмічний супровід (з використанням п'єс з яскраво вираженим ритмічним малюнком і темпом).

### **Результат:**

- Розвиток пізнавальних інтересів.
- Розвиток зорового сприйняття та тактильно-вібраційної чутливості.
- Розвиток здатності до здійснення аналізу виконання своїх рухів і рухів інших учнів.
- Розвиток уявлень про навколишнє середовище та власне тіло.
- Корекція негативних емоцій.
- Розвиток координації рухів.
- Розвиток узгодженості рухових дій, здатності до одночасних рухів.
- Розвиток здатності зберігати рівновагу в статичних положеннях і в русі.

- Розвиток просторово-часової орієнтації, точності відтворення просторових, часових і силових параметрів рухів.
- Тренування вестибулярного апарату.
- Закріплення навички правильної постави.
- Корекція порушень опорно-рухового апарату.
- Розвиток навички узгодження фаз дихання з руховими актами.
- Розвиток узгодженості мікро та макромоторики.
- Розвиток правильного локомоторного стереотипу та вдосконалення навички ходьби (бігу).
- Розвиток емоційної сфери.
- Розвиток діалогічного мовлення.
- Виховання здатності до співпраці в групі (в парі), навичок культури спілкування.

### **3. Дихальні вправи**

- Дихання стоячи
- Динамічні дихальні вправи.
- Підготовче дихання.
- Динамічні дихальні вправи.

#### **Результат:**

- Активізація розумової діяльності.
- Розвиток продуктивного мислення.
- Розвиток мимовільної та довільної пам'яті.
- Розвиток просторового орієнтування.
- Корекція психоемоційного стану.
- Корекція психофізичного напруження.
- Розвиток навички носового дихання в спокої та під час виконання фізичних вправ.
- Збагачення активного та пасивного словникового запасу.
- Виховання дисциплінованості, старанності

### **4. Вправи на розтягування**

- Симетричні та асиметричні махи ногами (вперед, назад, вбік) у в.п. сидячи, лежачи, стоячи біля опори.
- Згинання та розгинання стоп (одночасно та по чергово) у в.п. сидячи та у в.п. лежачи на спині.
- Вправи на розслаблення сидячи та лежачи).
- Струси ніг: одночасно та по чергово (у в.п – сидячи).

### **Результат:**

- Розвиток слухо-зоро-вібраційного сприймання.
- Розвиток просторової уяви.
- Розвиток просторового орієнтування.
- Розвиток цілеспрямованої уваги.
- Корекція психофізичного напруження.
- Розвиток позитивного психоемоційного стану.
- Розвиток здатності до сприймання та розуміння зверненого мовлення.

## **СЛОВНИК ТЕРМІНІВ**

1. *Абстрактно-логічне мислення* — вид мислення, сутність якого визначається засвоєнням і використанням дитиною понять.

2. *Альтруїстична установка* — готовність та схильність дитини до поведінки, спрямованої на її позитивні дії у ставленні до інших людей (прагнення бути слухняною).

3. *Гострі негативні випадки або амбівалентні переживання* — неузгоджені, суперечливі одна одній (позитивні та негативні) дії дитини емоційного характеру, в основі яких лежать негативні імпульсивні емоції, які вона відчуває і водночас спрямовує їх на оточення.

4. *Діти з особливими потребами* — це діти з порушенням психічного та фізичного розвитку (незрячі, з порушенням слуху, з розладами опорно-рухового апарата, розвитку інтелекту та ін.), які потребують особливих умов навчання та виховання.



5. **Довільна пам'ять** — якісна характеристика пам'яті, сутність якої полягає у засвоєнні та запам'ятовуванні інформації дитиною за допомогою вольових зусиль.

6. **Домінуючі установки** — готовність та схильність дитини до певної форми реагування

7. **Емоційний стрес** — психічний стан дитини, який виникає у відповідь на різноманітні екстремальні впливи

8. **Імпульсивна або афективна поведінка** — поведінка дитини, в основі якої покладено імпульсивні, емоційні дії переважно негативного характеру.

9. **Інтелектуальна сфера** — розумові здібності дитини, які сприяють формуванню її активної життєвої позиції та забезпечують життєдіяльність у соціумі

10. **Корекція** — це виправлення порушень психічного та фізичного розвитку дитини.

11. **Мотив** — внутрішнє спонукання дитини до того чи іншого виду активності, пов'язаного із задоволенням певної потреби.

12. **Мотивація** — сукупність різноманітних спонукань, мотивів, потреб, інтересів, цілей, захоплень, реалізація яких передбачає активізацію поведінки дитини.

13. **Наочно-дійове мислення** — вид мислення, який забезпечує реалізацію дитиною практичних дій з реальними предметами.

14. **Незадоволення дитини собою або фрустрація** — негативні емоційні напруження дитини, пов'язані з переживанням незадоволення тієї чи іншої значущої для дитини потреби.

15. **Пізнавальна діяльність** — діяльність молодшого школяра, яка передбачає набуття ним інформації про дійсність та сформовані знання про неї.

16. **Потреба** — стан внутрішнього напруження дитини, пов'язаний із задоволенням певної нестачі, яка й виступає джерелом активності (бажання

їсти, пити, відчуття холоду або спеки, прагнення мати певну іграшку, щось зробити тощо).

17. **Престижна (егоїстична) установка** — схильність дитини до поведінки, дії, що спрямовані на задоволення власних інтересів, бажань.

18. **Соціально-трудова адаптація** — це набуття дитиною сукупності певних знань, умінь, навичок, зокрема трудових, а також рис особистості, що забезпечують їй успішне пристосування до життя в суспільстві.

19. **Установка на досягнення успіху** — схильність дитини до поведінки, дії, які спрямовані на отримання позитивного схвалення з боку інших та задоволення власних потреб, інтересів і бажань.

### ***Питання для самоконтролю:***

1. Дайте визначення терміну «Діти з розумовою відсталістю».
2. Причини розумової відсталості?
3. Які ви знаєте лікувальні вправи для дітей з розумовою відсталістю?
4. Що таке абстрактно-логічне мислення?
5. Що таке довільна пам'ять?
6. Яким тестом вимірюють інтелект розумово відсталих дітей?
7. Дайте визначення терміну «Інтелектуальна сфера».
8. Що таке соціально-трудова адаптація?
9. Які дихальні вправи ви знаєте?
10. Назвіть результати дихальних вправ.

### **Примітка**

*Причини розумової відсталості досить різноманітні. Їх прийнято розділяти на зовнішні (екзогенні) та внутрішні (ендогенні). Важливу роль відіграють також важкі матеріальні умови, в яких знаходяться деякі сім'ї. У таких випадках дитина з перших днів життя, а потім - постійно не отримує повноцінного харчування, догляду і тд. необхідного для фізичного і розумового*

*розвитку. Регрес, який веде до затримки психічного і фізичного розвитку дитини, називається депривацією. Депривація веде до ЗПР(оборотний процес). У випадку, якщо не корегувати відхилення в розвитку дитини, то ЗПР може перерости в розумову відсталість (процес необоротний).*

*Розумово відсталі діти різняться ступенем вираженості дефекту, вимірюваної за тестом інтелекту Векслера в умовних одиницях.*

### **2.3. Порушення слуху**

**Порушення слуху** - це часткова або повна втрата здатності людини до розпізнавання різних звуків. Туговухість та глухота можуть бути як вродженою, так і придбаною протягом життя. Зниження слуху помітно погіршує якість життя - людина перестає розуміти оточуючих людей, виникають певні складнощі при орієнтуванні в просторі, погіршується сприйняття нової інформації та інше.



Порушення слуху у дітей передбачає, що вони мають отримувати спеціальне навчання та відповідні супутні послуги. Поняття «порушення слуху» часто використовується для описання широкого діапазону розладів, пов'язаних з розладами слуху, що включає і глухоту.

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

Існує безліч класифікацій, що характеризують здатність людини чути і сприймати звуки. Основні з них:

- **за станом слуху:**

Перша класифікація дітей з порушеннями слуху включає в себе два види патологічного стану - глухота і приглухуватість. Глухота характеризується повною втратою здатності до звуковосприяття. Під приглухуватістю мається на увазі часткова втрата слуху, при якій існує складність в сприйнятті людської мови, проте залишається здатність до отримання словесної інформації, хоч і на більш низькому рівні, ніж в нормі;

- **за причинами виникнення аномалії:**

у медицині добре відома класифікація порушення слуху в залежності від факторів, що спровокували патологію. Відповідно до неї причини виникнення приглухуватості або глухоти діляться на такі види: кондуктивні, нейросенсорні (сенсоневральна) і змішані. Кондуктивні фактори, що впливають на слух, пов'язані з наявністю перешкоди, що заважає нормальній звукопередачі. Такими перешкодами можуть стати сірчана пробка, пошкодження барабанної перетинки, набряклість тканин слухового проходу, наявність новоутворення, запалення органів слуху та інше. Кондуктивна приглухуватість завжди пов'язана з поганою передачею звуку від зовнішнього вуха до середнього або від середнього до внутрішнього.

Причини нейросенсорної приглухуватості криються на рівні сприйняття звукових сигналів. При цьому зниження слуху відбувається через ураження звуковосприймаючих органів - загибелі волоскових клітин внутрішнього вуха, внаслідок чого процес звукопередачі спотворюється або зовсім перестає функціонувати. Патологія може виникнути через пошкодження слухового нерва, в результаті ускладнення після вірусних інфекцій (грипу, ГРВІ, кору,

менінгіту) або після прийому деяких лікарських препаратів (наприклад, антибіотиків групи гентаміцину або нестероїдов).

Змішаний вид приглухуватості виникає в результаті одночасного впливу кондуктивних і нейросенсорних факторів;

**• за часом виникнення патології :**

Залежно від періоду виникнення порушення слуху поділяються на такі види: гострі, хронічні та вроджені.

Гостре (раптове) порушення слуху виникає спонтанно, буквально за кілька днів або тижнів. Причинами такої приглухуватості можуть стати отримані травми, гостре інфекційне ураження або пухлинні утворення.

Хронічні порушення можуть формуватися кілька місяців або декількох років. При цьому туговухість виникає через тривале впливу негативних чинників - проживання в галасливій місцевості, звички голосно слухати музику, професійні шкідливості та інших.

Вроджена туговухість пов'язана ще з ембріональним розвитком або патологічним процесом родової діяльності. Причинами вроджених аномалій можуть стати хвороба матері під час вагітності, токсичне ураження плода на тлі куріння або вживання алкоголю майбутньою мамою, родова травма;

**• за ступенем туговухості**

Дана класифікація осіб з порушенням слуху відштовхується від ступеня зниження слухових можливостей і відхилення від нормальних значень - в нормі людське вухо має сприймати звуки в частоті від 0 до 25 дБ. Таким чином, отоларингологи виділяють 4 ступеня порушення слуху (приглухуватості):

- Дитина може вловлювати звуки гучністю від 26 до 40 дБ.
- Поріг сприйняття звуків підвищується до 41-55 дБ.
- Поріг чутності знаходиться в діапазоні від 56 до 70 дБ.
- Дитина здатна вловлювати гучні звуки понад 71 дБ.

У разі, якщо здатність до сприйняття звуків повністю відсутня, пацієнту ставиться діагноз «глухота».

Саме ця класифікація користується найбільшою популярністю в лікарській практиці і носить назву міжнародна класифікація порушень слуху;

**• за часом виникнення і ступеня порушення, а також рівню розвитку дитини:**

Педагогічна класифікація дітей з порушеннями слуху справила величезний значення для формування спеціальних дитячих установ. Суть концепції полягає в розподілі дітей на групи, в залежності від їх здатності до навчання, яке визначається станом слухового аналізатора. Також враховується наявність у дитини недоліків у розвитку, обумовлених зниженням слуху.

Так, слабчуючі діти діляться на 4 групи:

- глухі, які не володіють мовою - до них відносяться глухі від народження або дуже рано втратили слух;
- глухі, із збереженою мовою - пізнооглухлі;
- діти з приглухуватістю, які добре володіють мовою;
- діти з приглухуватістю, які погано сприймають людську мову.

### **Навчання дітей з вадами слуху**

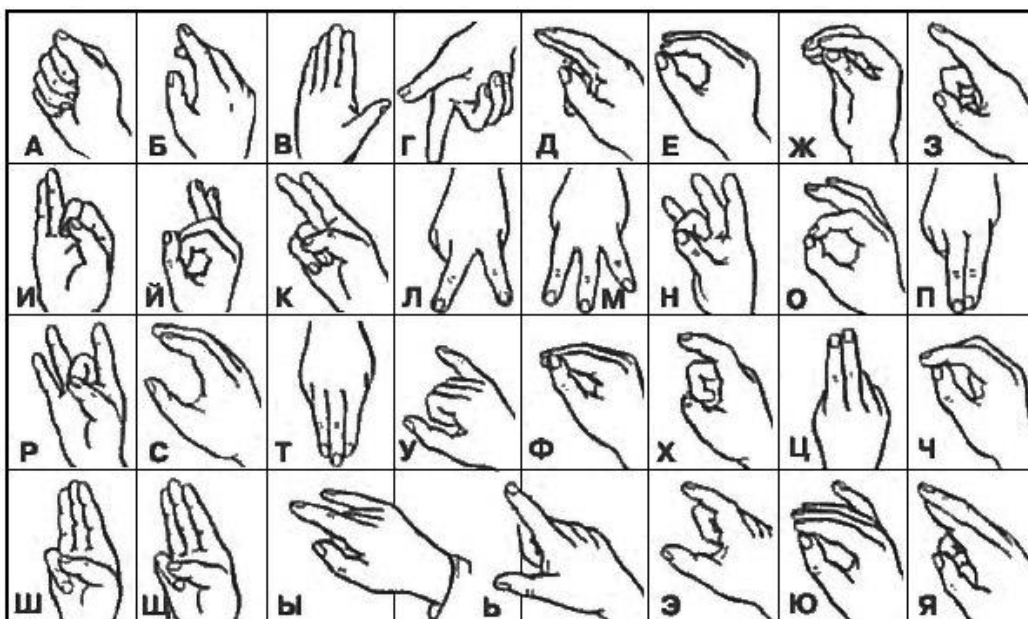
Втрата слуху або глухота не впливають на інтелектуальні можливості людини або на її здатність навчатися. Проте, дитина зі зниженим слухом потребує спеціальних навчальних послуг для того, щоб отримати адекватне навчання. Такі послуги можуть охоплювати:

- регулярний розвиток мовлення і слуху, формування правильної вимови звуків, навичок комунікації за допомогою фахівця;
- використання систем і приладів підсилення звуку;
- послуги перекладача для тих учнів, які використовують мову жестів;
- відповідні місця в аудиторії, щоб мати можливість читати по губах;
- фільми/відео із субтитрами;
- допомогу учневі зі зниженим слухом повною мірою розуміти і виконувати інструкції;
- інструкції для вчителів та інших учнів щодо використання альтернативних засобів комунікації, таких як мова жестів;

- консультації фахівців.

Дітям зі зниженим слухом важче, ніж дітям, які добречують, засвоювати нові слова, граматику, правильно будувати і розуміти речення. Для глухих дітей або тих, у кого спостерігається значне зниження слуху, завчасне, постійне використання наочних моделей комунікації (таких як мова жестів, дактиль, коли букви позначаються певною комбінацією пальців рук, та спеціальна вимова) та/або користування звукопідсилювальною апаратурою можуть зменшити певні мовленнєві проблеми. Глухі діти з дошкільного віку мають виконувати спеціальні вправи для розвитку мовлення та навичок спілкування. Важливо, щоб фахівці (вчителі та сурдопедагоги) працювали спільно, аби навчити дитину максимально використовувати її залишковий слух навіть тоді, коли перевага віддається жестовій мові. Оскільки переважна більшість глухих дітей (понад 90%) народжується від батьків котрічують, програми мають містити інструкції для батьків щодо виховання дітей у родині.

### Жестова мова



Люди зі зниженням слуху можуть використовувати для комунікації жестову мову, усне мовлення або комбінувати їх. Мовленнєва комунікація охоплює вимову, читання по губах, використання залишків слуху.

Комунікація дактилем передбачає використання знаків пальцями на позначення букв з дотриманням правопису рідної мови.

Люди з різним ступенем зниження слуху мають у своєму розпорядженні певні допоміжні засоби, зокрема, текстові телефони дають людині змогу надрукувати повідомлення та відправити його через телефонну мережу.

### **Психічний розвиток**

Психічний розвиток слабочуючої та глухої дитини відбувається з відхиленнями від норми, оскільки фізичний недолік спричиняє порушення багатьох функцій психіки та психічних процесів. Наявне порушення сприймання мовлення, що заважає становленню мовленнєвих механізмів, призводить до недорозвитку мовленнєвої діяльності. У дитини мовленнєвий недорозвиток, зумовлений повноцінним слухом, призводить до порушення її пізнавальної діяльності та своєрідного розвитку таких психічних процесів, як мислення, пам'ять уява тощо. Це ускладнює соціальну взаємодію дитини з порушенням слуху. Труднощі словесного спілкування є однією з головних причин порушень розвитку. Однак сучасні досягнення науки (техніки, медицини, сурдопедагогіки) обумовили розробку високих технологій. Необхідних для практичного вирішення більшості проблем дітей з порушенням слуху.

Дитина з порушенням слуху здатна опанувати специфічні знання та вміння, якими не володіє слабчуща дитина, зокрема це читання з губ, здатність обробляти мовленнєву інформацію лише за окремими фрагментами звукового потоку (фонемами, складами, окремими словами), розпізнавати мовлення за тактильно-вібраційними сигналами тощо. Глуха дитина здатна сприймати специфічне звучання мовлення та ідентифікувати з конкретними фонемами лише третю частину, а в окремих текстах лише чверту частину всіх звуків, які містить звернене до неї усне повідомлення (текст). Саме за цією обмеженою кількістю доступних слуховому сприйманню звуків їй необхідно зрозуміти звернене до неї мовлення. Ось чому завдання фахівців, батьків полягає у тому, щоб забезпечити дитині доступність сприймання якомога



більшої кількості звуків та їх ідентифікації з фонемами, що забезпечить якісніше сприймання, аналіз і розуміння мовлення. Педагоги повинні пам'ятати, що сприймання та розуміння глухою дитиною усного словесного мовлення є складною аналітико-синтетичною діяльністю, від якої вона швидко втомлюється.

### **Відчуття і сприймання**

Оскільки у дитини, яка погано чує, порушена чи відсутня акустична складова, то всі види сприймання в залежності від ступеня порушення слухового аналізатора розвиваються у зміненому вигляді.

У дитини з вадами слуху спостерігається недостатній рівень розвитку слухового сприймання, який є природним каналом сприймання звуків (шумів) навколишнього середовища, що несуть важливу інформацію про простір, час, предмети (об'єкти), їх характеристики, та сприймання мовлення як інших людей, так і власного. Порушення функції слухового сприймання мовлення як інших людей, так і власного. Порушення функцій слухового сприймання призводить до уповільненості розвитку здатності до наслідування мовлення та оволодіння ним.

У дітей з порушеннями слуху рухова чуттєвість є менш розвиненою, водночас зорове сприймання і вібраційна чутливість – більш розвиненими. Тактильні відчуття відіграють велику роль під час пізнання довкілля, в організації зорового сприймання предметів при їх тактильному обстеженні, у запам'ятовуванні слів у процесі обстеження та пізнання предметів, їх деталей, у формуванні аналітичного й синтетичного сприймання та мислення. Розвиток тактильного сприймання, використання тактильних відчуттів як сигналів для називання предметів та їх деталей трактується як засіб формування пізнавальної активності, ініціативності при з'ясуванні та запам'ятовуванні словесних позначень предметів, деталей. Дослідження предметів неминуче призводить дитину до потреби ставити запитання про призначення предмета, його деталей. Отже, пізнання предметів довкілля з опорою на тактильне (тактильно-зорове, тактильно-зоро-слухове) сприймання

є засобом формування у дитини з вадами слуху пізнавальної активності, реалізації пізнавальних інтересів.

### **Мислення**

Унаслідок обмеженості слухового сприймання можуть виникати (або виникають) негативні наслідки при формуванні когнітивної сфери особистості. Раціональне використання слуху, зору, тактильних і тактильно-вібраційних відчуттів дозволяє покращити сенсорну основу розвитку психічних процесів, розширити можливості отримання інформації про навколишнє середовище з його звуковим наповненням (побутовими, технічними, мовленнєвими звуками).

Пізнання на сенсорному рівні багатовимірних характеристик предмета не тільки забезпечує дитині можливість створити чуттєві уявлення про конкретний предмет, а і сприяє ефективному оволодінню мовленням, запам'ятовуванню слів, які позначають даний предмет, його якості та характеристики. Поступове обстеження предмета, його деталей розвиває аналітико-синтетичне сприймання та логічне мислення.

### **Пам'ять**

У дітей з порушеннями слуху, які мають відставання в мовленнєвому розвитку від нормативних показників онтогенезу, спостерігається недорозвинення мисленнєвих операцій, словесно-логічного мислення, що зумовлює відставання в розвитку словесної пам'яті. У глухих дітей менш стійко і тривало зберігаються точні образи об'єктів на відміну від дітей, якічують.

### **Увага**

Продуктивність уваги у глухих дітей залежить від ступеня виразності об'єктів, які сприймаються.

### **Особливості розвитку особистості**

Відставання в мовленнєвому розвитку веде до ускладнень в усвідомленні власних чужих емоційних станів, що у свою чергу, веде до

спрощення міжособистісних відносин. Напрямами розвитку особистості можуть бути:

- формування уявлення про якості особистості, емоційні якості та норми поведінки;
- розвиток уміння бачити ці прояви в поведінці інших людей;
- формування адекватної самооцінки.

Для цього педагогу можуть допомогти такі методи роботи, як аналіз ситуацій, драматизація, пантоміма з обов'язковим поєднанням зі словесними засобами навчання.

Наразі в загальноосвітніх навчальних закладах частіше навчаються діти, у яких є незначне зниження слуху. Педагоги повинні бути уважними, щоб не пропустити сензитивний період для ефективного впливу. Треба спостерігати, яким чином дитина сприймає мовлення інших – намагається дивитись в обличчя того, хто висловлюється чи слухає. Часто сигналом про порушення слуху може бути змішування дзвінких із глухими, шиплячих зі свистячими, пропуски приголосних звуків за наявності двох приголосних поспіль, пропуски ненаголошених складів. Ці специфічні помилки можна побачити в письмових роботах і почути при спілкуванні.

Інклюзивне навчання таких дітей буде успішним за наявності розвиненого мовлення. Цього можна досягти за умови проведення корекційно-розвивальних занять з формування й корекції вимови, розвитку слухового сприйняття, музично-ритмічних занять тощо.

Проблеми з глухими дітьми в умовах інклюзивного навчального середовища є значно складнішими, аніж у роботі зі слабочуючими дітьми. Тому, як правило, для глухих дітей більш ефективними є інтегроване навчання (навчання у спеціальному класі в умовах загальноосвітнього навчального закладу) або навчання у звичайному класі, але з обов'язковими індивідуальними додатковими заняттями з основних предметів і корекційно – розвивальними заняттями із сурдопедагогом.

Важливо правильно розміщувати учнів зі зниженим слухом у класі.

Вони повинні сидіти близько до вчителя (на відстані 1,5-2 м). Під час пояснення вчитель мусить знаходитись у статичному положенні, краще біля столу. Учнім легше «зчитувати» з обличчя тоді, коли воно знаходиться на рівні очей дитини. Дитина засвоює неспішне мовлення, чітку артикуляцію, слідкує за хорошим освітленням обличчя. Учитель повинен урахувати, що у дітей із глибокими порушеннями слуху переважає конкретне мислення, тому при виникненні труднощів при освоєнні завдань на абстрактно-логічному рівні важливо використовувати наочність. У роботі з дітьми зі зниженим слухом важливо чітко структурувати навчальний матеріал, використовувати структурно-логічні схеми, опорні конспекти.

Для того, щоб привернути увагу дитини до себе, замість слів можна використовувати умовні жести, стукання по столу, удар підбором по підлозі. Можна попросити дитину, яка сидить поруч, привертати увагу дитини з порушенням слуху. Варто використовувати й жести, які означають підтримку, інформують про успіхи та досягнення дитини.

**Учителю також треба врахувати, що такі учні часто зчитують інформацію з губ, тому треба переконатися, що:**

- обличчя достатньо освітлене;
- мовлення чітке, не дуже швидке;
- висловлювання короткі, фрази змістовні;
- висловлене підкріплюється відповідним виразом обличчя;
- коли це можливо, варто показувати числівники на пальцях.

**Для кращого засвоєння навчального матеріалу треба використовувати широкий спектр дидактичного й технічного забезпечення, а саме:**

- перед початком заняття роздати учням з порушеннями слуху надрукований конспект уроку;
- використовувати роздавальний матеріал;
- використовувати наочний матеріал – таблиці, схеми, графіки;

- заохочувати учнів з порушеннями слуху до використання слухових апаратів;

- призначити наставника з числа учнів, якічують, для допомоги в освоєнні навчального матеріалу;

**У процесі контролю сприймання навчального матеріалу педагогу важливо:**

- перевіряти, чи правильно зрозуміли учні з порушеннями слуху інформацію, перед тим, як продовжувати висловлюватись далі;

- перефразувати та спрощувати речення при збереженні його змісту;

- пропонувати учням з порушеннями слуху вести словник термінів і дозволяти їм користуватись ним при відповідях;

- враховувати, що таким чином учням потрібно більше часу для виконання завдань;

- сприяти розвитку комунікативних умінь шляхом застосування інтерактивних методів навчання.

### **Ігри для дітей з порушенням слуху**

Гра для дітей дошкільного віку – найулюбленіший, найбажаніший і найцікавіший вид діяльності.

Недарма педагоги вважають гру вершиною дитячого щастя і благополуччя, запорукою психічного та фізичного здоров'я, комфортності. Гра – це активна форма пізнання навколишньої дійсності, а також один з тих видів дитячої діяльності, який використовується дорослими з метою виховання дошкільників, навчаючи їх різним дітям з предметами, способом та засобом спілкування.

У дітей з порушеннями слуху перехід від неспецифічних маніпуляцій до специфічних, до власне предметних дій відбувається повільніше, ніж у чуючих. У глухих дітей без спеціального навчання цей розвиток йде повільно і нерівномірно. За даними А. Венгер, Г. Вигодської, Е. Леонгарда, деякі види дій з'являються у них тільки після двох – двох з половиною років і навіть в

дошкільному віці. Діти виконують тільки деякі дії, найчастіше з добре знайомими предметами.

У грі дитина розвивається як особистість, у неї формуються ті сторони психіки, від яких надалі будуть залежати успішність її навчальної і трудової діяльності та стосунки з людьми.



Саме у грі діти орієнтуються в мотивах діяльності дорослих, засвоюють правила соціальної поведінки і моральні норми, що діють у суспільстві. Вирішення теоретичних і практичних проблем розбудови системи національної освіти – її пріоритетної мети, структури, змісту, наукових та організаційних засад – зумовлює потребу у продукуванні нових ідей виховання дітей дошкільного віку з порушеннями слуху. Дитина пізнає якості і властивості предметів, їх призначення, способи використання, засвоює зв'язки і відносини між людьми, правила і норми поведінки, пізнає саму себе, свої можливості і здібності. **Особливості ігор дітей з порушеннями слуху.** У житті дитини з порушеним слухом роль гри не менш важлива, ніж для дошкільника зі збереженою слуховою функцією, для якого вона є основою для розвитку уяви, образного мислення, мовного спілкування. При правильному і послідовному керівництві дорослих гра стає важливим засобом морального,

розумового і мовного розвитку глухих і слабочуючих дітей. Через формування і збагачення предметної та ігрової діяльності можна впливати на ті сторони розвитку дитини, які страждають внаслідок зниження слуху. У процесі гри діти вступають в контакт з приводу іграшок, тому тут найбільш мотивовано й природно може бути організовано їх спілкування.

Ігри глухих дошкільників триваліші, ніж у чуючих однолітків.

Глухі діти не завжди можуть самотійно усвідомити приховані стосунки, зате наочні предметні дії відображають в іграх детально. У слабочуючих дітей, які користуються фразовою мовою, як правило, рівень гри вище: у старшому дошкільному віці у них з'являється сюжетно-рольова гра, однак вона не досягає рівня гри однолітків зі збереженою слуховою функцією. Діти з порушенням слуху нерідко відтворюють в іграх другорядні, переважно предметні деталі, не відбиваючи істотні елементи, не осягаючи внутрішні смислові відносини. Спостерігається тенденція до одноманітного, механічного повтору знайомих ігор.

Завдання формування ігрової діяльності. Розвиток дитини в грі має важливе значення для її розумового виховання. Через підбір тематики ігор розширюються уявлення дітей про навколишній світ, його предмети і явища. Діючи з іграшками, предметами в грі, дитина засвоює їх властивості, призначення, способи використання. У цьому відношенні роль дидактичних ігор дуже велика. У процесі сюжетних ігор також інтенсивно розвивається сприйняття, образна пам'ять, уява. У грі повноцінно може бути реалізовано завдання мовленнєвого розвитку дітей з порушенням слуху. Гра як основна дитяча діяльність передбачає дії з предметами, іграшками, в ході яких дитина засвоює їх назви, дії, властивості. Емоційний фон, властивий дитячій грі, робить процес засвоєння мовного матеріалу більш продуктивним у порівнянні з іншими видами діяльності. Оскільки у грі дитина взаємодіє з іншими дітьми та з дорослими, тут мотивовано й природно може бути організовано мовне спілкування .

Дошкільнята з порушеннями слуху довго засвоюють значення слів, які позначають почуття, емоції людей, тому важливо забезпечити уточнення значення цих слів у побуті, на заняттях з ознайомлення з навколишнім і розвитку мовлення. Вихователь допомагає дітям розподіляти ролі, стежить за тим, щоб сором'язливі, а також діти з нечіткою вимовою змогли відчувати себе впевнено в головних ролях. Необхідно пам'ятати, що гра є найважливішим засобом розвитку особистісних якостей дитини: самостійності, ініціативності, сприяє формуванню міжособистісних відносин в групі. У старшому дошкільньому віці гра побудована не лише на зображенні діяльності людей, але і на передачі їх взаємин. Вихователь, перш за все, сам відтворює почуття, ставлення людей, виконуючи ролі в грі та фіксуючи на цьому увагу дітей ("Лікар піклується про хворого" і т.д.). Гра повинна бути підготовлена як у змістовному, так і в плані мовного оформлення. Діти повинні знати назви ігор, дійових осіб, вміти за допомогою вихователя розподілити ролі. Щоденне керівництво ігровою діяльністю допомагає формуванню творчого ставлення до дійсності, розвитку уяви дітей. При створенні адекватних умов і правильної організації в грі відбувається корекція як окремих психічних функцій, так і особистості дитини в цілому. У грі повноцінно може бути реалізована задача мовного розвитку дітей з порушенням слуху. Гра як основна дитяча діяльність передбачає дії з предметами, іграшками, в ході яких дитина засвоює їх назви, дії, властивості. Емоційний фон, притаманний дитячій грі, робить процес засвоєння мовного матеріалу більш продуктивним (у порівнянні з іншими видами діяльності). Діти засвоюють нові слова, безпосередньо пов'язані з організацією ігор (гра, іграшка, костюм, роль і ін.). А також уточнюють значення слів, пов'язаних з тематикою ігор.

Важливо створити необхідні умови для ігор дітей протягом дня, передбачити їх в режимі. Навчання ігор відбувається в різних формах: у вільній діяльності дітей, на прогулянках, на спеціальних заняттях. Протягом дня виділяється кілька різних відрізків часу для вільних ігор, коли діти можуть



грати в знайомі ігри за власним вибором або за допомогою вихователя. Залежно від кількості часу ігри можуть бути дидактичними або сюжетно-рольовими. На прогулянці проводяться рухливі ігри, в також ігри з піском, снігом та іншими природними матеріалами. З огляду на труднощі спонтанного формування гри, в дитячих садах для глухих і слабочуючих дітей виділяються спеціальні заняття. Час занять в залежності від року навчання розподіляється між заняттями з навчання сюжетно-рольових, дидактичних і рухливих ігор. Для того щоб діти грали, необхідно мати в групах достатню кількість іграшок. Підбір іграшок не повинен бути випадковим. Оснащення ігрових куточків іграшками проводиться відповідно до віку дітей і їх ігровими інтересами. Необхідно, щоб всі іграшки були в достатній кількості і в хорошому стані. Іграшки для повсякденних ігор повинні розташовуватися на нижніх полицях стелажів і бути доступні дітям. Частина іграшок може розташовуватися в так званих ігрових зонах: обладнується кімната ляльки, спальня, в більш старших групах - кабінет лікаря, магазин та ін. Доцільно в молодших групах зробити таблички з назвами іграшок і розташувати їх поруч, це сприятиме кращому запам'ятовуванню назв іграшок і дій з ними. У старших групах можна мати невеликі тексти, що дозволяють дітям розгорнути спілкування в зв'язку з грою.

Висновки та перспективи подальшого дослідження. Отже, можемо зробити висновок, що гра як вид діяльності, спрямована на пізнання дитиною навколишнього світу шляхом активної співучасті у праці та повсякденній життєдіяльності людей. У грі дитина пізнає навколишній світ, розвивається її мислення, мова, почуття, воля, формуються взаємовідносини з однолітками, відбувається становлення самооцінки і самосвідомості, довільність поведінки. Розвиток дитини в грі відбувається, перш за все, за рахунок різноманітної спрямованості її змісту. Проведений науковий пошук не вичерпує всіх питань означеної проблеми. Перспективи подальшого дослідження пов'язані з поглибленим вивченням питання ігрової діяльності дітей дошкільного віку з глибокими порушеннями слуху.

## Ігри та вправи для розвитку слухової уваги для дітей

### **1. Розвиток слухової уваги у дітей: гра «Слухаємо слова»**

Домовтеся з дитиною, що ви будете вимовляти різні слова. Дитині треба плеснути в долоні тоді, коли зустрінеться слово, що позначає, наприклад, посуд. І гра починається: називаються різні слова: стілець, дерево, тарілка, ручка, лисиця, картопля, вилка. Дитина повинна встигнути вчасно плеснути в долоні.

Коли малюк починає справлятися, завдання можна ускладнити, об'єднавши їх по два, а потім і по три. Наприклад, дитині треба плеснути в долоні, коли чує слова, що називають рослини, і стрибнути на слова-тварини.

### **2. Розвиток слухової уваги у дітей: гра «Ніс - підлога - стеля»**

Домовтеся з дітьми, що коли ви скажете слово «ніс», дітям треба показати пальцем на свій ніс. Коли скажете слово «стеля», діти повинні направити палець на стелю, а коли вони чують слово «підлога», то показати пальцем на підлогу. Дітям треба пояснити, що піддаватися на провокацію не можна: виконувати треба ті команди, які ви промовляєте, а не ті, які показуєте.

Потім починайте говорити слова: «ніс», «підлога», «стеля» в різній послідовності, а показувати при цьому або правильно, або неправильно. Наприклад, називайте ніс, а показуйте на підлогу. Діти ж повинні завжди показувати в правильному напрямку.

### **3. Розвиток слухової уваги у дітей: гра «Зроби правильно»**

Для гри знадобляться бубон і хусточки. Кількість хустинок має бути рівною кількості дітей, які беруть участь в грі.

Роздайте дітям хусточки і поясніть, що коли ви голосно голосно вдарите в бубон, вони повинні підняти хусточки і помахати ними, а якщо ви будете бити ледь чутно, нехай діти опустять хусточки вниз. Продемонструйте, що означає голосно і тихо. Під час гри чергуйте гучне і тихе звучання не більше трьох - чотирьох разів.

#### **4. Розвиток слухової уваги у дітей: гра «Послухай і зроби як я»**

Проплескайте в долоні певний ритм і запропонуйте дитині повторити за вами. Простукаєте ритм паличкою по столу, по барабану, по каструлі, по книзі або по банці. Нехай дитина відтворить в точності ваш ритм. Потім поміняйтеся ролями - малюк простукує ритм, а ви повторюєте.

Чим старша дитина, тим складнішим може бути ритм. Для трирічного малюка в ритмі має бути не більше 5 - 6-ти ударів. У міру освоєння гри ритми можна поступово ускладнювати.

#### **5. Розвиток слухової уваги у дітей: гра «Лелеки - жаби»**

Домовтеся з дітьми, що зараз вони будуть ходити по колу і перетворюватися в лелек або жаб. Якщо ви плескаєте в долоні один раз, діти мають перетворитися в лелек: встати на одну ногу, руки в сторони. Якщо ви плескаєте в долоні два рази, діти перетворюються в жаб: сідають навпочіпки, руки опускають на підлогу між ногами. Якщо ви плескаєте три рази, діти продовжують ходьбу по колу.

Починайте гру: спочатку привчайте дітей до певної зміни рухів, а потім намагайтеся їх заплутати.

#### **6. Розвиток слухової уваги у дітей: гра «Говоримо пошепки»**

Розставте на столі іграшки: кубики, ляльку, зайчика, машинку і так далі. Посадіть малюка за стіл і поясніть йому, що ви будете давати йому завдання дуже тихо - пошепки, тому йому треба дуже уважно слухати вас, щоб все почути. Відійдіть від дитини на 2 - 3 метри і починайте давати завдання: «Візьми зайчика. Посади його в машину. Постав один кубик на інший ». Давайте короткі, прості завдання, говоріть тихо, але чітко, щоб малюк почув, зрозумів і виконав завдання.

Якщо в грі беруть участь кілька дітей, можна давати їм спільні завдання, наприклад: «Візьміться за руки», «Пострибайте», «Обійдіть навколо стільця», «Підніміть руку вгору», «Покажіть на свій ніс».

## СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

1. **Адаптація** – це природний стан індивіда, яке проявляється в звикання (приспосовуванні) до нової діяльності, до нових умов життя, до появи соціальних контактів і умов, що змінилися соціальних ролей.

2. **Артикуляція** (розділяти) - це система положень, рухів та дій рухливих частин мовного апарату, за допомогою якої утворюється членороздільна, чітка вимова звуків у мовленнєвому потоці.

3. **Бінауральний слух** – сприйняття звукових сигналів двома вухами. Він має низку переваг порівняно з моноауральним сприйняттям: забезпечує сприйняття звуків меншої інтенсивності, оскільки поріг подразнення при цьому нижчий; забезпечує просторову локалізацію звуку.

4. **Відчуття** – це відображення якостей предметів і явищ дійсності, що безпосередньо діють на органи чуття людини. Сприймання – це відображення людиною предмета або явища в цілому, коли вони безпосередньо впливають на органи чуттів . Тому сприймання формується протягом усього періоду розвитку дитини.

5. **Вібраційна чутливість** – відчуття вібрації. Вимірюється вібраційна чутливість в секундах. Здорова людина відчуває вібруючий камертон протягом 16—20 с., тоді як за умови пошкодження шляхів глибокої чутливості цей час скорочується

6. **Глухота** – стійка втрата слуху, при якій розбірливе сприймання мовлення неможливе. До категорії глухих належать діти, слух у яких пошкоджений так, що вони самостійно не можуть використати його для розвитку мовлення.

7. **Глухонімота** - вроджена або придбана в ранньому дитинстві глухота і обумовлене нею відсутність мовлення.

8. **Дактилологія** — це учіння, що чітко відображає специфіку спілкування: слово або поняття, яке позначається (передається) пальцями; специфічний засіб спілкування глухих осіб; система пальцевих знаків, що

використовується як засіб комунікації, своєрідна форма мовлення, що базується на використанні пальців рук.

9. **Жестова мова** — це вид спеціального письма, який дає змогу визначати цілі слова, а також літери алфавіту певними жестами. Жестову мову для обміну інформацією використовують як люди з вадами голосових зв'язок та слуху, так і люди без таких вад.

10. **Мутизм** (лат. mutus – німий, безголосий) – стан у психіатрії і неврології, коли хворий не відповідає на запитання й навіть знаками не дає зрозуміти, що він згоден вступити в контакт з навколишніми людьми.

11. **Тугоухість** – стійке ураження слуху, яке викликає труднощі при сприйманні мовлення. Дітей з тугоухістю називають слабчучими або зі зниженим слухом.

12. **Слабчучими (тугоухими)** називають дітей з частковою слуховою недостатністю з різним ступенем вираженості, яка є причиною порушення мовного розвитку. До категорії слабчучих відносять дітей, в яких пошкоджена слухова функція, але слух збережений настільки, що вони можуть самотійно хоча б у мінімальній мірі оволодіти словесним мовленням

13. **Пізнооглухлі** — діти, які втратили слух після того, як мова у них вже сформувалась, і тому збереглася тією чи іншою мірою.

14. **Приглухуватість** – це таке зниження слуху, за якого виникають утруднення сприйняття мови, але за певних умов воно все-таки можливе. Наприклад, коли говорити гучно або безпосередньо у вухо хворому, або застосовувати спеціальний пристрій для посилення звуку.

15. **Слухова система** (орган слуху і рівноваги) — аналізатор зовнішнього середовища, що виконує дві важливі функції — сприймання звукових коливань, підтримання рівноваги і регулювання положення та рухів тіла в просторі.

16. **Фонематичний слух** (від грець. phonema - слово, звук, голос) — вид слуху, який забезпечує розрізнення звуків мовлення як фонем і правильну вимову, а також сприйняття та розуміння змісту слів. Фонематичний слух є

тонким систематизованим слухом, що має здатність здійснювати операції розрізнення і вирізнення (розпізнавання) фонем, які складають звукову оболонку слова.

17. **Фонетична ритміка** - це система рухових вправ, в яких різні рухи (корпусу, голови, рук, ніг) поєднуються з проголошенням певного мовного матеріалу (фраз, слів, складів, звуків).

18. **Фонематичне сприйняття** – це здатність аналізувати те, що ми чуємо.

### ***Питання для самоконтролю:***

1. Дайте визначення поняття порушення слуху?
2. Визначте різницю між "глухотою" та "туговухістю".
3. Педагогічна класифікація дітей з порушенням слуху?
4. Які є 4 ступені порушення слуху?
5. Особливості розвитку особистості з порушенням слуху?
6. Дайте визначення поняттю фонематичне сприйняття?
7. Які умови потрібно створити для рухових ігор дітям з вадами слуху?
8. Який дидактичний матеріал використовується для дітей з порушеннями слуху (молодшого віку)?
9. Для чого потрібна фонематична ритміка?
10. Які ігри найбільше підходять для слабчуючих дітей?
11. Який ритм використовують у грі для дітей старшого віку?
12. Особливості пам'яті дітей з порушеннями слуху?
13. Завдання формування ігрової діяльності.
14. Особливості мислення дітей з порушенням слуху.
15. Вплив сенсорних ігор на розвиток глухої дитини.

## **Примітка**

*Порушення слуху викликаються широким спектром біологічних та екологічних чинників. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, основні поширені причини розвитку порушень слуху в країнах з низьким і середнім доходом, які можна відвернути, — інфекції середнього вуха, надмірний шум, неналежне використання деяких медикаментів, ускладнення та інфекції під час пологів тощо.*

*Повна ж глухота може бути вродженою або набутою. Вроджена глухота у людини часто спричиняє невміння розмовляти (глухонімота). Набута глухота виникає переважно як наслідок захворювання внутрішнього вуха і слухового нерва, запалення середнього вуха (див. гострий середній отит), деяких системних інфекційних хвороб (наприклад, менінгіту, грипу, кору, епідемічного паротиту), травми або тривалої дії сильного шуму і вібрацій, отруєння, отосклерозу, а також старіння слухових клітин і нейронів. Доведено, що у людини частота виникнення набутих вад слуху зростає з віком у новонароджених зустрічається у 2-3 %, до 18 року життя — 5 %, 19-44 роки життя — 4,5-5 %, 45-64 роки життя — 14 %, 65-74 роки життя — 23 %, понад 75 років — 35 %*

## **2.4. Порушення зору**

**Загальна характеристика дітей з порушенням зору.** Зором називається здібність бачити, тобто відчувати і сприймати оточуючу дійсність за допомогою зорового аналізатора. Найбільшу кількість вражень про оточуючий світ мозок отримує через зір. Воно є визначаючим у формуванні уявлень про реально існуючі предмети та явища. За допомогою зору здійснюється орієнтування у просторі, формуються рухові вміння та навички, спостерігаються умови оточуючої дійсності. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини.



Характерними особливостями зорового сприйняття є: дистантність, миттєвість, одночасність та цілісність огляду оточуючої дійсності. Зоровий аналізатор тісно взаємодіє з руховим, тактильним, нюховим, слуховим аналізаторами. Тому зорова функція впливає на діяльність інших функцій і комплексно вони формують складні моделі, які відображають предмети та явища. Зоровий аналізатор складається з трьох відділів: периферійного (око), провідникового (зоровий нерв, зорові та підкоркові нервові утворення) і центрального (зорові зони кори головного мозку, які розташовані у потиличній ділянці).

Ступінь порушення функції зорового аналізатора визначається пониженням гостроти зору. Гострота зору перевіряється за таблицями, складеними з 10-12 видів літер або знаків. Для перевірки гостроти зору у дітей використовуються таблиці із зображенням різних гарно відомих предметів. Кожен наступний ряд знаків, у порівнянні з попереднім, позначає відповідну різницю у гостроті зору на  $0,1 D$ . Гострота зору більшості людей, яка характеризується здатністю визначати літери або знаки десятого рядка таблиці на відстані 5 м, дорівнює 1,0 і розглядається як нормальна. Пацієнт, який визначає на цій відстані літери й знаки 5 рядка, має гостроту зору 0,5, а першого рядка – 0,1.

Якщо гострота зору нижча 0,1, використовується рахунок пальців. Дитина, яка рахує пальці руки на відстані 5 м, володіє гостротою зору, рівною



0,09. Той же рахунок пальців рук на відстані 2 м приблизно відповідає гостроті зору 0,04, на відстані 0,5 м – 0,01, а з відстані 30 см. – 0,005. Гострота зору, при якій дитина не розрізняє пальців, а бачить лише світло, дорівнює світлосприйняттю. Якщо дитина не може відрізнити світла від темряви, гострота зору дорівнює нулю.

Діти зі зниженим зором – це діти з більш високою гостротою зору у разі прогресуючих або частих рецидивних захворювань, а також за наявності астенотичних явищ, що виникають під час читання та письма на близькій відстані.

**Класифікація порушень зору.** Дітей із стійкими дефектами зору поділяють на сліпих та слабозорих.

Сліпими є діти, у яких повністю відсутні зорові відчуття або збережені відчуття світла, чи залишковий зір. Сліпота – двобічна втрата зору, яка не виліковується. Розрізняють різні ступені втрати зору:

- абсолютна (тотальна) сліпота, при якій повністю відсутні зорові сприйняття (відчуття світла та розпізнавання кольору);
- практична сліпота, при якій зберігається або відчуття світла на рівні розрізнення світу або темряви, або залишковий зір, який дозволяє рахувати пальці рук біля обличчя, розрізняти контури, силуети та колір предметів безпосередньо біля очей. Більшість сліпих дітей мають залишковий зір.

За часом виникнення зорового дефекту сліпих поділяють на:

- сліпонароджених (якщо зір втрачено до народження та у віці до трьох років);
- осліплених (тих, що втратили зір у наступні періоди життя й зберегли у пам'яті певні зорові образи).

### **Особливості психофізичного розвитку дітей зі зниженим зором та сліпих дітей**

У період дошкільного дитинства акцент розвитку переноситься на самостійну активність, пов'язану з пересуванням у просторі і комунікаціями з однолітками не тільки за допомогою мовлення, а й за допомогою спільної

діяльності, що стає складним завданням для дитини з важкими порушеннями зору.

У цей час на психічний розвиток дошкільника з порушеннями зору негативно впливають обмежений запас знань і уявлень, труднощі у здійсненні предметної діяльності, а також в орієнтуванні й пересуванні у просторі. Ці вторинні порушення призводять до уповільнення темпу розвитку та до тривалого перебування дитини на якісно більш низькому рівні психічного розвитку.

У дошкільному віці дитині з порушенням зором доводиться опановувати предметну діяльність, основні рухи свого тіла, дрібні рухи рук, навички орієнтування в обмеженому, знайомому просторі тощо, тобто такі види 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. У цьому також одне із джерел активності, що забезпечує високі темпи розвитку. Порушення зору позначається на рівні організації діяльності, що проявляється в різних рухових порушеннях, труднощах формування рухових навичок. Тому активний розвиток рухової сфери дошкільника з порушеннями зору є необхідною умовою його психічного розвитку. На це слід звернути особливу увагу у зв'язку з тим, що порушення зору призводить до серйозних ускладнень просторового орієнтування, самостійного пересування у просторі, розуміння свого положення в ньому. Найважливішою передумовою самостійного опанування простору є добре розвинені моторні (рухові) навички.

Якщо в ранньому дитинстві ефект чуттєвої обмеженості може проявлятися у 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. Відсутність зору призводить не лише до обмеження інформації, а й до суттєвих ускладнень з регуляцією зовнішньої поведінки. Типовим проявом порушення регуляції поведінки є труднощі вільного спілкування сліпої дитини з однолітками і дорослими, що породжує ізоляцію 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 успішному навчанні. З'являється можливість перейти від навчання, заснованого на наслідуванні, до самостійних ігрових дій дітей, спрямованих на виконання певного завдання. У дітей з тяжкими порушеннями зору через неможливість повноцінного наслідування ці процеси залишаються у безпосередній залежності від керування дорослого.

### **Загальні рекомендації щодо розвитку дитини з порушеннями зору та організації її навчальної діяльності**

Рекомендації з організації навчання учнів з порушеннями зору у початковій школі визнаються відповідно до особливостей розвитку, спричинених зоровим порушенням.



## Рекомендації щодо фізичного розвитку дитини з порушеним зором

Для дітей зі зниженим зором	Для сліпих дітей
<ul style="list-style-type: none"><li>• мотивувати дитину до рухової активності;</li><li>• розвивати загальну та дрібну моторику шляхом виконання вправ на розвиток координації, рівноваги, витривалості. Слід пам'ятати, що дитині з порушеннями зору недостатньо продемонструвати виконання вправи чи надати словесну інструкцію, слід виконати рух разом із нею, безпосередньо керуючи рухами тіла чи рук;</li><li>• залучати дитину до участі у спільних іграх і спортивних заходах, дотримуючись заходів безпеки та застосовуючи необхідні засоби адаптації простору (тактильні чи яскраві напрямні, звукові та світлові сигнали, озвучені чи контрастні м'ячі, інший спортивний інвентар).</li></ul>	

## Рекомендації щодо мовленнєвого розвитку

Для дітей зі зниженим зором	Для сліпих дітей
<ul style="list-style-type: none"><li>• збагачувати словник, уточнювати поняття та уявлення, позначені словом;</li><li>• розвивати виразність та експресивність мовлення, виправляти порушення звуковимови;</li><li>• стимулювати до висловлювання власних міркувань, думок, до словесного опису плану виконання завдань;</li><li>• розвивати розуміння невербальних засобів спілкування;</li><li>• залучати учня до комунікативної діяльності в класі з однолітками, організовуючи виконання спільних проектів, навчальних завдань;</li><li>• формувати навички комунікації: повертатись обличчям до співрозмовника, розпочинати і підтримувати комунікацію, контролювати силу голосу, розвивати навички модуляції голосу, попереджувати нав'язливі рухи під час говоріння (розхитування корпусом, головою тощо), прищеплювати ввічливість та ін.;</li></ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• через зниження зору дитина, прагнучи роздивитися обличчя співрозмовника, може підходити до нього занадто близько, що може стати перешкодою до спілкування, слід навчити контролювати відстань до співрозмовника.</li> </ul>	<p>формувати навички ініціювання комунікації, визначення слухових індикаторів у мовленні співрозмовника для розпізнавання зацікавлення чи його зниження;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• формувати вміння ставити уточнювальні запитання, коли дитина не розуміє предмет обговорення, це важливо для збагачення досвіду.</li> </ul>
--	--

### Рекомендації щодо пізнавального розвитку

Для дітей зі зниженим зором	Для сліпих дітей
<ul style="list-style-type: none"> <li>• розвивати зорове, слухове, кінестетичне та тактильне сприйняття;</li> <li>• за пояснення навчального матеріалу максимально використовувати приклади з реального життя та конкретний матеріал, що допоможе встановити зв'язки між абстрактними поняттями і досвідом дитини;</li> <li>• формувати та коригувати уявлення, використовуючи реальні моделі, тактильні уявлення та об'єкти для маніпулювання (посібники, іграшки, рельєфні зображення, схеми, таблиці);</li> <li>• формувати навички обстеження та порівняння предметів, об'єктів, людей;</li> <li>• розвивати вміння збагачувати, закріплювати та використовувати власний досвід, формувати звичку покладатися на нього у разі виникнення потреби вирішення подібних завдань у майбутньому;</li> <li>• орієнтувати дитину на пошук додаткової інформації про незрозумілі, нові об'єкти, відношення між об'єктами та явищами в навколишньому середовищі;</li> <li>• закріплення знань потребує багаторазового вправлення та досвіду їх</li> </ul>	

<p>застосування у навчальній діяльності та життєвих ситуаціях;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• дитина потребує чітких указівок щодо використання конкретних методів навчання, важливо проговорювати кожний етап виконання завдання, звертати увагу на алгоритм виконання дій;</li> <li>• розвивати вміння визначати мету діяльності, прогнозувати її результат;</li> <li>• формувати вміння досліджувати, експериментувати, ставити запитання, погоджуватися – не погоджуватися, перепитувати, виявляти сумніви, домагатися чіткої й доступної інформації, організовувати процес пошуку нового у знайомому, звичному;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• формувати навички аналізуючого зорового сприйняття;</li> <li>• розвивати навички координації зорово-рухових дій, зорового контролю за виконанням практичних дій;</li> <li>• прищеплювати навички розслаблювати зір, якщо є відчуття зорової втоми;</li> <li>• конкретизувати уявлення, вчити співвідносити їх з реальними об'єктами, формувати уважність до деталей;</li> <li>• навчати точно використовувати знання і навички, засвоєні за наслідуванням, що потребують конкретизації, уточнення, виправлення.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• формувати і розвивати дрібну моторику, навички активного дотикового обстеження предметів і дотикового сприйняття;</li> <li>• розвивати навички активного слухання.</li> </ul>

## Рекомендації щодо емоційно-вольового розвитку

Для дітей зі зниженим зором	Для сліпих дітей
<ul style="list-style-type: none"><li>• формувати навички розпізнавання емоцій оточуючих та власних;</li><li>• навчати висловлювати свої переживання та почуття, розвивати навички рефлексії;</li><li>• формувати навички самооцінювання, вміння визначати свої сильні та слабкі сторони;</li><li>• стимулювати емоційну налаштованість та бажання дитини працювати, виконувати завдання, проявляти ініціативу, долати труднощі на шляху до поставленої мети;</li><li>• заохочувати наполегливість, незалежність та самостійність дитини;</li><li>• об'єднуючи учнів класу у підгрупи, необхідно передбачити залучення дитини з порушеннями зору до виконання колективних завдань та створювати ситуації успіху для неї;</li><li>• виховувати позитивне ставлення до себе та оточуючих;</li><li>• формувати навички протидії під час агресії з боку дітей, вміння правильно реагувати на образи.</li></ul>	

## Рекомендації щодо формування навичок навчальної діяльності

Для дітей зі зниженим зором	Для сліпих дітей
<ul style="list-style-type: none"><li>• плануючи виклад навчального матеріалу, слід продумати, який практичний матеріал може знадобитися дитині під час виконання конкретних завдань;</li><li>• необхідно визначити засоби привертання уваги вчителя, що не відволікатимуть інших учнів (наприклад, піднята рука — замість голосу, певний тактильний стікер, світлова кнопка на одязі тощо).</li><li>• вербальну інформацію потрібно максимально конкретизувати: не «там», «тут», «на цій, на наступній сторінці», а «праворуч», «угорі сторінки»,</li></ul>	

<p>«на сторінці 7» тощо;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• дитина з порушеннями зору може потребувати додаткового пояснення перед початком виконання завдання;</li> <li>• виклад нового матеріалу слід узгоджувати з наявним досвідом і знаннями дитини, це допоможе подолати прогалини у навчанні;</li> <li>• великі за обсягом тексти для читання дитині може прочитати помічник або їх можна дати в аудіозаписі, дозволено пропустити частину тексту, якщо це не вплине на його розуміння та виконання завдання;</li> <li>• для формування навички виконання практичних завдань (зображення фігур, різання ножицями, ліплення та ін.) можна продемонструвати конкретні дії, поклавши свої руки на руки дитини. Згодом дитина зможе діяти самостійно;</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• розвивати навички зорового сприйняття, уміння зосереджувати погляд, стежити за рухомим об'єктом, навички активного слухання;</li> <li>• формувати навички безпечного використання збільшувальних приладів, дозволяти під час уроку підходити до дошки, щоб роздивитися інформацію;</li> <li>• замінювати значні за обсягом записи на дошці індивідуальними картками із завданнями, записаними збільшеним шрифтом;</li> <li>• за певних завдань (особливо пов'язаних із зоровою роботою, читанням, записуванням) давати</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• розвивати навички дотикового та слухового сприйняття;</li> <li>• пам'ятати про те, що дитина не має змоги стежити за невербальною інформацією та діями, що не коментуються. Тому записи на дошці, завдання на індивідуальних картках чи демонстрацію певного об'єкта для всього класу потрібно коментувати;</li> <li>• фронтальні завдання слід давати на індивідуальній картці із записом шрифтом Брайля;</li> <li>• як наочність мають максимально використовуватися</li> </ul>



<p>більше часу для їх виконання, зменшувати кількість завдань; • для позначення завдань у текстах для читання використовувати кольорові стікери, обводити контуром тощо; • збільшувати контрастність (жирність) друкованої інформації, міжрядковий інтервал; чорно-білий або чорно-жовтий контраст забезпечує найкраще зорове сприйняття, добре сприймаються насичений синій, зелений або фіолетовий на світло-жовтому фоні; слід уникати червоного кольору, за певних порушень зору він не сприймається; • для записів на дошці найкращим для сприйняття всіма учнями є використання світлої крейди (білої, жовтої) на темному фоні, це стосується й використання фліпчату (темний папір — світлий маркер); • слід уникати надмірної деталізації зображень, схем, таблиць, діаграм; • копії друкованих матеріалів мають бути максимально чіткими; • дитині краще виконувати записи чорною ручкою, маркером, ніж синьою, в жодному разі — не олівцем; • на уроках математики</p>	<p>тактильні, конкретні матеріали. Це забезпечить можливість розвитку дотикового та кінестетичного сприйняття;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• необхідно давати більше часу на виконання завдань; де можливо, замінювати письмову відповідь на усну, зменшувати обсяг письмових завдань, дозволяти використовувати друк;</li> <li>• перед початком виконання завдання слід дати додаткове пояснення та з'ясувати, чи зрозуміла дитина, що від неї очікують;</li> <li>• формувати навички безпечного використання спеціального обладнання;</li> <li>• формувати навички безпечного пошуку предметів, які впали;</li> <li>• формувати навички читання та письма шрифтом Брайля та навички запису звичайним шрифтом за допомогою спеціального приладу;</li> <li>• формувати навички друкування на клавіатурі комп'ютера/ноутбука</li> </ul>
--	---

<p>доцільно використовувати лотки з кількома відділеннями для унаочнення арифметичних дій; • роботу з вимірювальними приладами слід продемонструвати індивідуально, доцільно збільшити одиниці вимірювання (2–4 см замість 1); на початку формування вимірювальних навичок ці прилади мають бути контрастними, позначки на них збільшеними.</p>	
---	--

### **Бар'єри в освітньому просторі для дітей із порушеннями зору**

Навчання дітей з особливими освітніми потребами в загальноосвітньому просторі пов'язане із численними труднощами і бар'єрами. Це своєрідний виклик і для самої дитини, і для її батьків, і для вчителів, і для освітньої системи в цілому. Так, якщо ви вчитель початкової школи і у вашому класі з'явиться дитина з порушеннями зору, будьте готові до того, що спочатку вас можуть приголомшити відмінності її потреб від потреб інших учнів класу. Але незабаром ви помітите, що це така ж дитина, як і решта учнів класу, вона так само старанна чи трохи розгублена і неуважна, дуже любить потеревенити або серйозна і мовчазна, акуратна і пунктуальна чи розбишака... і так само допитлива і відкрита до нового. І цій дитині, як і всім іншим у класі, потрібні ваші підтримка, терпіння, любов і всі ті унікальні якості, які притаманні справжньому вчителю.

Для успішної реалізації освітнього шляху такому учневі потрібно:

- відчувати себе комфортно і в безпеці у класі та школі, на уроці, прогулянці, екскурсії;
- працювати з людьми, які розуміють наслідки зорового порушення для навчальних можливостей;

- отримувати відповідні навчальні ресурси та технології, матеріали та адаптивне обладнання для ефективного навчання;

- розвивати позитивну самооцінку, отримуючи щоденні можливості для успіху.

Успішність навчання, звичайно ж, залежатиме і від самого учня, і від його розуміння, що він має такі самі права та обов'язки, що й інші учні, що від нього очікують належної поведінки і старанності, комунікації, самостійності і відповідальності.

Основними труднощами у навчанні, пов'язаними з порушенням зору, є:

- зниження практичного досвіду навчання, бо діти не здатні безпосередньо засвоювати навички зі спостережень за об'єктами і взаємодій;

- формування узагальнених уявлень та пізнавальний розвиток;

- навички комунікації і взаємодії;

- навички самообслуговування;

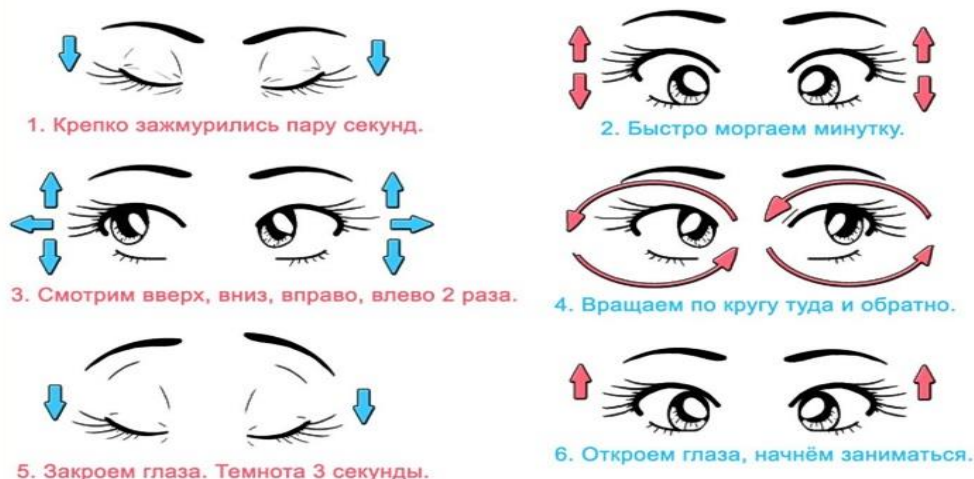
- навички орієнтування і мобільності.

Особистісний розвиток учня з порушеннями зору також важливий, цьому сприятимуть: заохочення до позитивної самооцінки, поведінки; стимулювання самостійності, формування навичок самозахисту, хороша міжособистісна комунікація з учнями класу за виконання спільних завдань.

### **Як зберегти і поліпшити зір дитини за допомогою зорової гімнастики?**

Однією з форм профілактики та корекції порушень зору, запобігання перевтомі зорового апарату є зорова гімнастика. Ще в незапам'ятні часи, за багато століть до початку нашої ери, були розроблені спеціальні вправи для очей. Вони ґрунтуються на рівномірному чергуванні тренувань очних м'язів з повноцінним відпочинком зорового апарату. Виконуючи такі нескладні вправи щодня, можна не лише зберегти зір, а й відновити його повноцінне функціонування.

## Гимнастика для глаз



Зорову гімнастику слід обов'язково проводити під час роботи за комп'ютером: для 4 — 5-річних дітей — після 5 хв. роботи, а для 6 — 7-річних — після 7 — 8 хв. роботи. Тривати зорова гімнастика має 1—2 хв.

Гімнастика для очей — це одна з ефективних здоров'я збережу вальних технологій, поряд з дихальною гімнастикою, самомасажем, динамічними паузами тощо.

**Проведення з дітьми зорової гімнастики як у дошкільному закладі, так і вдома:**

- знижує втомлюваність очей;
- зміцнює очні м'язи;
- знімає напруження;
- запобігає виникненню порушень зору;
- позитивно впливає на загальну працездатність зорового аналізатора та всього організму.

### Дітям з порушеннями зору протипоказані:

- силові вправи, що характеризуються натужуванням;
- вправи, що пов'язані зі струсами тіла, стрибки зі скакалкою на жорсткій поверхні, зіскоки, перекиди, стійки на голові, стрибки у воду головою донизу, виси головою донизу;
- виконання вправ при ЧСС понад 180 ударів за хвилину.

## Методика дозування фізичних навантажень

### в учнів з порушенням зору

Дозування фізичних навантажень на уроках з лікувальної фізичної культури здійснюються шляхом використання наступних прийомів:

1. Вибором початкових положень лежачи, сидячи, стоячи, в русі, полегшених, утруднених і ін.).
2. Вибором темпу рухів (повільний, нормальний, швидкий, прискорений, граничний).
3. Вибором тривалості частин уроку.
4. Вибором характеру вправ (за анатомічною локалізацією– прості, складні, полегшені, обтяжені, звичні, незвичні і т.д.).
5. Вибором характеру навантаження (принцип розсіяння або концентрації фізичного навантаження, його наростання або убування, рівномірність або уривчастість і т.д.).
6. Вибором амплітуди (мала, середня, велика).
7. Вибором ступеня напруження нервово-м'язової системи, яке досягається двома шляхами: ролевими зусиллями і шляхом обтяжень (вагою власного тіла, введенням вправ з предметами, на снарядах, з опором, на координацію і ін.).
8. Вибором ритму (звичний, незвичний).
9. Використанням емоційності, яка полегшує виконання вправ.
10. Регуляцією співвідношення між спеціальними, загальнорозвиваючими, дихальними вправами і паузами для відпочинку. (Спокійне глибоке дихання з подовженим видихом сприяє швидшій нормалізації серцевої діяльності).
11. Інтенсивністю навантаження.

## Рухливі ігри для дітей з порушенням зору

Рухливі ігри для слабозорих дітей, спрямовані на формування правильної постави.

### *Швидко по місцях*

Всі гравці шикуються в шеренгу (колону, ). По команді вчителя: "Розійдися!", всі діти розбігаються по залу. По команді вчителя: "У хлоп'ят, знають всі свої місця, 1-2-3 місце ти своє знайди!" Гравці повинні знайти свої місця, зберігаючи правильну поставу. Виграє той, хто встане на місце швидше і збереже правильну поставу.

### *Ловишка*

Вибирається ловишка. Діти підбігають до нього і, лясаючи в долоні говорять: "Раз, два, три, раз, два, три! Ну, швидше нас лови!" Ловишка, подаючи звуковий сигнал, починає наздоганяти. Рятуючись від водячого гравець повинен зупинитися і прийняти обумовлене положення правильної постави. Такого гравця ловити неможна, і ловишка повинен перемкнутися на інших. Через деякий час обирається інший ловишка, і гра . В ігри називаються діти, які жодного разу не були упіймані ловишкою, і водячий, заплямував найбільше число гравців. Положення, що займають діти під час переслідування ловишкою: "Вартовий" - основна стійка, плечі розпрямити; "Літак" - стійка ноги нарізно, нахил вперед прогнувшись, руки в сторони; "Зірочка" - стійка ноги нарізно, руки за голову, лікті в сторони; "Ракета" - стоячи на шкарпетках, руки злегка відведені, долоні вперед; "Балерина" - стоячи на правій, зігнуту ліву - на коліно правої, руки в сторони.

### *Ворони і горобці*

Всі гравці шикуються в колону по одному (дистанція один крок) на середині майданчики і розраховуються "на перший, другий". Одна команда - перші номери, інша - другі. По обох сторонах від гравців на відстані 1,5 м кладуться які-небудь предмети, наприклад: праворуч кубики (ворони), - тенісні м'ячі (горобці). Предметів удвічі менше, ніж учасників гри. Гравці разом з учителем виконують різні завдання на виконання правильної постави.

Раптово учитель вимовляє одне із слів: "горобці" або "ворони". При слові "горобці" всі біжать до м'ячів, а при слові "ворони" - до кубиків і кожен прагне схопити один предмет. За кожен предмет команда 1 очко. Гра повторюється кілька разів. Виграє команда що набрала більше очок.

### ***Вправи спрямовані на формування правильної постави***

"Фігуристка" - в.п. о.с. 1 - ліву ногу назад на , руки за голову лікті в сторони, 2-3 тримати, 4 - в.п.;

"Силачі" - в.п. о.с. 1) руки вгору дивитися на долоні рук, 2) руки до плечей, 3) - руки вгору, 4) - в.п.

"Неваляшка" - в.п. стійка ноги нарізно. 1 - напівприсід, руки до плечей долонями вперед, 2-3 тримати, 4 - в.п.

### ***Хитра лисиця***

Гравці шикуються в , руки за спину, пальці в замок, очі заплющити. Водячий ходить по зовнішньому і перевіряє поставу у гравців; тому, чия постава йому сподобається, він кладе маленьку іграшку або інший предмет і говорить: "Можна розплющити очі". Гравці розплющують очі і промовляють: "Хитра лисиця, хто ти?" (три рази), після чого той, у кого в руках опинився предмет, робить крок вперед і вимовляє: "Я" (він стає водячим). Гравці розбігаються (бігти тільки в один бік), а водячий ловить та передає іграшку, тому, кого упіймав. Гра поновлюється.

### ***Місток***

Діти стоять на гімнастичній лавці, руки на поясі, плечі злегка відведені назад. Ходьба на лаві, зберігаючи положення правильної постави: з почерговим опусканням ноги, з витягнутим н за лаву (інша нога при цьому декілька згинається). "Підемо по містку гуськом. Нogu в річку окунем". Ходьба по лаві боком приставними кроками. Руки витягнуті в сторони долонями вгору. "А потім підемо ми боком. І ще разок підскоком".

### ***Чапля***

"Чапля" - водячий, а решта "жабки". Д чапля спить (стоїть нахилившись, спираючись руками на прямі ноги), решта гравців стрибає рухаються по

майданчику (тільки по , в один бік); раптом чапля прокидається, видає крик і починає ловити жаб. Жаби, тікаючи промовляють: "ква-ква". Скільки жаб зловить чапля - стільки очок. Далі вибирають іншу "чаплю". "Чапля" пересувається тільки на прямих ногах збереженням правильної постави, а "жаби" стрибають навпочіпки з прямою спиною.

### ***Визнач помилку***

Самоконтроль. По команді викладача дається завдання прийняти положення правильної постави. Стоячи біля стіни, прийнявши правильну поставу, виконати прості рухи руками, ногами, присідання і т.д. Виконавши завдання, учень повинен сам вказати на свої помилки або неточності при виконанні завдання. Виграє той, хто без помилок виконає завдання або правильно відзначить недоліки виконання.

## **Рухливі ігри для слабозорих дітей, спрямовані на розвиток**

### **координації рухів**

#### **(збереження рівноваги, орієнтування у просторі, точність рухів)**

### ***Слухай сигнал***

Гравці йдуть по залу. По сигналу ведучого (оплеск, свисток, бубон і т.д.) раптово зупиняються і приймають положення правильної постави. Варіанти: на різний звуковий сигнал – різні положення рук, із збереженням правильної постави. Оплеск - основна стійка. Свисток - руки за спиною і т.д.

### ***Совушка***

Вибирається совушка. Її в стороні від майданчика. Гравці - на майданчику, а совушка - у . По сигналу ведучого: " День , все оживає!" – діти ходять, бігають (перед грою нагадати про напрям бігу), наслідуючи польоту метеликів, пташок, і зображуючи жабенят, мишей. По другому сигналу: " Ніч , все завмирає - сова вилітає!" - гравці зупиняються, завмирають в позі, в якій їх застав сигнал. Совушка виходить полювати. Почувши гравця, який розмовляє або прийняв неправильну позу, вона бере його за руку і відводить в своє . По сигналу: "День , все оживає!" - совушка повертається в гравці знов



вільно пустують на майданчику. Гру можна проводити під музику (ігри і фізичні вправи на уроках фізкультури, II клас). Положення, що приймаються гравцями в той час, коли совушка вилітає на полювання: "силачі" - руки до плечей, пальці в куркулі, лопатки з'єднати; пістолет – напівприсід на правій нозі, ліву вперед, руки на пояс, лікті назад; "флюгер" - напівприсід, руки в сторони долонями вперед, спина пряма, коліна розвести дивитися прямо; "лелека" - стоячи на правій, зігнуто в коліні ліву ногу вперед руки вгору, долонями назовні.

### ***Пожежники на навчаннях***

Дві команди. Діти стоять в колонах перед похилою лавкою, (закріпленою). Нахил лавки 15-20°. Пересування по лавці в упорі на колінах, із захопленням краю лавки руками. на кожному прольоті шведської стінки підвішений дзвоник. По сигналу вчителя діти, що стоять першими повзуть по лавці потім по рейках стінки вгору і дзвонять в дзвоник. Сходять вниз і стають в кінець своєї колони. У кожній парі відзначають того, хто подзвонив першим і не помилок в повзанні і лазінні.

### ***Гра з м'ячем***

Дві команди шикуються в дві шеренги на відстані один від одного 2-4 м. Перед кожним учасником булава або кегля. За звуковим сигналом учителя кожний гравець намагається збити булаву свого суперника перекочуванням м'яча по підлозі.

### ***Пройди - не помилися***

Гравець повинен пройти по прямій 5-10 м вперед до звукового сигналу, ставлячи п'яту однієї ноги попередуої ноги, і повернутись назад. По іншому звуковому сигналу пройти спиною вперед, ставлячи до п'яти. Завдання виконувати із заплюще очима. Для учнів 4-6 класів можна ускладнити гру: виконати те ж завдання з пересуванням по гімнастичній лавці, переступаючи через озвучений предмет, покладений на лаву. При цьому дітей необхідно підстрахувати.

### *Бджілки*

У грі беруть участь 10 дітей. По на відстані 1 м один від одного розташовують 9 обручів. Гравці йдуть по зовнішньому і виконують задані вчителем рухи. За сигналом вчителя всі гравці прагнуть зайняти будь-який обруч і приймають обумовлену позу з правильною поставою. Одна бджілка залишається без будиночка. Вона обходить і, підійшовши до гравця, який неправильно прийняв положення правильної постави, говорить: "Ти зайшов не в свій будинок, це мій теремок". Гра , виграє найспритніший гравець, який прийняв правильну поставу. Завдання слід періодично : ходьба на носках, руки на пояс, лікті назад, лопатки разом; в.п. руки до плечей, виконувати кругові рухи ліктями назад; в.п. руки на пояс, лікті назад, виконувати приставний крок , вліво і т. інш.

### *День і ніч*

Дві команди учнів з вадами зору «день» та «ніч» стають спинами один до одного на відстані 2 м від середній лінії майданчика Кожна команда має свій дім на краю площадки. Вчитель називає то одну, то іншу команду. Названа команда одразу тікає у свій дім, а інша обертається і старається упіймати першу. Потім команда повертається та підраховує кількість пійманих. Перебіжки повторюються. Переможці - команда, яка упіймала найбільшу кількість людей з іншої команди.

### **Вправи для розвитку функціональної витривалості**

#### **зорового аналізатора**

#### *Пальмінг*

В.П.: випрямити пальці однієї руки та покласти долонь на обличчя. Покласти мезинець іншої руки поперек чотирьох пальців першої руки (руки при цьому утворюють щось схоже на перевернуту букву V). Місце пересічення основаній мезинців утворює як би дужку окулярів та повинно, відповідно розташовуватися там, де звичайно розташовується на перенісся дужка окулярів. Впадини долоней при цьому автоматично розташовуються точно над орбітами ваших очей. Під час виконання вправи утримуйте очі заплющеними.

Усуньте напруження пальців, розслабте зап'ястя, лікті. Для цього покладіть їх на коліна або на стіл так, щоб шия знаходилася на однієї прямої з хребтом. Можна покласти на коліна подушку, а вже на неї лікті. Якщо вам необхідно нахилитися вперед, зігніться у талії, але зберігайте прямизну між шиєю та хребтом.

Виконання цієї вправи дає можливість розслабити м'язи очей і водночас активізує нервові клітини очей. Виконувати цю вправу треба часто, тривалість виконання 10-15 секунд.

### *Соляризація*

1) Зніміть окуляри. Станьте на краю густої тіні. Поставте одну ногу на тінювий клаптик землі, а другу на освітлений сонцем. Заплющіть очі та, зробив глибокий вдих, починайте повертати голову з боку в бік так, щоб очі поперемінно проходили крізь неосвітлену ділянку та ділянку на яку попадає сонячне світло. Сонце повинно світити прямо на очі. Повторяйте ці повороти доки очі не перестануть тремтіти на сонці від болю.

2) Ту ж вправу виконайте стоячі повністю обличчям до сонця повертаючись вправо та вліво.

При виконанні цих вправ треба думати про щось приємне та відволікаюче від спрямовування очей під заплющеними віями на сонце.

3) Прикрийте одне око долонею так, щоб жодний промінь світла не проходив крізь неї. Долонь повинна бути накладеною так, щоб око під нею мало можливість відкриватися. Тепер почніть робити повороти, ковзаючи поглядом неприкритого ока по землі біля ніг. При цьому повинно безперервно моргати. Потім, піднявши голову, повертайтеся з боку в бік та швидко моргайте, глядячи прямо на сонце. (Однак будьте обережні! Прямо на сонце можна глядіти не більше 2-3 секунд!). Повторити цю вправу з іншим оком. Та навпаки, виконайте цю вправу, поєднавши обидва ока разом та роблячи повороти, глядячи заплющеними очима прямо на сонце.

## ***Повороти***

Першій закон зору – це рух. Коли око пересувається, воно бачить. Зір ока, яке бачить уважно, стає слабкішим. Ціллю наступних вправ є порушення звички пильного розгляду шляхом фізичного пересування погляду.

## ***Великі повороти***

Станьте обличчям до вікна своєї кімнати, розставив ступні ніг приблизно на 30 см. Потім, переносячи вагу тіла на ліву ногу, поверніть голову та плечі до лівої стіни. Після цього зробить те ж з поворотом до правої стіни. Виконуйте ці рухи у темпі повільного вальсу, відриваючи під час поворотів п'ятку від підлоги. Дихає глибоко. Підчас поворотів не фіксуйте погляд на вікнах, вони повинні плавно проходити перед очима. Рахуйте кількість поворотів. Цю вправу повинно виконувати по 100 разів кожний ранок та ще стільки ж в вечері перед сном.

Ця вправа розвиває гнучкість хребта, нормалізує діяльність функцій внутрішніх органів людини. Але в перше чергу, вона сприяє збудженню своєрідної вібрації очей (дуже дрібних довільних рухів очей). Не забувайте про те, що це не фізична вправа і не вправа для розвитку зору, а вправа на розслаблення. Повороти повинно виконувати м'яко та ритмічно, без зусилля.

## ***Пальцеві повороти***

Поставте вказівний палець будь-якої руки перед своїм носом. М'яко повертайте голову з боку в бік, глядячи при цьому мимо пальця, а не на нього. Вам може показатись, що палець рухається. Робить ці повороти по 20-30 разів. Чергуючи 3 повороти з відкритими очима з 3 поворотами з заплющеними очима, не забуваючи при цьому про дихання. Повороти голови є одним з найцінніших вправ, оскільки вони крізь симпатичну нервову систему знімають напруження буквально з кожної частини вашого тіла.

## ***Дихання для збільшення кровообігу очей***

Зробить повний глибокий вдих. Затримайте дихання. Підчас затримки дихання зробить нахил вперед так, щоб ваша голова опинилася нижче серця. При цьому кров поступає безпосередньо в голову та очі. Залишайтеся в цьому

положенні до рахунку 5-10, відкриваючи та заплющуючи очі. Кисень випалює токсини з очей. Кровообіг у тканинах посилюється. Робить таке очищення 10 разів на день.

### ***Метод Уільяма Бейтса***

1. Голова зафіксована так, щоб рухатись могли тільки очі. У витягнутій руці - олівець. Рухайте олівцем з широкою амплітудою вправо та вліво, вниз. Безперервно слідить очима за олівцем.

2. Встати біля стіни великої кімнати та, не повертаючи голови, швидко перевести погляд з правого верхнього кута кімнати у лівий нижній. Виконати не менш 50 разів.

3. Стійка ноги нарізно, руки на пояс. Різкі повороти голови вправо та вліво. Погляд спрямовувати по ходу руху. Виконати 40 поворотів.

4. Протягом 3 секунд дивитись на яскраве світло, потім заплющити очі руками та дати їм відпочити. Повторити 15 разів.

5. Широко відкрити очі, сильно прищуритися, заплющити очі. Повторити 40 разів.

6. Дивитись крізь вікно на далеко розташований предмет на протязі 10 секунд. Перевести погляд на власні наручні годинники. Повторити 15 разів.

Ці вправи доктор Бейтс рекомендує виконувати 2 рази на день. Через місяць, зробити паузу на 2-3 тижня, а потім начати знов спочатку. Такий режим роботи очей зміцнює окові м'язи, тренує та масирує кришталики, покращує кровообіг та харчування очей.

### ***Хатха-йога для дітей***

Вправи корисно виконувати всім для гігієни та профілактики порушення зору.

Виконуючи вправи, спину тримайте прямо. Уважно зосередьте на очах. Після виконання кожної вправи давайте очам відпочинок - заплющуйте їх або швидко моргайте на протязі 20-30 секунд.

1. Повільно обертайте очними яблуками по колу зліва направо та справа наліво. Повторити 3-5 разів.

2. Подивіться вгору, вниз, вправо, вліво, в правий нижній кут, в лівий верхній кут, потім в правий верхній та в лівий нижній. Око повертайте з зусиллям. У крайніх положеннях фіксуйте погляд на декілька секунд. Цикл з цих восьми рухів можна повторити. Наприкінці кожного циклу не забувайте розслабити очі.

3. Дивіться 5-6 секунд на великий палець витягнутої вперед правої руки. Відводячи вправо праву руку слідить за пальцем, не повертаючи голови.

Поверніть руку у вихідне положення, не відриваючи погляд від кінчика пальця. Теж виконайте з лівою рукою.

4. Дивіться на кінчик пальця, утримуючи його перед обличчям приблизно на відстані 30 см. Потім переведіть погляд вдаль. У кожному положенні утримуйте погляд на 2-3 секунди. Повторить 3-5 разів, добре зосередившись на виконанні.

5. Лівою долонею прикрийте відкрите ліве око. Пальці правої руки складіть у кулак так, щоб великий палець опинився зверху. Розігніть середній палець, звільнивши його з кулака, та виконайте ним колові рухи біля правої зіниці. Почніть від внутрішнього кута ока, далі вгору по лінії брів до зовнішнього, потім по лінії нижньої вії до внутрішнього кута. Водночас слідкуйте правим (відкритим) оком за рухом пальця. Рухи пальця повинні бути плавними та спокійними. Те ж повторить, змінивши руки. Поступово доведіть тривалість виконання до 3 хвилин.

6. Кращий відпочинок для очей – розслаблення, яке можна виконувати в положенні лежачи на спині або сидячи. Заплющте очі та намагайтеся максимально розслабити вії, а окові яблука ніби опустіть в очну ямку. Якщо вам важко досягти повного розслаблення, розітріть долонь о долонь до появи тепла, легко торкніться подушечками пальців до закритих вії. Це допоможе вам максимально розслабити м'язи очей. Затримайтесь у цьому положенні на 2-40 секунд.

## ***Вправи для розвитку сили м'язів очей***

Так щільно заплющте очі, як це можливо. Потім розплющте їх якомога ширше. Зробіть це 10 разів. Зробіть декілька глибоких вдихів та знову почніть сильні моргання. Зробити 5 таких серій

## **СЛОВНИК ТЕРМІНІВ**

1. ***Амбліопія*** або «ліниве око» — ослаблення зору, зумовлене функціональними розладами зорового аналізатора.

2. ***Астигматизм ока*** — недолік ока, зумовлений несферичною формою рогівки або кришталика, за якого промені світла не фокусуються в одній точці.

3. ***Ахроматичний зір*** - найбільш важка форма розладу колірного зору, що характеризується повною втратою здатності розрізняти хроматичні тони.

4. ***Бінокулярний зір*** - зір, в якому беруть участь обидва ока, а отримувані ними зображення зливаються в одне, що відповідає розглянутому предмету.

5. ***Глаукома*** – це небезпечне захворювання очей, при якому через надлишок внутрішньоочної рідини, або через порушення її циркуляції та відтоку, виникають незворотні трофічні порушення в тканинах ока, які поступово спричиняють сліпоту та інвалідизацію осіб переважно працездатного віку.

6. ***Короткозорість*** — це дефект зору, коли людина бачить чітко тільки близько розташовані предмети, а на відстані вони — у вигляді розмитої картини.

7. ***Косоокість*** - захворювання, що характеризується порушенням бінокулярного зору в результаті відхилення одного з очей від спільної точки фіксації.

8. ***Оптимізація*** — 1) процес вибору найкращого варіанта з можливих; 2) процес приведення системи у найкращий (оптимальний) стан.

9. **Особа з особливими освітніми потребами** – особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту.

10. **Особистість** — людина як суспільний, соціалізований індивід. Особистістю не народжуються, вона формується у процесі набуття соціально-культурного досвіду. Особистість характеризується спрямованістю, характером, здібностями й темпераментом.

11. **Особливі потреби** - новий термін, прийнятий до вживання в останні десять років, пом'якшений на відміну від термінів «інвалід», «дефектність», «відставання».

12. **Офтальмолог** – лікар-спеціаліст, що отримав підготовку в області офтальмології.

13. **Периферичний зір** - визначається периферичною областю поля зору; характеризується різким зниженням роздільної здатності порівняно з центральним зором; служить для орієнтування і переміщення в просторі.

14. **Поле зору** - простір, одночасно видимий оком при нерухомому положенні голови і фіксації погляду в одній точці; визначається оптичними, рецепторними і нервовими елементами органу зору.

15. **Тифлопедагогіка** - наука про виховання і навчання дітей з глибокими порушеннями зору, одна з галузей дефектології.

16. **Фізичний розвиток** - динамічний процес зростання (збільшення довжини і маси тіла, розвиток органів і систем організму і так далі) і біологічного дозрівання дитини в певному періоді дитинства.

### **Питання для самоконтролю:**

1. Що називається зором?
2. Назвіть характерні особливості зорового сприйняття.
3. Чим визначається ступінь порушення функції зорового аналізатора?
4. Яка гострота зору вважається нормальною?



5. Охарактеризуйте класифікацію порушень зору.
6. На що переноситься акцент розвитку у період дошкільного дитинства?
7. Які особливості характерні для розвитку зрячого дошкільника?
8. Які навички є найважливішою передумовою самостійного опанування простору?
9. Що потрібно для успішної реалізації освітнього шляху учневі з порушенням зору?
10. Які існують труднощі у дітей з порушенням зору?
11. Що є однією з форм профілактики та корекції порушень зору?
12. Коли обов'язково потрібно проводити зорову гімнастику?
13. Що протипоказано дітям з порушенням зору?
14. Як впливає проведення з дітьми зорової гімнастики для їх здоров'я?
15. За допомогою яких прийомів здійснюється дозування фізичних навантажень на уроках з ЛФК?

### **Примітка**

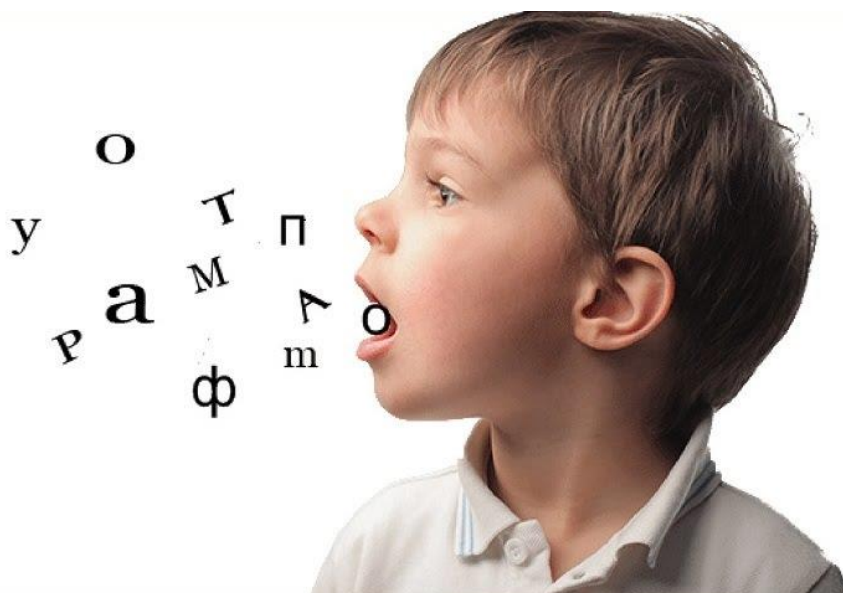
*Зором називається здібність бачити, тобто відчувати і сприймати оточуючу дійсність за допомогою зорового аналізатора. За допомогою зору здійснюється орієнтування у просторі, формуються рухові вміння та навички, спостерігаються умови оточуючої дійсності.*

*Дітей із стійкими дефектами зору поділяють на сліпих та слабозорих.*

*Рекомендації з організації навчання учнів з порушеннями зору у початковій школі визнаються відповідно до особливостей розвитку, спричинених зоровим порушенням. Однією з форм профілактики та корекції порушень зору, запобігання перевтомі зорового апарату є зорова гімнастика. Існує велика кількість рухливих ігор для слабозорих, спрямованих на формування правильної постави та розвиток координації рухів. А також вправи для розвитку функціональної витривалості зорового аналізатора.*

## 2.5. Мовленнєві порушення

Мовлення - найважливіша психічна функція, властива тільки людині. Мовлення є основою комунікативної функції, яка здійснюється за допомогою тієї чи іншої мови.



У тих випадках, коли в дитини збережений слух, не порушений інтелект, але мають місце незначні мовленнєві порушення, які не можуть не позначитися на формуванні всієї психіки, говорять про особливу категорію дітей з порушеннями в розвитку – дітей з мовленнєвими порушеннями. Мовленнєві порушення, що виникли під впливом якого-небудь патогенного чинника, самі не зникають і без спеціально організованої колекційної роботи можуть негативно позначитися на всьому подальшому розвитку дитини. Тому слід розрізняти патологічні порушення мовлення та мовленнєві відхилення від норми, викликані віковими особливостями формування мовлення або зовнішнього середовища, до яких належать деякі мовленнєві особливості батьків, двомовність у родині і т.ін.

### **Причини, що викликають порушення мовлення**

Існує дві групи причин, що призводить до порушень мови: внутрішні (ендогенні) і зовнішні (екзогенні). Зупинюся детальніше на кожній групі причин.

## **Внутрішні (ендогенні) причини мовних порушень**

Залежно від часу впливу цих факторів виділяють внутрішньоутробну патологію (дія в період внутрішньоутробного розвитку). Внутрішньоутробна патологія часто поєднується з пошкодженням нервової системи дитини при пологах. Такі ураження нервової системи дитини об'єднують різні патологічні стани, зумовлені впливом на плід шкідливих факторів у внутрішньоутробному періоді, під час пологів і в перші дні після народження. Сюди відносяться:

1. Захворювання матері під час вагітності (серцеві захворювання, захворювання печінки, нирок, легеневі захворювання діабет, гіпотонія, позитивна антиглобулінова проба, інфекційні захворювання сечового тракту) загальні захворювання, що вимагають лікування.

2. Алергії матері.

3. Перенесені переливання крові.

4 Токсикоз вагітності, не залежно від терміну вагітності.

5. Імунологічна несумісність крові матері та плоду (по резус-фактору, системі АВО і інших антигенів еритроцитів

7. Різноманітна акушерська патологія (вузький таз, затяжні або стрімкі пологи, передчасне відходження вод, обвиття пуповиною, неправильне передлежання плода багатоплідна вагітність, багатоводдя, недостатність плаценти).

8. Куріння під час вагітності, вживання алкоголю.

9. Стан після лікування безпліддя, передчасних пологів (до кінця 37 тижня вагітності), ускладнених пологів (кесаревого розтину), 2 і більше викиднів (абортів).

10. Короткий проміжок між двома вагітностями (менше 1 року).

11. Маленький зріст майбутньої матері.

12. Аномалії скелета (порушення постави матері

13. Вагітності до досягнення 18 років або після 40 років.

14. Особливі психічні навантаження (сімейного або професійного характеру), навантаження соціального характеру (економічні та матеріальні труднощі, проблеми інтеграції).

**Основні причини пошкодження нервової системи - гіпоксія і родова травма.**

**Гіпоксія** - це недостатнє постачання киснем тканин плаценти і плода.

Причиною гіпоксії плода можуть бути:

- Вади серця у матері;
- Бронхіти, пов'язані з курінням під час вагітності;
- Ранні токсикози (від 4 тижнів до 4 місяців);
- Гістози;
- Патологія пуповини, вузли на ній, занадто коротка пуповина.

**Родова травма** - це місцеве пошкодження плоду, викликане механічним впливом безпосередньо на плід під час пологів.

**Зовнішні (екзогенні) причини мовних порушень**

Для нормального мовного розвитку дитини спілкування має бути значущим, проходити на емоційному позитивному тлі і спонукати до відповіді. Йому недостатньо просто чути звуки (радіо, телевізор, магнітофон), необхідно, насамперед, пряме спілкування з дорослими на основі характерної для даного вікового етапу провідною форми діяльності. Важливим стимулом розвитку мови є зміна форми спілкування дитини з дорослим. Так, якщо не відбувається заміна емоційного спілкування, характерного для 1 року життя, на предметно-дієве спілкування з 2-3-річною дитиною, то з'являється серйозна загроза виникнення затримки психічного розвитку.

Мова дитини порушується і затримується в відсутність емоційного позитивно оточення.

Мова розвивається по наслідуванню, тому деякі мовні порушення (заїкання, нечіткість вимови, порушення темпу мови) можуть мати в своїй основі наслідування.

Мовні порушення часто можуть виникати при різних психічних травмах (переляк, переживання у зв'язку з розлукою з близькими людьми, тривала психотравматична ситуація в сім'ї). Це затримує розвиток мови, а в ряді випадків, особливо при гострих психічних травмах, викликає у дитини, психогенні мовні розлади: мутизм (повна відмова від мовного спілкування), невротичне заїкання.

Також впливає загальна фізична слабкість організму, незрілість, обумовлена недоношеністю, рахіт. Різні порушення обміну речовин, захворювання внутрішніх органів.

### **Класифікація порушень мовлення**

Психолого-педагогічна класифікація виникла в результаті критичного аналізу клінічної класифікації з точки зору застосування її в педагогічному процесі, яким являється педагогічний вплив. Порушення мовлення в даній класифікації підрозділяється на дві групи. Перша група — порушення засобів спілкування (фонетико-фонематичний недорозвиток і загальний недорозвиток мовлення).

Фонетико-фонематичний недорозвиток (ФФНМ) — порушення процесів формування вимовної системи рідного мовлення у дітей з різноманітними мовними розладами внаслідок дефектів сприймання і вимови фонем.

Загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) — різноманітні складні мовленнєві розлади, при яких порушено формування всіх компонентів мовленнєвої системи, які відносяться до звукової та складової сторони.

В якості загальних ознак відмічаються пізній початок розвитку мовлення, бідний словниковий запас, аграматизми, дефекти вимови, дефекти фонемоутворень. Недорозвиток може бути виражений в різному ступені: від відсутності мовлення або лепетного її стану до розгорнутого, але з елементами фонетичного і лексико-граматичного недорозвитку. В залежності від ступені сформованості засобів мовлення у дитини загальний недорозвиток підрозділяється на три рівні (за Р. Левіною):

I — рівень. Характеризується цілковитою відсутністю словесних засобів спілкування у віці, коли у дітей з нормальним розвитком мовлення в основному сформоване. При такому рівні мовного розвитку словниковий запас дитини складається здебільшого із звукових та звуконаслідувальних комплексів, які супроводжуються жестами, як правило не зрозумілі для оточуючих.

II — рівень. Характеризується тим, що мовленнєві можливості значно зростають. Спілкування здійснюється не лише за допомогою жестів і лепетних слів, а й мовленнєвими засобами, проте таке спілкування переважно зрозуміле близькому оточенню.

III — рівень. Передбачає розгорнуте без грубих фонематичних і лексико-граматичних відхилень мовлення, але з окремими порушеннями в фонетиці, лексиці й граматиці.

Друга група — порушення застосування засобів спілкування: заїкання, яке розглядається як порушення комунікативної функції мовлення при правильно сформованих засобах спілкування. Можливий комбінований дефект, при якому заїкання розглядається в поєднанні із загальним недорозвитком мовлення.

Порушення писемного мовлення за цією класифікацією розглядаються як вторинні наслідки порушень усного мовлення.

Клініко-педагогічна класифікація спирається на традиційну для логопедії взаємодію з медициною. Проте, на відміну від клінічної, виділені в ній види мовленнєвих порушень не пов'язані тільки із захворюваннями в даній класифікації провідна роль відводиться психолого-лінгвістичним критеріям. На їх основі картина мовленнєвого порушення описується в термінах та поняттях, що направляють увагу логопеда на те явище, яке повинно стати об'єктом логопедичної допомоги. Клінічним критеріям відводиться роль уточнюючих. Вони орієнтовані на пояснення анатомо-фізіологічного компоненту порушення і причину його виникнення. В залежності від того який

вид мовлення порушений виділяють дві великі групи: порушення усного і писемного мовлення.

**Порушення усного мовлення поділяються на два типи:**

— **фонаційного (зовнішнього)** оформлення висловлювання, які називають порушеннями вимовної сторони мовлення;

— **структурно-семантичного (внутрішнього)** оформлення висловлювання, яке в логопедії називають системним або поліморфним порушенням мовлення.

### **Навчання і виховання дітей з порушеннями мовлення**

Логопедична допомога дітям з порушеннями мовлення надається як у загальній, так і корекційній системі дошкільної ні шкільної освіти. Тип закладу, форми і методи корекційного ми шву залежать від таких показників:

- вік дитини;
- етіологія мовленнєвого порушення;
- група мовленнєвого порушення відповідно до психолого- педагогічної класифікації;
- клінічний діагноз;
- ступінь та виразність мовленнєвого порушення;
- рівень розвитку комунікативної функції мовлення;
- ступінь інтелектуального розвитку;
- особливості психофізичного розвитку;
- потреби і можливості дитини.

### **Дошкільні заклади**

У системі дошкільної освіти дитина з порушеннями мовлення може одержувати допомогу у спеціальних логопедичних групах (окремих ДНЗ), які диференціюються таким чином:

1. для дітей з ФФН;
2. для дітей із ЗНМ;
3. для дітей із заїканням.

У ці групи приймаються діти із первинно порушеним мовленням і збереженим слухом та інтелектом. Тривалість перебування у цих групах визначається відповідно до якості мовленнєвого порушення дитини. Основною метою спеціальних логопедичних дошкільних закладів (груп) є корекція мовленнєвих порушень у дітей та повноцінна підготовка їх до навчання у масовій школі.

Навчання і виховання здійснюються на основі програм масового дошкільного закладу, адаптованих до особливостей психофізичного розвитку цієї категорії вихованців. Ефективність логопедичної допомоги у дошкільних закладах залежить від комплексного психолого-медико-педагогічного впливу та співпраці з батьками. Безпосередню корекцію мовленнєвих порушень здійснюють логопеди. З вихованцями логопедичних груп працюють не лише логопеди, а й вихователі, завданням яких є закріплення мовленнєвих навичок, вироблених на логопедичних заняттях, розвиток дітей та формування у них знань відповідно до програми ДНЗ. На заняттях з музики і фізичного виховання здійснюється зміцнення здоров'я дітей, розвиток координації рухів і позитивних емоцій, логоритмічний вплив. Психолог гріає над подоланням недорозвитку окремих пізнавальних процесів, проблем емоційно-вольової сфери і поведінки. По необхідності діти одержують медикаментозне лікування, фізпроцедури, беруть участь у заняттях з ЛФК. Закріплення одержаних знань, створення позитивної атмосфери для розвитку забезпечують батьки дитини.

### **Логопедичні пункти системи освіти**

Школярі, порушення мовлення яких є невиразними, частковими, одержують логопедичну допомогу на заняттях у логопедичних кабінетах при загальноосвітніх школах (іноді управліннях освіти). Логопедичні заняття набувають корекційно-розвиваючої спрямованості, проводяться одночасно із шкільним навчанням і базуються на навчальних програмах (передусім рідної мови, математики)

Завдання логопедичної допомоги при загальноосвітній школі:



- своєчасне виявлення порушень і попередження виникнення вторинних відхилень у структурі дефекту дитини;
- виправлення порушень усного й писемного мовлення учнів;
- формування повноцінних знань, вмінь і навичок в галузі рідної мови;
- стимулювання розвитку пізнавальної активності дітей, формування прийомів розумової діяльності, необхідних для оволодіння мовою;
- розвиток мовленнєвої активності учнів;

Ігрова діяльність дитини із ТПМ розвивається відповідно до формування мислення, відтак може мати особливості: затримуватись, бути з прогалинами або відсутньою та мати інші форми.

Класично ігри поділяються так:

- предметні;
- предметно-маніпулятивні;
- конструктивні;
- рухливі;
- словесно-образні;
- сюжетні;
- рольові;
- сюжетно-рольові;
- словесно-логічні, “фантазійні” (формується на етапі розвитку логічного та абстрактного мислення);
- творчі;
- дидактичні (навчальні): до їх складу входять, наприклад, настільні та логопедичні ігри.

Останні – **покликані в ігровій формі розвивати мовлення дитини.**

Оскільки при ЗНМ страждають усі компоненти мовленнєвої системи, то й, відповідно, ігри повинні бути спрямовані на:

1. Розвиток артикуляційного апарату (артикуляційна гімнастика).
2. Розвиток сенсорики (слухового, зорового, кінестетичного сприймання).

3. Розвиток фонематичних процесів.
4. Розвиток голосу.
5. Розвиток дихання.
6. Ігрові прийоми для постановки звуків.
7. Ігрові прийоми для автоматизації звуків та диференціації (ігри на звуконаслідування, чистомовки).
8. Словникові ігри (для розвитку лексичного запасу (пасивного і активного)).
9. Ігри для збагачення граматичних конструкцій (лексико-граматичні).
10. Ігри для розвитку, вправлення та закріплення звуків у зв'язному мовленні.
11. Ігри для розвитку просодики, а саме: темпу, ритму, модульованості голосу, тембру, інтонаційної забарвленості, наголосів тощо (логоритмічні).
12. Ігри для розвитку вищих психічних функцій.
13. Ігри для розвитку дрібної моторики та кисті руки.
14. Мовно-рухливі ігри.



### **Особливості психічного розвитку**

У молодших школярів з порушенням мовлення під час їх навчання у початковій школі спостерігається інша динаміка розвитку аналітико-синтетичного процесу, а саме розумової дії аналізу. Особливості дії аналізу в цієї категорії дітей виявляються в обмеженій характеристиці зображеного

об'єкта, виокремленні якоїсь однієї частини об'єкта, його ознаки (здебільшого забарвлення), але при цьому називаються тільки основні кольори, водночас форма, окремі частини об'єкта, їх взаємне розміщення перебувають поза увагою дітей.

За характером виконання завдання, що полягає в аналізі конкретного об'єкта, діти з порушенням мовлення значно різняться між собою. Найуспішніше вирішує завдання група дітей, у яких є звукові недоліки і недостатнє володіння граматичною структурою.

Дітям з різними формами порушення мовлення притаманне хаотичне, без будь-якого плану виконання завдання. Вони починають виконувати завдання, не дослухавши інструкцію, описувати об'єкт без будь-якого плану, хаотично. Інші учні неспроможні самостійно розповідати і відповідають тільки на послідовно поставлені запитання. Для дітей властиве недостатнє мовленнєве опосередкування аналізу.

У дітей з порушенням мовлення протягом навчання у початковій школі спостерігається позитивна динаміка розвитку дії аналізу однак, порівняно з нормою, вона не достатньо продуктивна, адже у більшості дітей залишається елементарний рівень сформованості дії. До того ж на перебіг дії аналізу часто впливає характер діяльності учнів – розгальмованість, або навпаки, загальмованість діяльності, що простежується до кінця навчання у початковій школі.

У дітей із порушенням мовлення у дошкільному віці і на початку шкільного навчання має місце знижений обсяг усіх видів пам'яті, порівняно з нормою. Впродовж навчання у початковій школі ці показники поліпшуються, однак слухо-мовленнєва пам'ять не досягає норми. З'ясовано, що рівень слухової пам'яті безпосередньо пов'язаний із мовленнєвим розвитком: чим гірше мовлення, тим гірша слухова пам'ять. Такий чинник зумовлює зменшення функції слухової пам'яті

Діти з порушенням мовлення краще запам'ятовують наочний матеріал, ніж вербальний. З віком продуктивність запам'ятовування словесного

матеріалу зростає швидшими темпами, ніж продуктивність запам'ятовування наочного матеріалу. Перевага наочної пам'яті над вербальною є менш вираженою. У дітей з порушенням мовлення перевага наочної пам'яті над вербальною триваліша, порівняно з нормою. Слід зазначити, що у дітей цієї категорії постерігаються відносно збережені можливості смислового, логічного запам'ятовування.

У дітей з порушенням мовлення спостерігається загальна тенденція розвитку порівняння об'єктів, які належать до одного поняття. Однак, порівняно з дітьми з нормальним розвитком, їхні показники гірші, причина чого полягає у відставанні в формуванні узагальнених понять, перевагою ізолюючої абстракції, що ускладнює переключення процесу з одного об'єкта на інший. Відповідно підґрунтям цих недоліків є обмежений рівень знань.

Досліджуючи особливості уваги у дітей з ТПМ, відзначають не сформованість усіх видів контролю. У них знижена працездатність, підвищена втомлюваність, увага часто розсіюється. Отже, результати аналізу наукових досліджень дітей з тяжкими порушеннями мовлення свідчать про те, що у них наявні особливості та своєрідність розвитку усіх психічних процесів та функцій, які зумовлюють труднощі у формуванні навичок письма, читання, лічби, аналізу змісту арифметичних задач тощо.



## **Основні види допомоги дітям, які мають мовленнєві порушення.**

Допомога дітям з мовленнєвими порушеннями на сьогодні здійснюється в системі освіти, охорони здоров'я та соціального захисту.

У системі освіти діють спеціальні групи, а також логопедичні пункти в дитячих садках загального типу. При масових школах існують логопедичні пункти, де надається допомога дітям, які мають порушення мовлення та труднощі у навчанні. Своєчасний корекційний розвиток дітей із важкими порушеннями мовлення забезпечує засвоєння ними в повному обсязі програм загальноосвітньої школи загального призначення при збільшенні термінів навчання.

## **СЛОВНИК ТЕРМІНІВ**

1. **Алалія** – відсутність або недорозвиток мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку.

2. **Афазія** - повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальними пошкодженнями головного мозку.

3. **Афонія** – відсутність або розлад фонації унаслідок патологічних змін голосового апарату.

4. **Брадилалія** – патологічно сповільнений темп мовлення.

5. **Дизартрія** – порушення вимовної сторони мовлення, яке обумовлене недостатністю іннервації мовленнєвого апарату.

6. **Дисграфія** – часткове специфічне порушення процесу письма.

7. **Дислалія** – порушення звуковимови при нормальному слуху та збереженій іннервації мовленнєвого апарату.

8. **Дислексія** – часткове специфічне порушення процесу читання, пов'язане з ураженням деяких ділянок кори головного мозку.

9. **Зайкання** – порушення темпо-ритмічної організації мовлення, яке обумовлене судомним станом м'язів мовленнєвого апарату.

10. **Ринолалія** – порушення тембру голосу та звуковимови, які обумовлені анатомо-фізіологічними дефектами мовленнєвого апарату внаслідок порушення нормальної участі носової порожнини в голосостворенні.

11. **Тахілалія** – патологічно прискорений темп мовлення.

### ***Питання для самоконтролю:***

1. Мовленнєві порушення та причини, що їх викликають.
2. Класифікація порушень мовлення та їх характеристика.
3. Що таке фонетико-фонематичний недорозвиток?
4. Загальний недорозвиток мовлення та його особливості.
5. Що входить до завдань логопедичної допомоги при загальноосвітній школі?
6. Що таке алалія?
7. Що є основною метою спеціальних логопедичних дошкільних закладів?
8. Назвіть спеціалістів, які працюють у спеціальних логопедичних дошкільних закладах.
9. Які види допомоги дітям, які мають мовленнєві порушення ви знаєте?
10. На що мають бути спрямовані ігри при роботі з дитиною із ЗНМ?
11. У чому полягає особливість психічного розвитку дитини з порушенням мовлення?
12. Дайте визначення поняття дизартрія.
13. Які вправи будуть корисними для цієї групи дітей?
14. Охарактеризуйте поняття дислексія.

### **Примітка**

*Логопедична допомога дітям з порушеннями мовлення надається як у загальній, так і корекційній системі дошкільної ні шкільної освіти. У системі*

*дошкільної освіти дитина з порушеннями мовлення може одержувати допомогу у спеціальних логопедичних групах (окремих ДНЗ).*

*Допомога дітям з мовленнєвими порушеннями на сьогодні здійснюється в системі освіти, охорони здоров'я та соціального захисту.*

## **2.6. Порушення опорно-рухового апарату**

Опорно руховий апарат - це комплекс структур, який утворює каркас, надає форму організму, дає йому опору та забезпечує захист внутрішніх органів і можливість пересування у просторі.

Порушення опорно-рухового апарату виникають внаслідок певного захворювання, що призвело до розладу рухових функцій (наприклад, дитячий церебральний параліч у важкій формі, розсіяний склероз, захворювання кісток), внаслідок травми хребта або ампутації. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату відчують труднощі під час пересування, користуються різноманітними допоміжними засобами: інвалідними візками, милицями, тростинками чи «ходунками».

При деяких важких травмах хребта відбувається ушкодження спинного мозку, який відповідає за рухову активність кінцівок, внаслідок чого відбувається їх параліч. Хребет може бути зламаний у різних місцях, тож наслідки травми, залежно від того, яка частина спинного мозку ушкоджена і якою мірою, можуть бути різними. Параплегія: спинний мозок травмовано нижче шийного відділу, відтак, у людини уражена нижня частина тіла і ноги, а також частина внутрішніх, тазових органів. Тетраплегія: спинний мозок пошкоджений на рівні шийного відділу, внаслідок цього руки й ноги у людини повністю або частково позбавлені чутливості та рухливості.

**До порушень опорно-рухового апарату призводять різні причини:**

- захворювання нервової системи;
- дитячий церебральний параліч;

- поліомієліт;
- вроджені патології опорно-рухового апарату;
- вроджений звих стегна;
- кривошия;
- аномалії розвитку хребта (сколіоз);
- клишоногість та інші деформації стоп;
- недорозвиток і дефекти кінцівок;
- аномалії розвитку пальців кисті;
- артрогрипоз (вроджене каліцтво);
- набуті захворювання і порушення опорно-рухового апарату;
- травматичні ураження спинного і головного мозку, кінцівок;
- поліартрит;
- захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт);
- системні захворювання хребта (рахіт, хондродист).

#### **Класифікації відносно до порушення опорно-рухового апарату**

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату являють собою неоднорідну та поліморфну категорію, як у клінічному, так і психолого-педагогічному аспектах. У залежності від природи порушень опорно-рухового апарату таких дітей умовно можна поділити на кілька груп:

- діти з порушеннями моторної сфери внаслідок захворювань нервової системи (зокрема, хворі на дитячі церебральні паралічі, поліомієліт);
- діти з вродженою патологією опорно-рухового апарату (зокрема, з вродженими вивихами стегна, кривошиєю, клишоногістю та іншими деформаціями стоп, аномаліями розвитку хребта (сколіоз), недорозвитком і дефектом кінцівок, аномаліями розвитку пальців кисті, артрогрипозом тощо);
- діти з набутими захворюваннями й травмами опорно-рухового апарату (зокрема, з травматичними пошкодженнями спинного мозку, головного мозку і кінцівок, поліартритом, захворюваннями скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт), системними захворюваннями скелету (хондродистрофія, рахіт);



- діти, які мають порушення опорно-рухового апарату спадкової етіології з прогресуючими м'язовими атрофіями (міопатія Дюшенна, невральна аміотрофія Шарко-Марі, аміотрофія Вердинга-Гоффмана тощо).



### **Класифікація порушень ОРА**

1. Захворювання нервової системи:
  - дитячий церебральний параліч;
  - поліомієліт.
2. Вроджена патологія опорно-рухового апарату:
  - вроджений вивих стегна;
  - кривошия;
  - клишоногість та інші деформації стоп;
  - аномалії розвитку хребта (сколіоз);
  - недорозвинення і дефекти кінцівок;
  - аномалії розвитку пальців кисті;
  - артрогіпоз.
3. Набуті захворювання і пошкодження опорно-рухового апарату:
  - травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку і кінцівок;
  - поліартрит;
  - захворювання скелета (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт);
  - системні захворювання скелета (хондродистрофія, рахіт).

## **Поради для вчителів щодо поводження з дітками, в яких виявлене порушення опорно-рухового апарату, в шкільному процесі**

Раннє діагностування дає змогу вчасно надати дітям із порушенням ОДА необхідну допомогу і запобігти багатьом проблемам. У перші роки життя такі малята отримують потрібні їм послуги безпосередньо в сім'ї - з ними працюють педагоги, логопеди, фахівці з лікувальної фізкультури і трудотерапії, соціальні працівники, психологи та інші спеціалісти. Вони надають необхідну інформацію батькам, підтримують їх і навчають ефективно працювати зі своїми дітьми.

Діти з порушенням ОДА потребують:

- допомоги логопеда;
- сеансів лікувальної фізкультури;
- занять із трудотерапії;
- медичної допомоги;
- допомоги служб підтримки сім'ї;
- занять із фахівцями з навчання і виховання маленьких дітей;
- допоміжних засобів.

### **Поради вчителю**

• дізнайтеся більше про порушення дитини, про організації ,які надають допомогу та джерела, з яких ви можете отримати корисну інформацію;

• проконсультуйтеся з іншими вчителями, стосовно організації навчального середовища для саме цього учня. Батьки найкраще знають потреби своєї дитини. Вони можуть чимало розповісти про особливі потреби та можливості учня. Залучивши у свою команду фізіотерапевта, логопеда та інших спеціалістів, ви зможете використати найкращі підходи для конкретного учня, з огляду на його індивідуальні та фізичні можливості;

• шлях учня до його робочого місця має бути безперешкодним (зручне відкривання дверей, достатньо широкі проходи між партами тощо) . Продумайте, яким чином він діставатиметься класу, пересуватиметься в межах школи, користуватиметься туалетом тощо;

- можливо знадобиться, щоб хтось з персоналу чи учнів завжди був готовий допомогти учневі з порушеннями опорно-рухового апарату (потримати двері, допомогти на сходах тощо). Такі помічники мають бути проінструктованими спеціалістом та батьками;

- навчіться використовувати допоміжні технології. Знайдіть експертів у школі та поза її межами, які б допомогли вам. Допоміжні технології можуть зробити вашого учня незалежним ( спеціальні пристрої для письма, додаткове устаткування для комп'ютера тощо);

- з допомогою фахівців чи батьків облаштуйте робоче місце учня з урахуванням його фізичного стану та особливостей розвитку навчальних навичок (для утримання постави в зручному положенні, для обмеження мимовільних рухів, полегшення письма, читання).

Для формування пізнавальної мотивації велике значення має сам процес учбової діяльності. Любов до діяльності – передумова інтересу, але не сам пізнавальний процес і тут як мотив часто виступає прагнення до конкретного результату (похвала, отримання певного статусу в групі). Іншим мотивом стає прагнення оволодіти самим процесом діяльності, який згодом може викликати інтерес до теорії, до набуття знання, до діяльності.

### **Фізичні вправи корекційно-розвиваючої спрямованості**

Обов'язкова мінімальна програма рухового розвитку дитини:

1. Вправи з формування підйому голови, її утримання у вертикальному положенні та контролю у просторі.

2. Вправи з формування опорно-розгинальних рухів у руках (плечовому поясі та верхньому відділі хребта) у положенні лежачи на животі.

3. Елементарні ручні предметно-маніпулятивні дії у лежачих положеннях.

4. Вправи з формування поворотів, розворотів та переворотів (зі спини на живіт і навпаки) у положенні лежачи.

5. Повзання на животі.

6. Вправи з розвитку статичної рівноваги в положенні сидючи.

## СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

1. **Вроджений вивих стегна** - захворювання вродженого характеру, яке найбільш часто зустрічається. Якщо говорять про частоту цього захворювання, мають на увазі так звану дисплазію кульшового суглоба на фоні якої в постнатальному періоді формується вивих.

2. **Ерготерапія** - комплекс реабілітаційних заходів у особи із порушенням психічних або фізичних функцій організму, спрямованих на відновлення повсякденної діяльності людини із урахуванням наявних фізичних обмежень.

3. **Інвалідність** - соціальна недостатність внаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги.

4. **Клишоногість** (клишавість) - захворювання опорно-рухового апарату. Займає перше місце серед інших вроджених вад опорно-рухової системи. Це викривлення стопи, при якому хворий опирається не на підощву, а на зовнішній край стопи, внутрішній край піднятий та повернутий угору, утворюючи виражену увігнутість.

5. **Кривошия** - деформація шиї вродженого або набутого походження, що характеризується неправильним вимушеним положенням голови по відношенню до тулуба (а саме нахилом її вбік та поворотом). Як вроджена патологія, ця вада розвитку займає третє місце за частотою після вродженої клишоногості та вродженого вивиху стегна.

6. **Опорно руховий апарат** - це комплекс структур, який утворює каркас, надає форму організму, дає йому опору та забезпечує захист внутрішніх органів і можливість пересування у просторі.

7. **Фізіотерапевт** - фахівець з професійною освітою, який відновлює або зберігає порушену рухову здатність і дієздатність пацієнта.

### ***Питання для самоконтролю:***

1. Що таке порушення опорно рухового апарату ?
2. Які є причини цього порушення?
3. Класифікація порушень ?
4. Які можна дати поради щодо поведження вчителів з дітками порушення ОДА?
5. Які можна назвати фізичні вправи корекційно розвиткового характеру?
6. Що таке клишоногість ?
7. Що таке ерготерапія ?
8. Хто такий фізіотерапевт ?

### **Примітка**

*Порушення опорно-рухового апарату виникають внаслідок певного захворювання, що призвело до розладу рухових функцій (наприклад, дитячий церебральний параліч у важкій формі, розсіяний склероз, захворювання кісток), внаслідок травми хребта або ампутації.*

*Діти з порушеннями опорно-рухового апарату являють собою неоднорідну та поліморфну категорію, як у клінічному, так і психолого-педагогічному аспектах.*

*Раннє діагностування дає змогу вчасно надати дітям із порушенням ОДА необхідну допомогу і запобігти багатьом проблемам. У перші роки життя такі малята отримують потрібні їм послуги безпосередньо в сім'ї - з ними працюють педагоги, логопеди, фахівці з лікувальної фізкультури і трудотерапії, соціальні працівники, психологи та інші спеціалісти. Вони надають необхідну інформацію батькам, підтримують їх і навчають ефективно працювати зі своїми дітьми.*

## 2.7. Дитячий церебральний параліч (ДЦП)

**Дитячий церебральний параліч або ДЦП** – це комплекс порушень, що впливають на здатність людини рухатися, підтримувати рівновагу та поставу. Слово «церебральний» вказує на стан, що стосується головного мозку, а «параліч» означає «слабкість», труднощі з контролем м'язів.

Церебральний параліч розвивається внаслідок порушення нормального розвитку центральної нервової системи або пошкодження головного мозку, що вражає здатність контролювати свої м'язи. Прояви захворювання різноманітні, і відповідають важкості стану дитини з ДЦП: від потреби у сторонній допомозі впродовж всього життя, до здатності ходити, використовуючи спеціальні засоби, чи навіть цілком самостійно.



**Форми ДЦП.** Виділяють чотири основні форми ДЦП в залежності від порушень м'язового тону:

1. Спастична форма – напружені м'язи. Спастичний церебральний параліч є найбільш поширеним, і складає 80% всіх випадків. Тонус м'язів підвищений, вони постійно перебувають у стані скорочення, що ускладнює діяльність.

2. Атактична форма – порушення рівноваги та координації. Діти з атактичною формою церебрального паралічу мають труднощі з рівновагою та координацією.

3. Дискінетична форма – неконтрольована рухова діяльність. При дискінетичному ДЦП спостерігаються неконтрольовані рухи рук чи ніг; вони можуть бути як повільні та гнучкі, так і швидкі та рвучкі.

4. Змішана форма – неможливо виділити ознаки тільки однієї форми ДЦП, що переважає більше, натомість проявляються симптоми різних типів одночасно. Найчастішим поєднанням є спастично-дискінетичний.

Також ДЦП класифікують за такими ознаками:

- За ураженими частинами тіла:

- Геміплегія (ураження однієї половини тіла – правої або лівої).
- Диплегія (параліч, що вражає обидві половини тіла, але більшою мірою ноги).
- Тетраплегія (ураження рук та ніг).

**Фактори ризику і причини розвитку дитячого церебрального паралічу.** ДЦП виникає внаслідок ураження нервової системи дитини - внутрішньоутробного (80% випадків), або після народження (20%). Через дію різноманітних чинників відбувається ураження головного мозку дитини, зокрема, ділянок, що відповідають за рух.

Жоден з перелічених факторів не обов'язково призводить до появи захворювання, проте їх наявність підвищує ризик виникнення ДЦП.

До найрозповсюдженіших відносять такі фактори ризику:

- Недоношеність і низька маса тіла новонародженої дитини;
- Гіпоксія дитини внутрішньоутробно, під час чи зразу після народження;
- Інфекційні ураження мозку дитини;
- Розлади системи згортання крові дитини;
- Пошкодження головного мозку дитини через травму чи крововилив у мозок;

- Вірусні та інфекційні захворювання матері та плоду під час вагітності;
- Захворювання щитоподібної залози у матері;
- Вплив хімічних речовин та шкідливих звичок при вагітності (в тому числі, професійні шкідливості, куріння, вживання наркотиків);
- Гемолітична хвороба новонародженого;
- Генні мутації;
- Ускладнення при вагітності та пологах (рідкісніша причина ДЦП, ніж прийнято вважати. До них належать від 5 до 10% випадків).

Основними напрямками корекційно-педагогічної роботи з дітьми з ДЦП є: розвиток емоційного, мовного, ігрового спілкування, стимуляція зорового, слухового, кінестетичного сприйняття, формування просторових і часових уявлень, корекція їх порушень, розвиток передумов до інтелектуальної діяльності ( уваги, пам'яті, уяви), розвиток зорово-моторної координації, підготовка до оволодіння письма.

Значне місце в корекційно-педагогічній роботі при ДЦП відводиться логопедичній роботі. Її завданнями є: розвиток мовного спілкування, нормалізація тону м'язів і моторики артикуляційного апарату, розвиток мовного дихання, голосу, просодики, формування сили, тривалості, керованості голосу в мовному потоці, вироблення синхронності дихання, голосу і артикуляції, корекція порушень вимови.

Особливе значення для дітей , які мають інтелектуальні та фізичні проблеми, є ігрова діяльність. Саме у грі, на фоні яскравих позитивних емоцій формуються перші знання, уміння та навички дитини. Вдало підібрані і вміло проведені ігри стануть помічниками у набутті необхідних навичок. Під час гри створюються такі умови, в яких кожна дитина отримує можливість самостійно діяти, набуваючи власний руховий або чуттєвий досвід. Це особливо важливо для дітей із спеціальними потребами. Дидактична гра дозволяє забезпечити



потрібну кількість повторень на різному матеріалі при збереженні емоційно-позитивного ставлення до завдання.

Більшість дітей із психофізичними вадами потребують постійної стимуляції концентрації уваги. Тому, при організації гри з такими дітьми є постійне нагадування умов та правил гри, повторення символів, команд.



Також, організуючи ігрову діяльність, слід пам'ятати, що діти з порушеннями опорно-рухового апарату не можуть і не повинні довгий час перебувати в одному положенні. Існує багато ігор, які сприяють розвитку уваги, мовлення, мислення, пам'яті, рухової активності. Важливо обирати ті ігри, які чітко працюють у напрямку подолання відповідних недоліків. Тільки допомога та підтримка дорослого дозволять дитині з ДЦП отримати від ігор і задоволення, і користь.

**Ступені ДЦП.** Діти з ДЦП з легким ступенем розумової відсталості (за тестом Векслера IQ – 50-70 балів) характеризуються перш за все конкретністю свого мислення, низькою здатністю до узагальнень, абстрагувань. Переважно вони є непогано адаптованими в сім'ї, сусідському оточенні, легко знаходять вирішення елементарних побутових проблем, орієнтуються у знайомих ситуаціях соціального оточення. Але при цьому програму загальноосвітньої школи у тому темпі й на тому рівні, як це притаманно дітям з нормальним психофізичним розвитком, засвоїти не можуть. Вони не вміють творчо

гратися, фантазії їхні бідні й одноманітні. Через свою неуспішність вони стають об'єктами глузувань з боку однолітків, що призводить до небажання відвідувати школу, формування агресивності, апатичності, створює підвищену конфліктність. Неусвідомлення їхнього стану педагогом призводить до виникнення конфліктів з учителями і, як наслідок, негативного ставлення до самого процесу навчання.

Діти з ДЦП з помірним, тяжким, глибоким ступенем розумової відсталості в загальноосвітній школі не навчаються. У дітей із діагнозом ДЦП, незалежно від ступеня рухових дефектів, можуть спостерігатися розлади емоційно-вольової сфери.

Емоційно-вольові розлади проявляються в підвищеній збудливості дитини, надмірній чутливості до всіх зовнішніх подразників і лякливості. Деякі діти – неспокійні, метушливі, розгальмовані, інші – мляві, пасивні, безініціативні й загальмовані в руховій сфері.

Працюючи з дітьми, необхідно враховувати такі моменти:

- діти з церебральними паралічами стійко психічно виснажені, нездатні до тривалого інтелектуального напруження. Для них характерні розлади емоційно-вольової сфери, що найчастіше проявляється в плаксивості, дратівливості, вередливості. Їм часто властива невпевненість у собі, часто проявляється наївність суджень, сором'язливість, боязкість. Це поєднується з підвищеною чутливістю, вразливістю, замкненістю;

- відставання в розвитку мовлення призводять до обмеження обсягу знань та уявлень про навколишній світ, ускладнює спілкування дітей;

- найбільш характерною ознакою особистості дитини є своєрідний психічний інфантилізм, що проявляється в егоцентризмі, лабільності, підвищеній сугестивності й залежності від оточення. У дітей із церебральними паралічами можуть відзначатися патологічні риси характеру: істероїдні, тривожно-недовірливі, невротичні;

- для більшості дітей із церебральними паралічами характерна пасивність, млявість, нерішучість, швидка зміна настрою. Вони бояться висоти, темряви, самотності;

- у школі такі діти проявляють тривожність, страх перед усною відповіддю, нерідко в них виникає заїкуватість.

**Для дітей хворих на ДЦП, характерні розлади зору. Тому рекомендовано корекційні вправи, що дають позитивні результати в роботі з такими учнями:**

1. Заплющувати й розплющувати очі (до речі, заплющити очі виявилось дуже складним завданням. Діти закривають очі руками або відвертаються).

2. Не змінюючи положення голови, подивитися на стелю, ліворуч, праворуч, на підлогу.

3. Не змінюючи положення голови, описати в повітрі коло, трикутник, квадрат, цифру 8.

4. Подивитися на ліве, праве плече.

5. Заплющувати очі по черзі: спочатку – ліве, потім – праве око.

Усі ці корекційні вправи мають важливе значення для учнів, які навчаються вдома у період вивчення грамоти, математики.

**Поведінка дитини.** Багато дітей відрізняються підвищеною вразливістю. Частково це можна пояснити дефектом компенсації: рухова активність дитини обмежена, і на тлі цього органи чуттів, навпаки, отримують високий розвиток. Завдяки цьому вони чуйно ставляться до поведінки оточуючих і здатні вловити навіть незначні зміни в їхньому настрої. Однак ця вразливість найчастіше носить болісний характер; цілком нейтральні ситуації, невинні висловлювання здатні викликати у них негативну реакцію

Підвищена стомлюваність - ще одна відмінна особливість, характерна практично для всіх дітей з ДЦП . У процесі корекційної та навчальної роботи, навіть за умови високого інтересу до завдання, дитина швидко втомлюється, стає плаксивою, дратівливою, відмовляється від роботи. Деякі діти в результаті стомлення стають неспокійні: темп мовлення прискорюється, при

цьому мова стає менш розбірливою; спостерігається посилення гіперкінезів; проявляється агресивна поведінка - дитина може розкидати предмети та іграшки що знаходяться поряд . У дитячій психіатрії розвиток особистості дітей з руховою недостатністю називають патологічним розвитком особистості. Патологічного розвитку особистості сприяє також виховання дітей з церебральним паралічем в умовах гіперопіки або, що зустрічається рідше, гіпоопіки (недостатня увага до дитини через відкидання його близькими).

**Виділяється кілька варіантів патологічного розвитку особистості – при:**

- астено-невротичний варіанті дітям властива слабкість, боязкість, сором'язливість, надмірна чутливість і вразливість, невпевненість у своїх можливостях; діти підвищено виснаженість, легко стомлюються, швидко дратуються, стають образливими;наприклад:( у дитини легко спровокувати неврастенію можуть настанови вчителів, вихователів або батьків, які закликають дитини до безконфліктного поведінки або зразковому слухняності. В результаті увещувальних бесід і розмов, він знаходиться в постійній напрузі, боїться розслабитися і бути самим собою.

- при псевдоаутистическом варіанті у дітей відзначається недостатність спілкування, неконтактність, схильність до самотності, до відходу в себе;

- істероїдний варіант характеризується тим, що діти потребують підвищеної уваги до себе, вони демонстративно в поведінці, егоцентричні, прагнуть висунутися, зайняти перше місце; відрізняються підвищеною сугестивністю і подражательністю, часто не мають власної думки

- при нестійкому варіанті на перший план висувається недорозвинення вольової сфери, сугестивність, беззахисність перед зовнішніми впливами і мінливість, який поєднується з нездатністю до вольового зусилля, до цілеспрямованої діяльності;

- у дітей з збудливим варіантом патологічного розвитку особистості провідними ознаками є підвищена емоційна збудливість, дратівливість, схильність до афектних спалахів.

Описані варіанти несприятливого розвитку особистості є віддалений (а не безпосередній) результат розвитку дитини в умовах рухової недостатності. Дитина усвідомлює свою відмінність від інших, гостро переживає травмуючий досвід спілкування з оточуючими. У нього формується спотворений образ «Я», що виконує функції психологічного захисту.

У дітей з спастичною диплегією спостерігається недостатній розвиток словесно-логічного мислення, що обумовлює труднощі під час виконання відповідних завдань. Для школярів також характерним є значне порушення оптико-просторового сприймання, яке негативно позначається на виконанні завдань на просторове орієнтування, копіювання форми предмета, зображення асиметричних фігур, засвоєння схеми тіла та напрямку. На уроці математики в учнів виникають труднощі сприймання кількості, порівняння цілого та його частин, засвоєння складу та розрядної будови числа тощо. У школярів з правостороннім геміпарезом часто зустрічаються порушення писемного мовлення. Читання дітей утруднене та сповільнене, письмо характеризується елементами дзеркальності тощо. В учнів з гіперкінетичною формою ДЦП значно порушеними є слухове, оптико-просторове сприймання та мовлення. Діти мають труднощі під час виконання завдань, які потребують мовленнєвого оформлення, проте, задовільно виконують візуальні інструкції. Педагогам необхідно враховувати підвищену стомлюваність багатьох дітей з ДЦП, відповідно планувати їхню роботу на уроці. Якщо 15-20 хвилин уроку вони можуть працювати на рівні з іншими школярами, то в другій половині уроку доцільно дати їм легше завдання!

## КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНІ ПРОГРАМА ТА ВПРАВИ ДЛЯ ДІТЕЙ(ЛФК) ДЛЯ КАТЕГОРІЇ ДІТЕЙ ДЦП

Завдяки своєчасному застосуванню різних методів фізичної, медикаментозної, соціальної реабілітації наслідки пошкоджень можна компенсувати в різній мірі (іноді в дуже значній). Мета реабілітації дітей з ДЦП — соціалізація в суспільстві, розвиток різних навичок, поліпшення якості життя.



Як зрозуміти, що у дитини ДЦП? Діагноз встановлює дитячий лікар-невролог на основі огляду дитини, вивчення анамнезу, проведення різних досліджень. Ступінь і терміни появи симптомів ДЦП у дитини до року залежать від локалізації ушкоджень головного мозку та їхньої тяжкості. За наявності важких уражень перші ознаки ДЦП можна спостерігати вже після народження. При легкій формі паралічу в дітей його симптоми з'являються поступово протягом першого року життя і пізніше, тому так важливо їх не пропустити.

Своєчасна комплексна реабілітація при ДЦП дозволить максимально ефективно компенсувати пошкодження. Мозок дитини раннього віку стрімко розвивається і відрізняється неймовірною пластичністю в плані компенсації порушених функцій. Реабілітаційні програми передбачають фізіотерапевтичний, медикаментозний, психологічний, особистісний та соціальний вплив на дітей.

Лікувальна фізкультура є одним з найважливіших засобів фізичної реабілітації дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи. Мета ЛФК при ДЦП — розвиток м'язів, зниження їхнього гіпертонусу, покращення координації рухів, здатності до довільного гальмування, збільшення амплітуди рухів у суглобах тощо. Заняття ЛФК сприяють покращенню навчання дітей, формуванню в них навичок самообслуговування, елементів трудової діяльності тощо.

Методика ЛФК при ДЦП базується на таких принципах:

- регулярність;
- систематичність і безперервність занять ЛФК;
- індивідуальний підхід;
- врахування локалізації уражень та тяжкості хвороби;
- врахування віку дитини, рівня психічного й фізичного розвитку

Чим раніше почати фізичну реабілітацію при ДЦП, тим кращих результатів можна досягти. При важких формах захворювання збереження поточного стану дитини (відсутність помилкового прогресування хвороби) вже є хорошим результатом. Існує величезна кількість методик ЛФК та обладнання для фізичної реабілітації дітей з ДЦП, які успішно застосовуються при дитячому церебральному паралічі.

**Розвиток міміки обличчя у дітей з ДЦП.** 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 психогимнастические вправи:

- дорослий повинен демонструвати малюкові, як принохується 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 частування;
- 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 просити вибачення.

#### 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 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, нахилає вперед і назад, а дитина намагається максимально розслабити м'язи шії.

### **Заняття для стабілізації дихання:**

- попросити дитину зімітувати глибоке дихання, задуть 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.

### **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, нахилиє вперед і назад, а дитина намагається максимально розслабити м'язи шії.

## СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

1. **Абдукція** - рух відведення кінцівки від середньої лінії тіла.
2. **Агнозія** - дефіцит сприйняття, при якому людина не здатна дізнаватися співвідношення різних сенсорних стимулів. Наприклад, не може дізнатися якийсь об'єкт як співвідношення його конкретного зорового образу, звуків, фактури.
3. **Абдукція** – движение приведения конечности к средней линии тела.
4. **Активні рухи** - цілеспрямовані довільні рухи, які виконуються для досягнення якоїсь мети і виконання якоїсь певної задачі.
5. **Астереогноз** - порушення сприйняття розміру, форми, види чи структури об'єкта.
6. **Атаксія** - стан, що характеризується нестійкістю тіла у вертикальному положенні, порушенням розміреності, спрямованості і якості рухів. Рухи некоординовані, хода похитується (п'яна ").
7. **Білатеральний** - відноситься до обох сторін тіла, до здатності перетинати кінцівками при русі середню лінію тіла і залучати обидві сторони тіла в виконання якоїсь дії. Наприклад, здатність утримувати предмет по середній лінії тіла двома руками, дотягуватися правою рукою до предмета, який лежить на підлозі біля лівої ноги, або просто ходити - це білатеральні навички.
8. **Вестибулярний апарат** - робота вестибулярного апарату впливає на здатність зберігати стабільне положення тіла в просторі і на постуральний м'язовий тонус. Сприймають рецептори вестибулярного апарату знаходяться у внутрішньому вусі.

9. **Геміплегія (гемиплегическая форма церебрального паралічу)** - один з різновидів спастичної форми церебрального паралічу, при якій рухові порушення виражені тільки на одній стороні тіла, наприклад спастичність проявляється в правій руці і правій нозі.

10. **Гіперкінетическая форма церебрального паралічу** - одна з форм церебрального паралічу, яка характеризується непередбачуваними змінами м'язового тону, порушенням постурального контролю, що викликає мимовільні і неконтрольовані рухи (гіперкінези) Мимовільні рухи стають більш вираженими при спробі виконати якийсь рух або при емоційному напруженні, в стані спокою вони виражені мінімально.

11. **Гіпертонус** - підвищення м'язового тону (спастичність).

12. **Гіпотонус** - зниження м'язового тону (низький тонус).

13. **Деформації** - стан, при якому все тіло або якась його частина фіксовані в Абнормальние (неправильному) положенні.

14. **Дизартрія** - порушення мови, пов'язане з порушенням артикуляції. Мова повільна по темпу, переривчаста і монотонна, звуки вимовляються неправильно.

15. **Дизлексії** - порушення розуміння або відтворення написаних символів; проявляється при читанні.

16. **Диплегія** (диплегическая форма церебрального паралічу; спастична диплегія) - один з різновидів спастичної форми церебрального паралічу, при якій рухові порушення сильніше виражені в нижніх кінцівках, ніж у верхніх.

17. **Діспраксія** - порушення, яке характеризується труднощами в плануванні цілеспрямованих дій, в тому числі рухів, і в використанні конкретних дій в конкретній ситуації.

### ***Питання для самоконтролю:***

1. Що таке інклюзивне навчання?
2. Дайте визначення поняття ДЦП

3. Скільки існує форм ДЦП? Перерахуйте їх.
4. Дискінетична форма - це...
5. Назвіть основні напрямки корекційно-педагогічної роботи з дітьми з ДЦП
6. За якими ознаками класифікують ДЦП?
7. Що властиве для астено - невротичного розвитку
8. Охарактеризуйте поведінку дитини з ДЦП
9. Мета реабілітації дітей з ДЦП
10. Як зрозуміти, що у дитини ДЦП?
11. Які є фактори ризику при ДЦП?
12. Назвіть ступені ДЦП?
13. Працюючи з дітьми при ДЦП, які необхідно враховувати моменти?
14. Які є варіанти при патологічному розвитку особистості?
15. Методика ЛФК при ДЦП, на яких принципах базується?

### **Примітка**

*Дитячий церебральний параліч або ДЦП – це комплекс порушень, що впливають на здатність людини рухатися, підтримувати рівновагу та поставу. Слово «церебральний» вказує на стан, що стосується головного мозку, а «параліч» означає «слабкість», труднощі з контролем м'язів.*

*Дитячий церебральний параліч має 4 основні форми котрі мають різний ступень ураження різних частин тіла. Існують різні причини виникнення ДЦП, це ендогенні та екзогенні фактори, котрі можуть привезти до виникнення даного порушення.*

*Дитина в залежності від своєї форми ДЦП має різний рівень: фізичного, інтелектуального та емоційно-вольової сфери розвитку. Кожна дитина потребує догляду, допомоги, підтримки, корекційно-педагогічної роботи котра має різні напрямки роботи обов'язковими є, це логопедична та ігрова діяльність та заняття ЛФК.*

## 2.8. Розлади аутистичного спектру (аутизм)

**Аутизм** – це захворювання, що характеризується нездатністю дитини висловлювати емоційне ставлення до оточуючих людей, навіть якщо мова йде про близьких. Аутизмом ще прийнято називати затримку в розвитку, порушення поведінки, а також складності в спілкуванні з однолітками, рідними та друзями.



**Характерні ознаки аутизму.** У дитини з аутизмом погано розвивається мова, як рецептивна (розуміння), так і експресивна.

Дитина поводиться так, як якщо б у нього був явний дефіцит відчуттів і сприйняття. Як ніби він сліпий і глухий, але більш ретельне обстеження виявляє збереження всіх сенсорних модальностей.

- Діти з аутизмом зазвичай не розвивають тісних емоційних стосунків з батьками.
- Діти з аутизмом не грають з іграшками, як це роблять звичайні діти.
- Відсутні або помітно обмежені ігри з однолітками.
- Навички самообслуговування у дітей з аутизмом відсутні або їх розвиток вкрай затримується.

- У дітей з аутизмом дуже часті спалахи і агресії.

### **Аутизм проявляється в повсякденному житті якщо:**

- Ви нахиляєтеся до дитини, посміхаєтеся і говорите, як її любите – вона же бачить тільки рух ваших губ і стежить за ними, але ніяк не помічає ласкавих емоцій з вашого боку.

- Ви звете дитину на ім'я, вона знову-таки реагує на рух губ, але ніяк не чує своє ім'я.

- Ви вирішили піти додому по іншій дорозі, для дитини це паніка. Вона не бачить звичних образів навколо.

- Іноді проявляється високим нервовим збудженням. Деякі діти не можуть переносити різких і гучних звуків, монотонного шуму або навіть ледве помітного звучання чого-небудь. Часом малюків може дратувати навіть цокання годинника, дзюрчання струмка. Але при цьому аутичні діти можуть самі виробляти неприємні звуки – скрипіти зубами, гриміти іграшками, дряпати по склу.

- Ознакою дитячого аутизму є також своєрідна хода. Багато дітей ходять «навшпиньки», але не постійно, а коли їх щось дратує. Деякі діти махають руками або качають головою, що створює враження дивної поведінки.

Характерною особливістю аутичних дітей є те, що вони мало наслідують дорослих або однолітків, а тому розвиток малюків з аутизмом односторонній. Діти не тільки не хочуть помічати оточуючих, але й не можуть внаслідок того, що зорові і слухові аналізатори у них погано розвинені. Тобто дитина аутист може не помічати того, що знаходиться перед ним, по сторонах, і навіть натикатися на предмети. Крім того, у дітей з аутизмом знижена реакція на тактильні і больові роздратування, тобто, сенсорне сприйняття у дитини знижений. Він мало реагує на порізи і подряпини, може упустити з руки предмет, навіть не помітивши цього.

## Як поводитися з такими дітьми?

- Не сприймайте дитину як розумово відсталу – їй просто потрібно більше часу, щоб подумати.
- Не забувайте, що такі діти дуже ранимі і чутливі до звуків – ніякої агресії і сварок в присутності дитини, ніяких образ.
- Найчастіше аутисти мислять образами. Їм легше вивчити імена іменники, тому що у них перед очима є образи цих слів. А ось для того, щоб розібратися, як це «вгору вниз», вони повинні це побачити. Можна взяти літачок і показати, як він злітає зі столу, при цьому повторити кілька разів: «Вгору!». Точно так навчати поняттю «вниз».
- Так само йде справа з дієсловами. Навчаючи маленького аутиста діям, потрібно все йому демонструвати. Часто в різних методиках лікування аутизму для цього використовують картинки і дзеркало. Малюка саджають перед дзеркалом, коли він їсть, щоб він бачив сам процес, коли він чистить зуби, малює – дитина повинна все бачити.
- Якщо дитина вміє читати, пишеть їй інструкції – ланцюжок дій. Він не запам'ятовує на слух більше трьох кроків. Наприклад, встати, підійти до раковини, взяти щітку, взяти зубну пасту, видавити пасту. Це ж можна демонструвати картинками.
- Такі діти дуже потребують порядку і передбачуваності. У них має бути чіткий режим дня, предмети в кімнаті повинні займати одне і те ж місце.
- Аутистів потрібно заздалегідь налаштовувати на наступну дію. Наприклад, попереджайте, що ти пограєш ще годину, а потім ми йдемо на вулицю.
- У спілкуванні з маленькими аутистами використовуйте короткі і чіткі фрази, супроводжуйте все жестами, а ще краще – картинками. «Ти будеш пити компот?». Питаєте і показуєте чашку з компотом, підносячи її до свого рота.

- Пояснюйте, що відчуває дитина, вчіть її розпізнавати причину і наслідок: «Ти посміхаєшся, бо маленьке кошеня тобі сподобався», «Я сердилася, бо ти каталася по підлозі».
- Спілкуйтеся в інтернеті з іншими мамами таких дітей. На багатьох сайтах є групи, де мами діляться досвідом навчання своїх аутистів, обговорюють останні методики лікування дитячого аутизму, діляться картинками для занять, вправами для таких дітей.
- Заняття такої дитини з фахівцем – важлива частина успіху. Психологи вивчають основні методи впливу на психіку таких дітей, знають всі тонкощі їх мислення. Вони обов'язково розкажуть батькам все про аутизм і його лікування в домашніх умовах.

### **Чого краще уникати?**

- 1) Не кличте дитину по імені. Краще взагалі не називати імені дитини, коли ви намагаєтеся залучити його увагу.
- 2) Не торкайтеся до обличчя дитини і не повертайте йому голову. Крім того, що це ніяк не пов'язано з справжньою увагою (дитина може повернути обличчя у вашу сторону, але все одно не дивитися на вас), ці дії дуже неприємні для дитини.
- 3) Не кажіть «Подивися на мене!» Зрозумійте, що фраза «Подивися на мене» не є проханням про увагу. Також, будь ласка, не кричіть дитині «Дивись на мене!»
- 4) Не використовуйте одноманітні нагадування і підказки.

### **Що можна спробувати з дітьми-аутистами?**

- 1) Використовуйте поведінковий імпульс. Кажучи коротко, поведінковий імпульс означає, що ви дозволяєте дитині бути успішною, і тільки потім пред'являєте більш складне завдання або вимогу.
- 2) Ведіть себе весело і емоційно. Найкращий спосіб привернути увагу, звичайно, залежить від індивідуальних особливостей конкретної дитини.
- 3) Піймайте мотивацію. Якщо ви правильно визначили, що мотивує дитину, то це обов'язково призведе до підвищення уваги.



### **Як заспокоїти дитину з аутизмом?**

- 1) Зберігайте спокій. Оцініть ситуацію. Подихайте. Налаштуйтеся.
- 2) Не розмовляйте. Припиніть будь-яке спілкування.
- 3) Не залишайте дитину плакати на самоті. Дитина спілкуватися і висловлювати свої емоції не вміє. Він повинен відчувати, що ви на його боці. Будьте поруч, в полі зору дитини. Ігноруйте, але не зліться.
- 4) Не кричіть і не бийте дитину. Ваша злість і роздратування незрозумілі дитині.
- 5) Може допомогти фізична активність. Можна пострибати, політати, поскакати, покружляти, полоскотати.
- 6) Не звертайте увагу. Спосіб ефективний, але в деяких випадках не працює.
- 7) За істерику дитину можна і покарати. Але покарання має бути моральним і негайним: можна поставити дитину в кут або забрати іграшку, яку він ламає.
- 8) При сильному роздратуванні, головне, уникнути імпульсивної негативної реакції.
- 9) Змініть місце дії. Іноді найкраще спрацює вийти разом в магазин, відхилитися від мультиків.
- 10) Будьте категоричні. Скажіть тверде ні!
- 11) Якщо істерика показна, то не поступайтеся.
- 12) Не намагайтеся нічого пояснювати під час істерики, вийдіть з дитиною на вулицю. Адже дитина НЕ може себе контролювати. Пояснення марні. Спів, мовчання або шепіт може спрацювати набагато краще за слова.
- 13) Спробуйте міцно обійняти дитину або взяти на руки, обличчям до себе. Міцні обійми можуть допомогти не тільки заспокоїти дитину, але і зблизити.
- 14) Не дозволяйте керувати собою і ситуацією.
- 15) Істерика в публічному місці. Намагайтеся не звертати увагу на осудливі погляди сторонніх.

16) Скажіть свідкам, що відбувається. «У мого сина аутизм». Зробіть спеціальні візитки або листівки, в яких пояснюється, що таке аутизм. Це дозволяє вам не вдаватися до пояснень при дитині, а просто простягнути візитку або брошуру в разі потреби. У громадських місцях можна одягати футболку: «Я не веду себе погано. У мене Аутизм».

### **Види аутизму**

**Ранній дитячий аутизм** - це один з видів аутизму, при якому психічні та поведінкові розлади починають проявлятися з перших днів життя дитини. У таких дітей матері відзначають порушення реакції на слухові подразники і загальмованість реакції на різні візуальні контакти. У перші роки життя у дітей виникають проблеми з розумінням мови. У них також відзначається затримка в розвитку мови. До п'яти років у дитини з раннім дитячим аутизмом спостерігаються труднощі з соціальними взаємовідносинами і стійкі поведінкові порушення.

**Атиповий аутизм** є особливою формою аутизму, при якій клінічні прояви можуть бути приховані довгі роки або бути слабко виражені. При цьому захворюванні виявляються не всі основні симптоми аутизму, що ускладнює постановку діагнозу на ранньому етапі.

Клінічна картина атипового аутизму представлена різноманітними симптомами, які можуть проявлятися у різних хворих в різних комбінаціях.

Симптомів атипового аутизму: розлади мови; ознаки емоційної недостатності; ознаки соціальної дезадаптації і неспроможності; розлад мислення; дратівливість.

**Синдром Ретта** відноситься до особливої форми аутизму, при якій з'являються важкі психоневрологічні порушення на тлі прогресуючих дегенеративних змін в центральній нервовій системі. Причиною появи синдрому Ретта є мутація одного з генів статевої X хромосоми. Це пояснює той факт, що хворіють виключно дівчинки. Перші ознаки хвороби починають проявлятися через 6 - 18 місяців після народження дитини. До цього часу зростання і розвиток немовляти ніяк не відрізняється від норми.

Синдром Ретта є найважчою формою аутизму, яка не піддається корекції.

**Синдром Аспергера** - це ще один вид аутизму, що відноситься до загальних порушень розвитку дитини. Серед хворих 80 % складають хлопчики. На одну тисячу дітей припадає 7 випадків захворювання на цей синдром. Ознаки захворювання починають проявлятися з 2 - 3 років, але остаточний діагноз найчастіше ставиться в 7 - 16 років.

Основні характеристики синдрому Аспергера є: порушення соціального характеру; особливості інтелектуального розвитку; порушення сенсорики (чутливості) і моторики.

### **Як сприймає навколишній світ дитина аутист?**

При аутизмі дитина, як правило, не може з'єднати в один ланцюжок деталі будь-яких дій. Хвора на аутизм дитина майже в кожному разі не може відрізнити одухотворені предмети від неживих, а людину бачить не як єдине ціле, а в якості «набору» окремих частин тіла. Всі навколишні зовнішні впливи (дотику, світло, звук, тісний контакт) надають на аутиста подразнюючу дію, тому хворий найчастіше замикається в собі і відмовляється йти на контакт навіть з близькими людьми.



### **Стадії розвитку аутизму:**

- **Аутизм 1-го рівня.** Діти з аутизмом початкової (ранньої) стадії мають помітні проблеми з навиком спілкування з оточуючими. Зазвичай вони можуть розмовляти, але їм важко підтримувати діалог.

**Симптоми ранньої стадії аутизму:** зниження інтересу до соціальних взаємодій або діяльності; очевидні ознаки складності спілкування; проблема адаптації до змін в рутині або поведінці; в побутових питаннях робиться великий ухил на планування і організацію.

**Прогноз:** Діти з аутизмом ранньої стадії часто підтримують високу якість життя з невеликою поведінковою і психоемоційною корекцією. Своєчасна корекція допоможе поліпшити соціальні та комунікативні навички.

- **Аутизм 2-го рівня.** Діти з легкою стадією аутизму вже потребують серйозної корекційної підтримки. Симптоми, пов'язані з цим рівнем, включають більш серйозну нестачу словесних і невербальних навичок спілкування. Це часто ускладнює повсякденну діяльність.

**Симптоми легкої стадії:** відсутність вербальних і невербальних навичок спілкування; поведінкові проблеми; незвичайна або зменшена відповідь на соціальні сигнали, спілкування або взаємодія; проблема з адаптацією до змін; спілкування з використанням надмірно простих речень; вузькі, конкретні інтереси.

**Прогноз:** Діти з аутизмом зазвичай потребують більшої підтримки, ніж діти з аутизмом рівня 1. Навіть при підтримці вони ледве можуть адаптуватися до змін в своєму середовищі.

- **Аутизм 3-го рівня.** Це найважча стадія аутизму. На ній потрібна істотна підтримка. На додаток до більш серйозної нестачі навичок спілкування діти з аутизмом 3-го рівня також демонструють повторювану або обмежувальну поведінку. *Повторювана поведінка* відноситься до того, щоб робити одне і те ж знову і знову, незалежно від того, чи є це фізичною дією або говоріння однієї і тієї ж фрази. *Обмежувальна поведінка* - дитина має тенденцію замикатися в собі і захищати від

спілкування з навколишнім світом. Це може бути пов'язано з неможливістю адаптуватися до змін або наявністю інтересів по дуже конкретних тем.

**Симптоми тяжкої стадії аутизму:** помітна нестача словесних і невербальних навичок спілкування; обмежене бажання брати участь в соціальній взаємодії; важкі поведінкові порушення; відчуття стресової ситуації при зміні звичайного розпорядку дня; відсутність досвіду фокусувати свою увагу.

**Прогноз:** Діти з аутизмом 3-го рівня потребують інтенсивної терапії, яка фокусується на різних проблемах, включаючи спілкування і поведінку. Часто їм призначається і медикаментозне лікування. Хоча немає ліків, які спеціально ставляться до аутизму, деякі препарати можуть допомогти впоратися з певними симптомами або супутніми порушеннями, такими як депресія або проблеми з концентрацією.

Аутичні діти погано вчаться в школі, не запам'ятовують матеріал, не можуть концентрувати увагу на уроках - все це викликано наявністю аномалій і дефектів головного мозку.

У тому випадку, коли аутизм викликаний хромосомними аномаліями розвитку, мікроцефалією або на епілепсію, то у дитини розвивається глибока розумова відсталість. Головною особливістю даного захворювання у дітей є виборчий інтелект. Це означає, що хворі діти можуть проявляти відмінні успіхи в певних галузях наук - малюванні, математиці, читанні, музиці, але при цьому істотно відставати з інших предметів.

Існує таке поняття, як савантизм - це стан, коли аутична дитина або дорослий дуже обдаровані в будь-якої певної області. Відомі випадки, коли аутисти могли точно відтворити мелодію, яку чули всього один раз або швидко обчислити в розумі складні приклади. Найзнаменитішими аутистами світу є Альберт Ейнштейн, Вуді Аллен, Енді Кауфман.

## Форми аутизму

**Гіперактивна форма.** Гіперактивна форма характеризується гіперактивною поведінкою. Виділяються:

а) Гіперактивність з дефіцитом уваги, з підвищеною збудливістю і емоційною нестійкістю, імпульсивністю, стереотипними рухами, несформованою інтелектуальною діяльністю (помірною або важкою розумовою відсталістю), відставанням в психомоторному, психомовному розвитку і неконтрольованою поведінкою.

б) Гіперактивність з відносно помірною збудливістю і емоційною нестійкістю, імпульсивністю, з легкою когнітивною діяльністю розумової відсталості легкого ступеня, з затримкою в психомоторного, психомовного розвитку і відносно контрольованою поведінкою.

**Відчуженість.** Відчуженість (відстороненість, неприв'язаність) характеризується відстороненістю від реального життя і, частково, від свого "Я", а також порушенням комунікативних навичок, затримкою і відставанням дизонтогенеза, з наступним відставанням когнітивних процесів, затримкою психомоторного, психомовного, психосенсорного розвитку. Відчуженість – є більш глибока, ніж відстороненість і характеризується відчуженням від навколишнього. Різниця цих двох станів визначається за рівнями неприв'язаності до чуттєвих об'єктів.

**Оглушення.** Оглушення характеризується розладом свідомості (непродуктивним), для якого характерно легке, неглибоке вимикання свідомості. При цьому ускладнена орієнтація на місцевості (в навколишній обстановці), в часі, підвищення порога всіх (сенсорних) подразників, утруднення дії психічних процесів, часто з психомовною, психомоторною, психосенсорною загальмованістю, рідше – з разгальмованістю.



**Апатична форма.** Апатична форма аутизму характеризується зниженням емоцій, байдужістю до себе, короткочасною психічною активністю при задоволенні фізіологічних потреб, або сильною мотивацією ззовні (показ улюбленої іграшки, їжі). У таких дітей збережено невербальне спілкування і наслідування, яке слабо розвинене у дітей з відчуженістю і відсутнє у дітей з оглушенням.

**Сенситивна форма.** Сенситивна форма аутизму характеризується плаксивістю, сльозливістю, “моторним плачем”, а також підвищеною чутливістю до оточення, до того, що відбувається з хворим в поєднанні з підвищеною тривожністю, страхом нової обстановки, людей, подій, дій, страхом темряви, самотності.

**Змішана форма.** Змішана форма аутизму: гіперактивно-відчужена, гіперактивно-оглушена, гіперактивно-оглушена-відчужена, сенситивно-гіперактивна форма, апатично-сенситивна форма.

**Конституційно обумовлена форма.** Конституційно обумовлена форма, тобто генетично – в рамках сім'ї та рідних.

**Нормотонічна форма.** Поняття нормотонічна форма аутизму в клінічній практиці охоплює психічну діяльність, соціальну поведінку, афективну сферу, воно більш характерно для дітей, які пройшли адекватні лікувально-реабілітаційні заходи і знаходяться в благополучних соціально-побутових умовах. У таких дітей більш адекватний тип поведінки, погляд, невербальний, частково вербальне спілкування, збережені розвинені наслідувальні здібності.

### Діагностика аутизму у дітей

В першу чергу про те, що у дитини є якісь відхилення, можуть здогадатися самі батьки. Справа в тому, що аутизм у дітей може проявлятися на тлі нормального розвитку. Тому діагноз може бути поставлений пізно. Ранній дитячий аутизм діагностувати складніше, тому вище перераховані симптоми проявляються у дітей поступово один за іншим. До речі, не всі ознаки аутизму зустрічаються однаково у всіх малюків. Але один явний ознака, який можуть помітити всі батьки, – це порушення сприйняття дитиною реального світу.

При найменших підозрах на аутизм, батькам потрібно терміново звертатися до психіатрів. Саме вони займаються даною проблемою. Хоча не виключено, що може знадобитися допомога невропатолога, психолога та інших фахівців.

### Лікування аутизму у дітей

Головні методи зцілення дітей від аутизму – це соціальна адаптація та лікування у психіатра. Але лікуватися від аутизму дитина повинна не тільки психіатрами та психологами. Велику роль у лікуванні та реабілітації аутичної дитини відіграють батьки, сестри, брати, ну і звичайно, обстановка в будинку.



Для дитини аутиста дуже болючі зміни. Переїзд, перестановка меблів, поява в будинку нової людини – все це може негативно впливати на психіку дитини. Тому намагайтеся зберігати звичний спосіб життя малюка.

Намагайтеся привернути увагу дитини, але тільки ненав'язливо, і не криками. На аутичних дітей взагалі кричати не можна, так як вони можуть ще більше відсторонитися від вас і замкнутися в собі. Не думайте, що, якщо малюк не звертає уваги на оточуючих, то йому чужі емоції, і він нічого не розуміє. Пам'ятайте, що аутисти не обділені інтелектом.

Знайдіть хорошого фахівця, який буде займатися з вашою дитиною нехай не до останнього, але досить довгий час. Не варто возити дитину по всім лікарям і шукати додаткових діагнозів. Це тільки погіршить становище. І наберіться терпіння, воно вам знадобиться протягом усього лікування, яке буває довгим і стрибкоподібним. Тільки терпіння, любов і ласка батьків зможуть допомогти дитині впоратися з аутизмом і стати таким же, як усі здорові дітки.

### **Корекційно-розвивальна програма та ігри для дітей аутистів**

Основними ознаками при всіх його клінічних варіантах є:

- Недостатня або повна відсутність потреби в контактах з оточуючими;
- Відгородженість від зовнішнього світу;
- Слабкість емоційного реагування по відношенню до близьких, навіть до матері;
- Нездатність диференціювати людей і неживі предмети. Нерідко таких дітей вважають агресивними ;
- Недостатня реакція на зорові слухові подразники змушує багатьох батьків звертатися до офтальмолога або сурдолога. Але це помилкова думка, діти з аутизмом, навпаки, дуже чутливі до слабких подразників. Наприклад, діти часто не переносять цокання годинника, шум побутових приладів, капання води з водопровідного крана;
- Прихильність до збереження незмінності навколишнього;

- Неофобії (боязнь всього нового) проявляються у дітей - аутистів дуже рано. Діти не переносять зміни місця проживання, перестановки ліжка, не люблять новий одяг та взуття;

- Одноманітна поведінка зі схильністю до стереотипів;
- Різноманітні мовні порушення при РДА;
- У дітей з РДА спостерігаються різні інтелектуальні порушення.

Частіше це розумова відсталість.

### **Цілі програми:**

- Подолання негативізму при спілкуванні та встановлення контакту з дитиною із аутизмом;
- Розвиток пізнавальних навичок;
- Пом'якшення характерного для аутичних дітей сенсорного і емоційного дискомфорту;
- Підвищення активності дитини в процесі спілкування з дорослими і дітьми;
- Подолання труднощів в організації цілеспрямованої поведінки.

### **Завдання програми:**

- Орієнтація дитини з аутизмом у зовнішньому світі;
- Навчання його простим навичкам контакту;
- Навчання дитини більш складних форм поведінки;
- Розвиток самосвідомості й особистості дитини з аутизмом;
- Розвиток уваги;
- Розвиток пам'яті, мислення.

### **Основні етапи психологічної корекції:**

*Перший етап* – встановлення контакту з дитиною з аутизмом. Для успішної реалізації цього етапу рекомендується легка сенсорна атмосфера занять. Це досягається за допомогою спокійної негучної музики в спеціально обладнаному приміщенні для занять. Психолог повинен спілкуватися з

дитиною тихим голосом, в деяких випадках, особливо якщо дитина збуджена, навіть пошепки. Необхідно уникати прямого погляду на дитину, різких рухів. Не слід звертатися до дитини з прямими питаннями.

*Другий етап* – посилення психологічної активності дітей. Вирішення цього завдання вимагає від психолога вміння відчувати настрій дитини, зрозуміти специфіку її поведінки і використовувати це в процесі корекції.

*Третій етап* – психокорекції важливим завданням якого є організація цілеспрямованої поведінки аутичної дитини. А також розвиток основних психологічних процесів.

Ефективність програми:

Реалізація корекційної програми для дітей з ДА дає основу для ефективної адаптації дитини до світу. Завдяки цим заняттям відбувається налаштування дитини до активного контакту з навколишнім світом. Таким чином, дитина буде відчувати безпеку і емоційний комфорт, а значить, буде відбуватися корекція поведінки.

### **1 заняття. Встановлення контакту з дитиною з аутизмом.**

*Гра «Ручки».* Хід гри. Група з 2-3 дітей розташовується перед психологом. Психолог бере дитину за руку і ритмічно поплескує своєю рукою по руці дитини, повторюючи «Рука моя, рука твоя ...». Якщо дитина активно чинить опір, забирає свою руку, тоді психолог продовжує поплескування собі або з іншою дитиною. За згодою дитини на контакт.

*Гра «Хоровод».* Хід гри: психолог вибирає з групи дитину, яка вітається з іншими дітьми, пожимає кожній дитині руку. Дитина вибирає того, хто буде в центрі хороводу. Діти, взявшись за руки, під музику вітають того, хто буде в центрі кола. Діти по черзі входять у центр кола, і група вітає їх такими словами:

*Станьте, діти,*

*Станьте в коло,*

*Станьте в коло,*

*Я твій друг*

*І ти мій друг,  
Старий добрий друг.  
Розвиток активності.*

## **2 заняття:**

*Гра «Поводир».* Хід гри: Вправа виконується в парах. Спочатку ведучий (психолог) водить веденого (дитину) з пов'язкою на очах, обходячи всілякі перешкоди. Потім вони міняються ролями. За прикладом повторюють гру вже самі діти, по черзі міняючись ролями.

*Гра «Пташки».* Хід гри: Психолог каже, що зараз всі перетворюються на маленьких пташок і запрошує політати разом з ними, змахуючи руками, як крилами. Після цього «пташки» збираються в коло і разом «клюють зернятка», стукаючи пальцями по підлозі.

*Гра «Наздогін».* Хід гри: психолог пропонує дітям тікати, ховатися від нього. Наздогнавши дитину, психолог обіймає його, намагається заглянути в очі і пропонує йому наздогнати інших дітей.

## **3 заняття. Розвиток контактності:**

*Гра «Погладь кішку».* Психолог разом з дітьми підбирають ласкаві й ніжні слова для іграшки «Кішка Мурка», при цьому діти її гладять, можуть взяти на руки, притиснутися до неї.

*Гра «Пограй з лялькою».* Хід гри: проведення сюжетно-рольової гри на різні теми, наприклад: «Йдемо за покупками», «В гостях». Лялька в цьому випадку є помічником у розвитку соціальних ролей дитини.

## **4 заняття. Посилення психологічної активності. Розвиток сприймання:**

Розвиток сприймання «зашумлених» об'єктів. Формування активності дитини за допомогою ігрових моментів на розвиток сприйняття.

Хід заняття: перед дитиною зображення «зашумлених» картинок, її завдання розпізнати ці картинки.

Далі йде складання візерунка за зразком (кількість елементів у мозаїці поступово збільшується).

Вправа на розвиток просторової координації (поняття ліворуч, праворуч, перед, за), проходить у вигляді гри.

*Ми зараз підем направо! Раз, два, три!*

*А тепер підем наліво! Раз, два, три!*

*Швидко за руки візьмемось! Раз, два, три!*

*І так само розімкнемось! Раз, два, три!*

*Ми тихесенько присядем! Раз, два, три!*

*І легенько ми привстанем! Раз, два, три!*

*Ручки заховаємо за стинку! Раз, два, три!*

*Повернемо головою!! Раз, два, три!*

*І потопаем ногою! Раз, два, три!*

#### **5 заняття. Психотехнічні ігри:**

*Гра «Знайди місце для іграшки».* Хід гри: психолог пропонує по черзі покласти кеглі або м'ячі в потрібну за кольором коробку й у відповідний вирізаний в коробці отвір. Можна організувати змагання.

*Гра «Збери фігурки».* Хід гри: Дитина по команді збирає і розбирає дошки.

#### **6 заняття. Розвиток аналітико-синтетичної сфери:**

*Таблиця Равенна.* Хід заняття: дитині пропонується залатати килимок. По мірі виконання завдання все більше ускладнюються.

*Графічний диктант.* Хід заняття: під диктовку психолога йде орієнтування дитини на папері.

*Продовж ряд.* Хід заняття: на основі заданих фігур провести аналіз, знайти закономірність і слідувати їй при продовженні даного ряду.

#### **7 заняття. Розвиток уваги.**

*Коректурні проби. «Дівчатка».* Хід заняття: дитиною поділяється на аркуші паперу за певною ознакою спочатку один вид фігурок дівчаток, а потім інший.

*Таблиця.* Хід заняття: дана таблиця чисел, розташованих в хаотичному порядку, завдання дитини знайти і назвати їх по черзі.

### **8 заняття. Розвиток пам'яті.**

*Гра «Запам'ятай слова».* Хід заняття: дітям по черзі пропонується кілька картинок, які вони по пам'яті проговорюють або відтворюють у зошиті.

*Гра «Сніжний ком».* Хід заняття: поступове формування послідовності слів, кожен наступний учасник відтворює попередні слова зі збереженням заданої послідовності, додавши до них своє слово.

*Гра «Знайди відмінності».* Хід заняття: дітям пропонуються дві картинки, що відрізняються деякими деталями. Необхідно знайти всі розрізняються деталі.

### **9 заняття. Розвиток мовного спілкування:**

*Гра «Поклич м'ячем».* Хід заняття: дітки стоять у колі, психолог кидає будь-кому м'яч, називаючи дитину по імені. Дитина, що зловив м'яч, повинна кинути наступному, також назвавши його по імені, і так далі.

*Гра «Закінчи фразу».* Хід заняття: дітям по черзі читається знайомий вірш, який вони повинні закінчити.

Розвиток особистісно - мотиваційної сфери

### **10 заняття. Розвиток особистісно - мотиваційної сфери:**

*Гра «Моя сім'я».* Ситуації розігруються в групі дітей, які грають ролі і батьків, і свої. Хід заняття: дітям пропонується кілька ситуацій, в яких задалегідь за допомогою психолога будуть розподілені ролі. Наприклад: «Привітай маму з днем народження», «Запроси друга в гості». Якщо діти вагаються, психолог повинен включитися у гру і показати, як слід поводитися в тій чи іншій ситуації.

### **11 заняття:**

*Гра «Прийшов Мурзик пограти».* Хід гри: психолог показує дітям Кота Мурзика, іграшку надягну на руку. Кіт Мурзик вітається з кожною дитиною. Потім Мурзик показує дітям прозорий поліетиленовий мішок з предметами, які він приніс, і пропонує кожному взяти будь-яку кількість фігурок і розставити їх на столі. Із запропонованих кубиків Мурзик буде з дітьми

будиночок для ляльки або гараж для машини. Психолог стимулює дітей на спілкування з Мурзиком.

Розвиток рухомо - рольової гри

### **12 заняття. Розвиток рухомо - рольової гри**

*Гра «Мавпочка-бешкетниця».* Хід гри: Діти стоять у колі, психолог показує мавпочку і розповідає, як вона любить наслідувати. Психолог піднімає руку, потім робить той же рух з мавпочкою, потім пропонує дітям виконати цей той же рух самим або на мавпочці. Потім руху ускладнюються: помах рукою, плескання в долоні, постукування і так далі.

### **13 заняття. Розвиток рухомо-змагальних ігор:**

*Гра «Будуємо будиночок для друзів».* Хід гри: Психолог ділить дітей на групи по 2-3 людини і каже, що у нього є два друга: іграшковий кіт Мурзик і собака Шарик. Вони дуже добрі й веселі, але у них одна біда - немає вдома. Давайте допоможемо їм побудувати будинок, одні будуть будувати будиночок для Мурзика, інші для Шарика. Після цього хлопцям пропонуються кубики і завдання, хто швидше з них побудує будинок.

*Гра «Спритний».* Хід гри: Психолог пропонує по черзі кидати м'яч у кошик, вважаючи у кого більше всіх влучень. Далі діти стають в коло і кидають один одному м'яч, після закінчення гри називається найспритніший. Можна запропонувати інші варіанти рухливих ігор, головне, щоб діти в цих іграх розуміли, що в їх силах добитися позитивних результатів.

## **СЛОВНИК ТЕРМІНІВ**

1. **Адаптація** – це пристосування дитини до існуючих в суспільстві вимог і критерій оцінки за рахунок присвоєння норм і цінностей даного суспільства.

2. **Аномалія** – це відхилення від норми

3. **Аутизм** – це психічний розлад, основні симптоми - це порушення соціальних взаємодій і розлади в емоційній сфері.

4. **Галюцинації** – це явище обману почуттів (зору, слуху, нюху і т.д.) внаслідок розладу діяльності мозку.

5. **Генез** – це походження, виникнення, процес розвитку.

6. **Гіперактивність** – це 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.

7. **Депресія** – це пригнічений психічний стан.

8. **Дисфункція** – це порушення або аномалія функціонування.

9. **Дитячий дезінтегративний розлад** – це порушення психічного розвитку, для якого характерна різка втрата набутих навичок.

10. **Індивідуальна програма реабілітації** – це 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.

11. **Інклюзія** – це політика й процес, який передбачає отримання більших можливостей в навчанні та соціальному житті для всіх дітей (з особливими потребами та інших дітей).

12. **Інтеграція** – це зусилля, спрямовані на введення дітей з особливими освітніми потребами у регулярний освітній простір. Ми пристосовуємо учня до вимог школи.

13. **Компенсація** – це відновлення недорозвинутих чи порушених психофізичних функцій шляхом використання збережених чи перебудови частково порушених функцій.

14. **Мутація** – це раптово виникаючі нові спадкові ознаки, обумовлені змінами клітинних (в основному - ядерних) структур.

15. **Невропатологія** – це наука про нервові хвороби.



16. **Онтогенез** – це індивідуальний розвиток живої істоти, що охоплює всі зміни, що зазнають організмом від стадії запліднення яйця до закінчення індивідуального життя.

17. **Патологія** – це розділ медицини, що вивчає хворобливі процеси в організмі.

18. **Ранній дитячий аутизм** – це особлива аномалія психічного розвитку, якій характерні стійкі і своєрідні порушення комунікативної поведінки, емоційного контакту дитини з навколишнім світом і вміння правильно реагувати на зовнішні ситуації.

19. **Родова травма** – це пошкодження дитини, пов'язані з пологами, а також розлади, що виникають у випадках кисневого голодування плода і порушення плацентарно-маткового і плодового кровообігу.

20. **Савантизм** – це стан, при якому дитина з розладом розвитку проявляє неабиякі здібності або навички в якійсь певній сфері (в математиці або в музиці).

21. **Синдром Аспергера** – це одне з п'яти загальних (первазивних) порушень розвитку, які характеризуються серйозними труднощами в соціальній взаємодії, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним репертуаром поглядів і занять.

22. **Синдром Ретта** – це спадковий психопатологічний синдром, який є наслідком мутації однієї X-хромосоми, зустрічається майже виключно у дівчат.

23. **Хромосоми** – це структурні елементи ядер клітин, які відіграють основну роль в спадковій передачі ознак і властивостей організмів.

### ***Питання для самоперевірки:***

- 1) Що таке аутизм?
- 2) Які характерні ознаки ви знаєте для аутизму?
- 3) Чи відсутні навички самообслуговування у дітей аутистів?
- 4) Яка є найголовніша ознака аутизму?

- 5) Як потрібно поводитися з такими дітьми?
- 6) Чому не можна дитину аутиста кликати по імені?
- 7) Як треба себе вести з дітьми аутистами?
- 8) Як заспокоїти дитину з аутизмом?
- 9) Які існують види аутизму?
- 10) Які є симптоми атипового аутизму?
- 11) Який із видів аутизму відноситься до особливої форми?
- 12) Назвіть характерні ознаки синдрому Аспергера?
- 13) Скільки стадій розвитку аутизму ви знаєте?
- 14) Які є форми аутизму?
- 15) Як проводиться діагностика з такими дітьми?
- 16) Як проходить лікування аутизму у дітей?
- 17) Хто відіграє велику роль у лікуванні та реабілітації аутичної дитини?
- 18) Що таке дисфункція?
- 19) Що таке родова травма?
- 20) Які ігри та корекційно-розвивальна програма використовується для дітей аутистів?

### **Примітка**

*Можна сказати, що аутизм у дітей проявляється в порушенні контактів, у відході від реальності у світ власних переживань. В даний час це захворювання розглядається як загальне порушення, спотворення психічного розвитку, яке обумовлене центральною нервовою системою дитини. Для таких дітей з таким захворюванням характерні явні прагнення до самотності, стереотипні повторювані форми поведінки, специфічний розвиток, повна відсутність мовлення, страхи.*

*Отже, діти-аутисти являють собою складний контингент дітей з обмеженими можливостями. Вони вимагають особливої соціально-педагогічної підтримки. Намагайтеся частіше розмовляти з дитиною і проводити більше часу разом.*

## 2.9. Діти з епілепсією

**Епілепсія** – це хронічний розлад мозкової діяльності, для якого характерні напади, що повторюються.

Ці напади проявляються у вигляді короткочасних мимовільних судом у якійсь із частин тіла або ж по всьому тілу. Іноді людина може зомліти чи втратити контроль за функціями кишечника або сечового міхура.

Напади спричинені надлишком електричних імпульсів у групах клітин різних ділянок мозку. Епілептичні напади можуть мати форму як незначних провалів у пам'яті, так і важких тривалих конвульсій, а також різнитись за частотою, трапляючись як менше разу на рік, так і до декількох випадків у день.

### **Причинами найчастіше є:**

-пошкодження мозку у передпологовий та післяпологовий періоди внаслідок травми, гіпоксії (нестачі кисню);

-вроджені відхилення від норми або генетичні стани при наявності вад розвитку головного мозку, які зумовлені цими факторами;

-важка травма голови;

- інсульт, в результаті якого до мозку не надходить достатньо кисню;

- інфекції мозку та мозкових оболонок (менінгіт, енцефаліт, нейроцистицеркоз);

-деякі генетичні синдроми;

-пухлини.

### **Симптоми дитячої епілепсії:**

Епілептичні напади можуть проявлятися у вигляді тоніко-клонічних нападів (судоми по всьому тілу, втрата свідомості, слиновиділення; тривають пару хвилин).

Часто можуть проявлятися тільки вночі під час сну дитини.

Парціальні напади більш складно помітити батьками і діагностувати. Дитина ніби втрачає зв'язок з реальністю на кілька секунд, але багато разів

протягом дня. Такі діти часто здаються розсіяними, і часто потрапляють в категорію поганих учнів. Дитина не помічає свого стану. Тут дуже важливим є наскільки уважні дорослі, які оточують дитину.

Вогнищевий початок		Генералізований початок	Невідомий початок
З усвідомленням	З порушенням усвідомлення	<b>Моторні :</b> •Тоніко-клонічні; •Клонічні ; •Тонічні ; •Міоклонічні ; •Міоклоно-тоніко-клонічні ; •Міоклоно-атонічні; •Атонічні; •Епілептичні спазми	<b>Моторні:</b> •Тоніко-клонічні ; •Інші моторні <b>Немоторні (абсанс):</b> некласифіковані
З усвідомленням <b>Моторний початок :</b> •Автоматизми; •Атонічні ; •Клонічні; •Епілептичні спазми ; •Гіперкінетичні ; •Міоклонічні; •Тонічні . <b>Немоторний початок :</b> •Вегетативні ; •Припинення діяльності ; •Когнітивні ; •Емоційні ; •Сенсорні .		<b>Немоторні (абсанс):</b> •Типові ; •Атипові; •Міоклонічні ; •Міоклонія повік	
		-	-



### **Перша допомога при нападах та поради для вчителя щодо поводження з дітьми ,в яких є епілепсія**

**Хто має надавати допомогу дитині під час епілептичного нападу?**  
Надавати домедичну допомогу має вміти кожен працівник дитячого садка, і практичний психолог також. Проводити санітарно-просвітницьку роботу на цю тему, а також розміщувати відповідну інформацію на стендах має медична сестра.

**Як реагувати на епілептичний напад у дитини?** Насамперед — покликати на допомогу медичну сестру. Поки вона йтиме, інший працівник повинен розпочати надавати домедичну допомогу.

Якщо в дитини-епілептика почалися судоми, треба зокрема:

- заспокоїти її оточення й припинити паніку серед інших дітей;
- покласти дитину на підлогу, підклавши під голову щось м'яке, чи на низьку м'яку кушетку та залишитися поряд із нею, поки напад мине;
- стежити за дитиною, щоб вона не травмувалася;
- якщо поряд із нею є предмети, якими вона може травмуватися, — прибрати їх;
- повернути дитину на бік, розстебнути комірці на одязі;

- не робити дитині штучне дихання і не розкривати їй рот за допомогою підручних засобів, адже так можна пошкодити їй зуби, щелепу чи слизові оболонки;

- після нападу очистити ротову порожнину дитини від блювотних мас і пінистого слизу, аби вона не похлинулася.

У більшості випадків напади при епілепсії не є невідкладними станами та не завжди потрібно викликати екстрену медичну допомогу. Але обов'язково телефонуйте 103, якщо:

- напад триває п'ять хвилин або довше;
- напади повторюються настільки часто, що у проміжках між ними у людини не відновлюється свідомість (на відміну від серії нападів);
- коли у людини стається перший напад;
- коли людина отримує травму під час нападу (наприклад, внаслідок падіння);
- напад стається, коли людина перебуває у воді;
- людина вагітна або хвора на діабет.

### **Поради для вчителя щодо поводження з дітьми, в яких є епілепсія:**

Для дитини-епілептика важливо, аби до неї ставилися, як і до решти вихованців. Епілептичні напади — тимчасові епізоди для неї. Тому не слід відгороджувати дитину від однолітків й обмежувати спілкування з ними. Про хворобу дитини-епілептика оточення згадує лише під час нападів, коли вона безпорадна і не може керувати своєю поведінкою. Якщо нападів немає, дитина-епілептик нічим не відрізняється від однолітків. У дитячому садку варто створити таку атмосферу, у якій дитина-епілептик почуватиметься повноцінною. Аби уникнути скарг батьків решти вихованців, їм слід роз'яснювати особливості цього захворювання, створювати сприятливий мікроклімат у групі. А дитині-епілептику пояснювати зрозумілими для неї словами: якщо вона погано почуватиметься, то про неї подбає вихователь чи медична сестра. Дитину-епілептика потрібно оточувати турботою, ділитися з

нею своїм душевним теплом, але не опікуватися надміру й не висловлювати співчуття їй чи її батькам.



## СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

1. *Абсанси (малі судомні напади)* - характеризуються стрімким припиненням фізичної активності та реактивності на зовнішні подразники, мінімальними взаємопов'язаними рухами, епізодами втупленого погляду, відсутністю аури/постіктального стану, і тривають 5–10 секунд, можуть розвиватися кілька разів на день. До інших типових проявів належать автоматизми різних типів (блмання повіками, відхилення очей вгору, прицмокування губами, стереотипні/повторювані рухи руками, автоматичне ходіння/ходіння по колу), дебют в дитинстві та зниження показників успішності в школі. Типові малі епілептичні напади (абсанс) можуть спричинятися гіпервентиляцією та фотостимуляцією. ЕЕГ є визначальним методом діагностики.

2. *Генералізовані сидроми у дітей* - повторні генералізовані судоми поширені в дитячому віці і називаються епілепсією. Фактори ризику включають генетичну схильність або сімейний анамнез, фебрильні судоми в минулому; патологічний перинатальний анамнез (напр., асфіксія),

метаболічні/нейродегенеративні захворювання, травми голови та структурні порушення центральної нервової системи. ЕЕГ є стандартним методом діагностики, також можуть бути інформативними КТ/МРТ головного мозку.

3. **Генералізовані судоми у дорослих (генералізовані тоніко-клонічні судоми [ГТКС])** - у класичному варіанті передбачають втрату свідомості та фазове тонічне напруження кінцівок із подальшими повторними клонічними посмикуваннями. Це характерна особливість есенціальної епілепсії (епілепсії «grand mal») (якій часто передують аура/продромальні симптоми). Більшість ГТКС минають самостійно. На ЕЕГ виявляють бісинхронну епілептиформну активність в обох півкулях головного мозку. ГТКС зустрічаються за багатьох різних видів епілепсії.

4. **Епілепсія** – це хронічний розлад мозкової діяльності, для якого характерні напади, що повторюються.

5. **Епілептичний статус** — це неврологічний стан, за якого спостерігається неперервна судомна активність або повторні судоми без відновлення свідомості протягом 5 чи більше хвилин. Найчастішим варіантом є генералізований судомний епілептичний статус (ЕС) – як у стертій, так і у розгорнутій формах. Розпізнавання стану має вирішальне значення, оскільки швидке його припинення допомагає запобігти серйозному ушкодженню головного мозку, особливо у пацієнтів із порушенням свідомості. Лікування передбачає покрокове введення медикаментів, спрямоване на припинення клінічних і електрографічних проявів судом.

6. **Інфантильні спазми** - це епілептичний синдром, який зазвичай виникає у грудних дітей, при чому етіологія буває різною. На ЕЕГ визначається гіпсаритмія, хоча вона не обов'язково наявна увесь час.

7. **Фебрильні судоми** — судоми у грудному або дитячому віці, які зазвичай виникають у віці від 3 місяців до 5 років, пов'язані з високою лихоманкою, але без ознак внутрішньочерепної інфекції чи конкретної причини. Діагноз встановлюється клінічно, при цьому за наявності клінічної



підозри виконують люмбальну пункцію для виключення менінгіту або енцефаліту. Більшість фебрильних судом минають самотійно.

8. **Фокальні (парціальні) судоми** – це електричні та клінічні прояви судом, які виникають з однієї частини мозку. На ЕЕГ виявляється локальний електричний розряд над ділянкою виникнення. Сконева частка – найпоширеніша ділянка виникнення фокальних судом, але вони можуть виникати з будь-якої іншої частки. Свідомість за фокальних судом (фокальний напад зі збереженням свідомості) може зберігатися, також може спостерігатися втрата пам'яті протягом усього клінічного епізоду або втрата свідомості (фокальний напад із втратою усвідомлення). Фокальні судоми можуть призводити до розвитку вторинних генералізованих нападів. Монотерапія протиепілептичним препаратом є кращим варіантом початкового лікування.

#### ***Питання для самоперевірки:***

1. Що таке епілепсія?
2. Які причини приводять до епілепсії?
3. Назвіть симптоми епілепсії.
4. Хто має надавати допомогу дитині під час епілептичного нападу?
5. Як надавати першу допомогу під час епілептичного нападу?
6. Що таке абсанси?
7. Дайте визначення поняттю «Епілептичний статус».
8. Що таке фебрильні судоми?

#### **Примітка**

*Напади епілепсії проявляються у вигляді короткочасних мимовільних судом у якійсь із частин тіла або ж по всьому тілу. Іноді людина може зомліти чи втратити контроль за функціями кишечника або сечового міхура.*

*Під час епілептичного нападу надавати домедичну допомогу має вміти кожен працівник дитячого садка, і практичний психолог також. Проводити*

санітарно-просвітницьку роботу на цю тему, а також розміщувати відповідну інформацію на стендах має медична сестра.

Для дитини-епілептика важливо, аби до неї ставилися, як і до решти вихованців. Епілептичні напади — тимчасові епізоди для неї. Тому не слід відгороджувати дитину від однолітків й обмежувати спілкування з ними.

## 2.10. Хромосомні порушення

**Синдром Шершевського-Тернера.** (Відсутність X-хромосоми у жінок) — це генетичне захворювання, якому піддаються виключно жінки. Воно супроводжується аномаліями фізичного розвитку, низькорослі, відставанням в статевому і психічному розвитку. Первинні статеві клітини у ембріона закладаються в нормальному складі, проте в другій половині вагітності вони проходять процес зворотного розвитку. І вже до моменту народження дитини кількість фолікулів в яєчнику різко скорочується або зводиться до нуля (яйцеклітин немає). Це і є причиною багатьох відхилень, в тому числі первинної аменореї і безпліддя.



**Етіологія.** Крім повної моносомії по X-хромосомі, СШТ також може бути викликаний структурними змінами в одній X-хромосомі.

Залежно від розміру поразок, клінічні симптоми відрізняються. У разі мозаїцизму також може бути відсутнім повний спектр симптомів

При синдромі Шерешевського - Тернера статеві залози зазвичай представляють собою соедінительнотканних, що не містять елементів гонад . Рідше зустрічаються рудименти яєчників і яєчок, а також рудименти сім'явивідного потоку. Інші патологічні дані відповідають особливостям клінічних проявів. Найбільш важливі зміни кістково-суглобової системи - вкорочення п'ясткових і плеснових кісток, аплазія (відсутність) фаланг пальців, деформація лучезапястного суглоба, остеопороз . Рентгенологічно при синдромі Шерешевського - Тернера турецьке сідло і кістки склепіння черепа зазвичай не змінені. Відзначаються вади серця і великих судин (коарктація аорти , незарощення боталлова протоки , звуження гирла аорти), пороки розвитку нирок. Виявляються рецесивні гени дальтонізму та інших захворювань.

***Клінічні особливості та діагностика.*** При синдромі Шерешевського-Тернера у людини можуть зустрічатися такі симптоми:

- Низькорослість (98%)
- Загальна диспластичність (неправильна статура) (92%)
- Лимфостаз (набряк) рук і ніг новонародженого (24%)
- Бочкоподібна грудна клітка і широко розставлені соски (75%)
- Скорочення шиї (63%)
- Низька лінія росту волосся на потилиці (57%)
- Висока «готичне» небо (56%)
- Низько посаджені вуха, деформація вушних раковин (46%)
- Безпліддя
- Рудиментарні яєчники (недорозвинені структури гонад, які згодом стають фіброзними)
- Аменорея, відсутність менструального циклу
- Збільшення ваги, ожиріння

- Скорочення метакарпальних і метатарзальних кісток і аплазія фаланг (46%)

- Маленькі нігті

- Специфічні риси обличчя

- Крилоподібні складки шкіри в області шиї (46%)

- Деформація ліктьових суглобів (36%),

- Множинні пігментні родимки (35%),

- Стеноз аортального клапана

- Коарктация аорти

- Двостулковий аортальний клапан (зазвичай тристулковий, найбільш поширена серцева проблема)

- Підвищений артеріальний тиск (17%)

- Подкововідная нирка

- Порушення зору

- Вушні інфекції та втрата слуху

- Високе співвідношення талії і стегон (стегна не набагато більше талії)

- Синдром дефіциту уваги і гіперактивності

- Невербальні труднощі в навчанні (проблеми з математикою, соціальними навичками і просторовими відносинами)

Інші особливості можуть включати невелику нижню щелепу (микрогнатия), м'які підняті нігті, ладонную складку і опущені повіки. Синдром Шерешевського-Тернера проявляється по-різному у кожної людини.

Відставання хворих з синдромом Шерешевського - Тернера у фізичному розвитку помітно вже з народження. Приблизно у 15% хворих затримка спостерігається в період статевого дозрівання. Для доношених новонароджених характерна мала довжина (42-48 см) і маса тіла (2500-2800 г і менше). Характерними ознаками синдрому Шерешевського - Тернера при народженні є надлишок шкіри на шиї і інші пороки розвитку, особливо кістково-суглобової і серцево-судинної систем, «обличчя сфінкса», лімфостаз (застій лімфи, клінічно що виявляється великими набряками). Для

новонародженого характерні загальне занепокоєння, порушення смоктального рефлексу, відрижка фонтаном, блювота. У ранньому віці у частини хворих відзначають затримку психічного та мовного розвитку, що свідчить про патологію розвитку нервової системи. Найхарактернішою ознакою є низькорослість. Зростання хворих не перевищує 135-145 см, маса тіла часто надлишкова.

Статеве недорозвинення при синдромі Шерешевського - Тернера відрізняється певним своєрідністю. Нерідкими ознаками є геродермія (патологічна атрофія шкіри, що нагадує старечу) і мошонкообразний великих статевих губ, висока промежину, малих статевих губ, дівочої клітора, воронкоподібний вхід у піхву. Молочні залози у більшості хворих не розвинені, соски низько розташовані. Вторинне оволошіння з'являється спонтанно і буває скудним. Матка. Статеві залози не розвинені і представлені зазвичай сполучною тканиною. При синдромі Тернера відзначається схильність до підвищення артеріального тиску у осіб молодого віку і до ожиріння з порушенням харчування тканин.

Інтелект у більшості хворих з синдромом Шерешевського - Тернера практично збережений, однак частота олігофренії все ж вище. Розумова відсталість у хворих даними синдромом зустрічаються частіше, ніж в популяції. У психічному статусі хворих з синдромом Шерешевського - Тернера головну роль грає своєрідний психічний інфантилізм з ейфорією при хорошій практичній пристосовності і соціальної адаптації. У багатьох хворих спостерігаються знижені пізнавальні інтереси, недостатність просторових уявлень, недорозвинення емоційно-вольової сфери відсутність творчих запитів.

**Фактори ризику.** Фактори ризику розвитку СШТ недостатньо вивчені. Відомо, що частота виникнення синдрому не пов'язана з віком матері, як при трисомії 21, 18 або 13. Деякі автори виявили назад пропорційну зв'язок між віком матері і ризиком розвитку СШТ Була припущена зв'язок між

батьківським алкоголізмом і виникненням моносоми Х-хромосоми у дитини, але подальші дослідження не підтвердили цю гіпотезу.

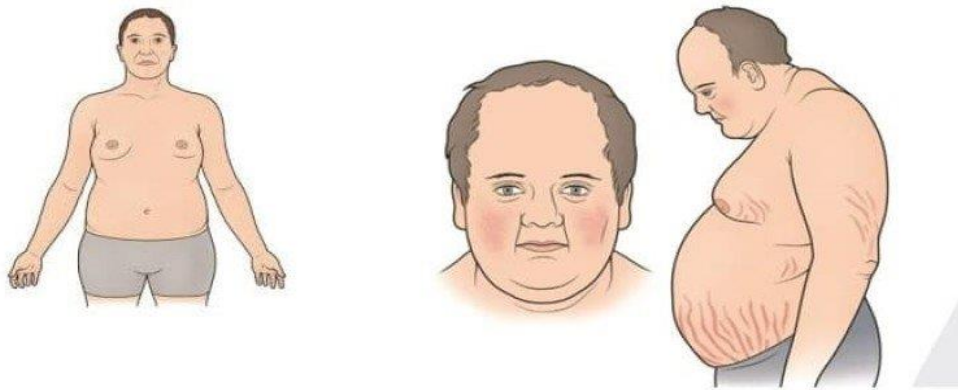
**Лікування.** На першому етапі терапія полягає в стимуляції росту тіла анаболічними стероїдами та іншими анаболічними препаратами. Лікування слід проводити мінімальними ефективними дозами анаболічних стероїдів з перервами при регулярному гінекологічному контролі. Головним видом терапії хворих є естрогенізація (призначення жіночих статевих гормонів), яку слід проводити з 14-16 років. Лікування призводить до фемінізації статури, розвитку жіночих вторинних статевих ознак, покращує трофіку (живлення) статевих шляхів, зменшує підвищену активність гіпоталамо-гіпофізарної системи (що заважає розвитку статевих органів). Лікування слід проводити протягом всього дітородного віку хворих.

Якщо за допомогою гормональної терапії вдається виростити до нормальних розмірів матку, то вагітність у таких хворих можлива за допомогою ЕКЗ з донорською яйцеклітиною. Випадки, де збереглися свої яйцеклітини, поодинокі.

Останнім часом для збільшення показників остаточного зростання проводиться терапія соматотропіном.

**Прогноз.** Прогноз для життя при синдромі Шерешевського - Тернера сприятливий, виняток становлять хворі з важкими вродженими вадами серця і великих судин і ниркової гіпертензією. Лікування жіночими статевими гормонами робить хворих здатними до сімейного життя, проте абсолютна більшість з них залишаються безплідними.

**Синдром Клайнфельдера.** Синдром Клайнфельтера (КС), також відомий як 47,XXY або ХХУ, це набір симптомів, які є результатом наявності двох або більше Ххромосоми у геномі чоловіків. Основною особливістю є стерильність. Часто симптоми можуть пробігати приховано і багато людей не підозрюють, що мають таку хворобу. Іноді симптоми більш помітні, часто проявляються як слабкість м'язів, високий зріст, погана координація, рідке оволошіння шкіри, малі статеві, збільшення молочних залоз, зменшення статевого потягу. Найчастіше симптоми помітні в пубертатному періоді (період статевого дозрівання). Інтелектуальний розвиток зазвичай нормальний, однак, можуть розвиватись труднощі при читанні та проблеми з мовленням. Симптоми, як правило, більш виражено проявляються, якщо генотип має три або більше Х-хромосом. Синдром описаний американським ендокринологом Гаррі Клайнфельтером.



Синдром Клайнфельтера проявляється випадково. Серед можливих ризиків є пізній вік матері. Хвороба не успадковується від батьків. Основний механізм розвитку хвороби — включення щонайменше однієї додаткової Х-хромосоми на додаток до Y-хромосом таким чином, що каріотип має в загальній складності 47 або хромосом звичайних 46. Синдром діагностується цитогенетичним дослідженням, із вивченням каріотипу .

**Поширення та етимологія.** Синдром Клайнфельтера є вкрай поширеною патологією і зустрічається в чоловічій популяції з частотою 0,2%. Таким чином, на кожні 500 новонароджених хлопчиків припадає 1 дитина з даною патологією (для порівняння: вроджена дисфункція кори надниркових залоз – 1 випадок на 10-25 тисяч новонароджених). Синдром Клайнфельтера є не тільки найчастішою формою чоловічого гіпогонадізму, безпліддя, еректильної дисфункції, гінекомастії, а й однією з найбільш поширених ендокринних патологій, посідаючи третє місце після цукрового діабету і захворювань щитовидної залози. Однак є підстави припускати, що приблизно у половини хворих протягом усього життя цей синдром залишається нерозпізнаним і такі пацієнти можуть спостерігатися у лікарів різних спеціальностей з ускладненнями, пов'язаними з відсутністю терапії основного захворювання, тобто проявів і наслідків гіпогонадізму. Порушення числа хромосом обумовлено їх нерозходженням або при поділі мейозу на ранній стадії розвитку зародкових клітин, або при мітотичного ділення клітин (поділ статевих клітин) на початкових етапах розвитку ембріона. Переважає патологія мейозу; в 2/3 випадків нерозходження має місце при материнському овогенезі і в 1/3 – при батьківському сперматогенезі. Фактором ризику виникнення синдрому Клайнфельтера є, мабуть, вік матері; зв'язок з віком батька не встановлена. На відміну від багатьох інших анеуплоїдій, синдром Клайнфельтера не підвищує ризик викидня і не є летальним фактором.

**Клінічні проявлення.** Синдром Клайнфельтера зазвичай клінічно проявляється лише після статевого дозрівання і тому діагностується відносно пізно. Але тим не менше при уважному підході на різних етапах статевого дозрівання можна запідозрити синдром Клайнфельтера, оскільки зовні такі пацієнти мають ряд характерних ознак.

До початку статевого розвитку вдається відзначити тільки окремі фізичні ознаки: довгі ноги, висока талія, високий зріст. Пік надбавки зростання припадає на період між 5-8 роками і середнє зростання дорослих пацієнтів становить приблизно 179,2 + 6,2 см .



До початку статевого дозрівання формуються характерні пропорції тіла: хворі часто виявляються вищими однолітків, але на відміну від типового евнохїдизму, розмах рук у них рідко перевищує довжину тіла, ноги помітно довше тулуба. Крім того, деякі діти з даними синдромом можуть зазнавати труднощів у навчанні і в вираженні своїх думок.

У деяких посібниках вказується, що у пацієнтів з синдромом Клайнфельтера відзначається кілька знижений обсяг яєчок до періоду статевого дозрівання. Це твердження є невірним, оскільки до періоду статевого дозрівання обсяг яєчок у всіх хлопчиків невеликою - менше 1 мл .

У підлітковому віці синдром найчастіше проявляється збільшенням грудних залоз, хоча в деяких випадках ця ознака може й не бути. Також необхідно відзначити, що у 60-75% підлітків пубертатного віку також відзначається збільшення грудних залоз - пубертатний гінекомастія, яка, однак, самостійно проходить протягом 2-х років, в той час як у пацієнтів з синдромом Клайнфельтера гінекомастія зберігається на все життя. Гінекомастія у пацієнтів з синдромом Клайнфельтера двостороння і, як правило, безболісна. Раніше вважалося, що при даному захворюванні існує високий ризик раку грудних залоз, однак, в дослідженні, проведеному в Данії і включало 696 хворих з синдромом Клайнфельтера , не спостерігалось збільшення ризику раку молочних залоз у порівнянні зі здоровими чоловіками.

Вважається, що типовим проявом синдрому Клайнфельтера є наявність маленьких щільних яєчок. Даний ознака є патогномонічним для даного захворювання, практично не зустрічається при інших формах гіпогонадізму, проте наголошується далеко не у всіх пацієнтів з даними синдромом. Таким чином, відсутність маленьких і щільних яєчок не виключає наявності синдрому Клайнфельтера.

***Можливість профілактики розвитку гінекомасті.*** Ранній початок застосування гормональної терапії дозволяє уникнути або значно зменшити прояви гінекомастії, тому починати терапію статевими гормонами варто відразу при встановленні діагнозу. Якщо гінекомастія вже розвинулася, то як

правило, вона має незворотний характер, і на відміну від пубертатної або вікової гинекомастии, не піддається медикаментозному лікуванню. У разі наявності у пацієнта дискомфорту, зумовленого гинекомастией, необхідне проведення хірургічної операції.

У постпубертатном періоді найбільш частою причиною звернення до лікаря пацієнтів з синдромом Клайнфельтера є безпліддя і порушення статевої функції. У 10% чоловіків з азооспермией виявляється синдром Клайнфельтера.

Практично в 100% випадків у пацієнтів з синдромом Клайнфельтера відзначається в тій чи іншій мірі вираженості андрогенний дефіцит . Андрогенний дефіцит розвивається, як правило, після настання статевого дозрівання, тому у 60% хворих статевий орган має нормальні розміри. Ступінь вірилізації хворих різко варіює, але в більшості випадків відзначається оволошіння лобка за жіночим типом, а також недостатній ріст волосся на обличчі. Після 25-річного віку приблизно 70% хворих скаржаться на ослаблення статевого потягу і потенції.

Через зниженою продукції андрогенів часто розвиваються остеопороз і м'язова слабкість . Нерідко спостерігаються ожиріння, порушення толерантності до глюкози і цукровий діабет 2-го типу. У чоловіків з синдромом Клайнфельтера частота аутоімунних захворювань значно вище в порівнянні зі здоровими. Є повідомлення про підвищену частоту розвитку ревматоїдного артрити, системного червоного вовчак та інших системних колагенозів, аутоімунних захворювань щитовидної залози.

***Інтелектуальні та поведінкові особливості.*** У деяких пацієнтів з синдромом Клайнфельтера знижений інтелект і обмежені вербальні і пізнавальні здібності. Коефіцієнт інтелекту (IQ) у таких пацієнтів широко варіює від значень нижче середнього до набагато перевищують середнє значення. Однак вербальний коефіцієнт зазвичай нижче пізнавального. Легка розумова відсталість при синдромі Клайнфельтера зустрічається в 25-50% випадків, але іноді буває і більше важка ступінь . Було відзначено, що

порушення фізичного і розумового розвитку пропорційні збільшенню числа X-хромосом в каріотипі, при цьому кожна додаткова X-хромосома асоційована зі зниженням IQ приблизно на 14 - 15 балів .

Кілька тривалих досліджень пацієнтів з синдромом Клайнфельтера (47, XXУ) показали наявність у них тенденції до дефіциту саме вербальних здібностей, що дуже часто викликає труднощі у вираженні власних думок, складанні складних граматичних конструкцій . Зазвичай перші труднощі хлопчики починають відчувати в шкільному віці, часто відстають від однолітків у навчанні, особливо з усних предметів. Фізичні та психологічні особливості призводять до відчуження таких хворих від однолітків. З цим, можливо, пов'язано прояв у окремих хворих кримінальних нахилів. Більшістю дослідників пацієнти з синдромом Клайнфельтера описуються як скромні, тихі, більш чутливі в порівнянні з однолітками.

**Гормональна терапія.** Оскільки більш ніж у 90% пацієнтів з синдромом Клайнфельтера відзначається гіпогонадізм, вони мають потребу в довічній замісній терапії препаратами тестостерону. Замісну терапію слід починати якомога раніше, щоб запобігти появі симптомів і наслідків андрогенної недостатності. Як показано, зокрема, Nielsen і співр. Рання замісна терапія тестостероном не тільки знімає такі симптоми, як анемія, остеопороз, м'язова слабкість і порушення статевої функції, а й сприяє соціальній адаптації хворих і їх інтеграції в суспільне життя. При синдромі Клайнфельтера краще використовувати препарати тестостерону тривалої дії.

Гормональна терапія усуває всі клінічні прояви гіпогонадізму, крім безпліддя і не призводить до зникнення гінекомастії. Якщо цей стан турбує хворого, можна вдаватися до мастектомії, виконуваної досвідченим фахівцем в клініці пластичної хірургії.

**Можливість мати сім'ю.** Раніше вважалося, що пацієнти з синдромом Клайнфельтера безплідні і можливості до розмноження у них немає. В даний час дана концепція переглянута, в зв'язку з впровадженням нових методів екстракорпорального запліднення (зокрема ІКСІ) і появою даних про

можливість присутності зародкових клітин в яєчках хворих з синдромом Клайнфельтера, що визначило спроби застосування при цьому методу штучного запліднення з забором генетичного матеріалу безпосередньо з яєчка. В окремих випадках сперматозоїди дійсно були отримані шляхом біопсії яєчка, причому навіть у пацієнтів з азооспермией. Отримані таким чином сперматозоїди були використані для запліднення яйцеклітин, що призвело до отримання потомства. При цьому описано народження здорових дітей, зачатих у такий спосіб. На даний момент можливе використання методики преимплантационної генетичної діагностики (ПГД) для вибору ембріонів з нормальним набором хромосом до ембріотрансфер

**Поради педагогам.** Такі діти потребують особливої уваги, адже через свою хворобу вони потребують захисту від оточуючих людей, особливо від однолітків. Такі діти зазвичай стають предметом булінгу у школі, через свій незвичний вид. Це можна вирішити проводячи бесіди з дітьми, дітям потрібно пояснити, що всі люди мають почуття та гідність, що треба ставитися до інших толерантно. Авжеж батькам такої дитини теж потрібна підтримка, для того щоб зробити такий дитині комфортну атмосферу потрібна тісна співпраця з батьками.

## СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

1. **Азооспермія**, повна відсутність сперматозоїдів в еякуляті.
2. **Аменорея** - відсутність менструацій у жінок.
3. **Андрогенний дефіцит** - у літніх людей зниження лібідо, статевої активності, рівня тестостерону ( клімакс).
4. **Генетичне захворювання** - збій спадкової інформації
5. **Гінекомастія** – захворювання, обумовлене патологією молочних залоз у чоловіків, яке проявляється збільшенням розміру однієї або обох залоз внаслідок гіпертрофії жирової тканини або безпосередньо тканини самої залози.

6. **Гіпогонадизм** — синдром, який характеризується гіпофункцією статевих залоз (гонад). Патологічні зміни спричинює зниження рівня вироблення статевих гормонів. Характерними ознаками гіпогонадизму є недорозвинення органів репродуктивної системи.

7. **Гонади** (статеві залози, репродуктивні залози) – органи тварин, які продукують статеві клітини – гамети. Жіночі гонади називаються яєчниками, чоловічі – семенниками. Гонади також володіють ендокринною активністю, виробляючи статеві гормони – андрогени і естрогени.

8. **Инфантілізм** - незрілість у розвитку, збереження в поведінці або фізичному вигляді рис, притаманних попереднім віковим етапам

9. **Каріотіп** — набір хромосом, специфічний для кожного виду організмів, характеризується певною кількістю хромосом та особливістю їхньої будови. Каріотипом іноді називають візуальне представлення повного хромосомного набору (каріограму).

10. **Коарктация аорти** - вроджене захворювання при якому аорта звужується.

11. **Моносомія** - одна хромосома (X0)

12. **Незарощення боталлова протока** - незарощення боталлова протоки є вроджений порок серця, який виникає, коли наявний в нормі у плода канал між легеневою артерією і аортою не закривається при народженні. Сімптоми часто відсутні, а підозри на діагноз виникають на підставі серцевого шуму, що виявляється лікарем при допомозі стетоскопа. Недоношенні новонароджені особливо схильні до незарощення боталлова протоки. У них більш висока ймовірність появи симптомів, включаючи утруднене дихання (особливо при годуванні) Лікування ібупрофеном або індометацином часто сприяє закриттю НБП, особливо у недоношених дітей. У разі невдачі медикаментозного лікування може бути виконано хірургічне втручання. У доношених новонароджених успішність медикаментозного лікування менш імовірна, особливо через більш старшого віку на момент встановлення діагнозу НБП у багатьох випадках. За

винятком розвитку відповідних симптомів, хірургічне лікування часто відкладається, оскільки у таких дітей НБП зазвичай закривається самостійно.

13. **Ниркова гіпертензія** - хронічна ниркова недостатність (ХНН) - порушення функції нирок, яке виникає через загибель нефронів (клітин нирок) і заміщення їх сполучною тканиною.

14. **«Обличчя сфінкса»** - своєрідне вираз обличчя, що характеризується слабкою мімікою, неможливістю морщити лоб, напіввідкритий рот, невелика відвисання нижньої губи;

15. **Остеопороз** - хронічне захворювання скелета.

16. **Рецесивніе** - гени які зазвичай не виявляються через придушення домінантними (сильнішими) генами.

17. **Рудіменти** - недорозвинені

18. **Синдром** (др. -греч. Συνδρομή «стечение, скопление»; от συν- «с-, со-» + дрóμος «бег, движение») — совокупность симптомов с общими этиологией и единым патогенезом.

19. **Соматропін** - гормон росту.

### Питання для самоперевірки:

1. Що таке синдром Шершевского-Тернера?
2. Назвіть етіологію синдрому Шершевского-Тернера?
3. Клінічні особливості синдрому Шершевского-Тернера?
4. Назвіть прогноз при синдромі Шершевского-Тернера.
5. Що таке синдром Клайнфельдера?
6. Назвіть інтелектуальні та поведінкові особливості при синдромі Клайнфельдера.
7. Чи є у хворих на синдром Клайнфельдера можливість мати сім'ю?
8. Що таке аменорея?
9. Що таке гінекомастія?
10. Що таке каріотип?

## **Примітка**

*Відставання хворих з синдромом Шерешевського - Тернера у фізичному розвитку помітно вже з народження. Приблизно у 15% хворих затримка спостерігається в період статевого дозрівання. Інтелект у більшості хворих з синдромом Шерешевського - Тернера практично збережений, однак частота олігофренії все ж вище. У багатьох хворих спостерігаються знижені пізнавальні інтереси, недостатність просторових уявлень, недорозвинення емоційно-вольової сфери відсутність творчих запитів.*

*Прогноз для життя при синдромі Шерешевського - Тернера сприятливий, виняток становлять хворі з важкими вродженими вадами серця і великих судин і ниркової гіпертензією . Лікування жіночими статевими гормонами робить хворих здатними до сімейного життя, проте абсолютна більшість з них залишаються безплідними.*

*Синдром Клайнфельтера зазвичай клінічно проявляється лише після статевого дозрівання і тому діагностується відносно пізно. Але тим не менше при уважному підході на різних етапах статевого дозрівання можна запідозрити синдром Клайнфельтера, оскільки зовні такі пацієнти мають ряд характерних ознак.*

*У деяких пацієнтів з синдромом Клайнфельтера знижений інтелект і обмежені вербальні і пізнавальні здібності. Такі діти потребують особливої уваги, адже через свою хворобу вони потребують захисту від оточуючих людей, особливо від однолітків. Це можна вирішити проводячи бесіди з дітьми, дітям потрібно пояснити, що всі люди мають почуття та гідність, що треба ставитися до інших толерантно. Авжеж батькам такої дитини теж потрібна підтримка, для того щоб зробити такій дитині комфортну атмосферу потрібна тісна співпраця з батьками.*

## **РОЗДІЛ III. СПІЛКУВАННЯ В ІНКЛЮЗІЇ. ДЕСЯТЬ ЗАГАЛЬНИХ ПРАВИЛ ЕТИКЕТУ У СПІЛКУВАННІ З ОСОБЛИВИМИ ДІТЬМИ**

У науково практичній літературі присвяченій питанням інклюзивної освіти практично відсутнє освітлення проблеми інклюзії в фізичній культурі. Необхідно відзначити, що в системі заходів соціального захисту особливих дітей найбільш ефективними є реабілітація та соціальна адаптація засобами фізичної культури (С.П. Євсєєв, 1998).

У осіб з відхиленнями в стані здоров'я фізична культура спрямована на розвиток основних фізичних якостей; підвищення функціональних можливостей організму; становлення, збереження і використання решти в наявності тілесно-рухових якостей особливої дитини; формування комплексу спеціальних знань. Крім даних позитивних впливів інклюзивні заняття з фізичної культури мають ще ряд переваг.

«Особливі» діти:

- отримують доступний приклад для рухового наслідування;
- формується здатність до подолання фізичних, і психологічних бар'єрів, що перешкоджають повноцінного життя;
- усвідомлюється необхідність свого особистого внеску в життя суспільства; - з'являється бажання покращувати свої фізичні кондиції.

### **3.1. Вимоги до викладача у роботі з особливими дітьми**

«Інклюзивна» освіта - це визнання цінності відмінностей всіх дітей і їх здатності до навчання, яке ведеться у той спосіб, який найбільш підходить цій дитині. Це гнучка система, де враховують потреби всіх дітей, не тільки з проблемами розвитку, але і різних етнічних груп, статі, віку, приналежності до тієї чи іншої соціальної групи. Система навчання підлаштовується під дитину, а не дитина під систему. Переваги отримують всі діти, а не якісь особливі групи, часто використовуються нові підходи до навчання, застосовуються



варіативні освітні форми і методи навчання та виховання, діти з особливостями можуть перебувати в групі повне час або частково, навчаючись з підтримкою і за індивідуальним навчальним планом .

Робота в інклюзивну просторі висуває дуже високі вимоги до особистості педагога:

1. Потрібно усвідомлено сприймати те, що відбувається,
2. Бути дуже відповідальним,
3. Потрібно володіти знаннями із суміжних спеціальностей,
4. Потрібно бути завжди готовим обговорювати проблеми,
5. Володіти навичками вирішення конфліктів, які виникають неминуче, адже учасники процесу занадто різні,

6. Бути терплячим, гнучким, адаптивним, ініціативним і креативним,

7. У своїх освітніх програмах педагоги диференціюють різнорівневі вимоги до засвоєння змісту навчального матеріалу: базові і мінімально необхідні (знижені). Це дає можливість індивідуалізувати роботу з дітьми з особливостями розвитку.

8. У тих випадках, коли діти не засвоюють мінімально необхідний рівень знань, педагог самотійно визначає індивідуальну програму навчання.

9. Педагог вибирає цікаве, доступне, особистісно і практико-орієнтований зміст завдань, використовуючи різні посібники, технічні засоби для досягнення цілей

При створенні інклюзивного освітнього простору важливо і необхідно **дотримуватися наступних принципів:**

1. Індивідуального підходу.
2. Варіативної розвиваючого середовища.
3. Варіативної методичної бази навчання і виховання.
4. Модульної організації освітніх програм.
5. Самостійної активності дитини.
6. Оцінювати власний прогрес дитини, порівнювати знання і вміння дитини не щодо якоїсь усередненої норми, а оцінювати його власні зусилля.

## 7. Сімейно-орієнтованого супроводу.

### *Не менш важливо*

1. вести роботу з удосконалення матеріально-технічної бази закладу для створення умов інклюзивного навчання дітей з обмеженими можливостями здоров'я;
2. вести роботу по спеціальному (корекційного) навчання та підвищення кваліфікації педагогів освітніх установ;
3. можливо, ввести дистанційну форму навчання для дітей-інвалідів, які навчаються індивідуально вдома.



### **ВАЖЛИВО!**

**Десять загальних правил етикету у спілкуванні з особливими людьми.**

Ці правила використовуються працівниками громадських служб США. Вони складені К.Мейер, Національний Центр Доступності США.

1. Коли ви розмовляєте з інвалідом, звертайтеся безпосередньо до нього, а не до супроводжуючого або сурдоперекладача, які присутні при розмові.
2. Коли Вас знайомлять з інвалідом, цілком природно потиснути йому руку - навіть ті, кому важко рухати рукою, або хто користується протезом, цілком можуть потиснути руку - праву або ліву, що цілком допустимо.

3. Коли Ви зустрічаєтеся з людиною, яка погано або зовсім не бачить, обов'язково називайте себе і тих людей, які прийшли з Вами. Якщо у Вас спільна розмова в групі, не забувайте пояснити, до кого в даний момент Ви звертаєтеся і назвати себе.

4. Якщо Ви пропонуєте допомогу, чекайте, поки її приймуть, а потім питаєте, що і як робити. Якщо Ви не зрозуміли, не соромтеся - перепитаєте.

5. Звертайтеся з дорослими інвалідами як з дорослими. Називати людей на ім'я або «на ти» можна, тільки якщо ви добре знайомі.

6. Спіратися або повиснути на чийсь інвалідному візку - те ж саме, що спиратися або повиснути на її володаря. Інвалідний візок - це частина недоторканного простору людини, який її використовує.

7. Розмовляючи з людиною, що зазнають труднощі в спілкуванні, слухайте його уважно. Будьте терплячі, чекайте, поки він сам закінчить фразу. Чи не виправляйте і не договорюйте за нього. Ніколи не вдавайте, що ви зрозуміли, якщо насправді це не так.

8. Коли Ви говорите з людиною, яка користується інвалідним візком або милицями, розташуйтеся так, щоб ваші і його очі були на одному рівні. Вам буде легше розмовляти, а вашому співрозмовнику не знадобиться закидати голову.

9. Щоб привернути увагу людини, яка погано чує, помахайте йому рукою або поплескайте по плечу. Дивіться йому прямо в очі і говорите чітко, хоча майте на увазі, що не всі люди, які поганочують, можуть читати по губах. Розмовляючи з тими, хто може читати по губах, розташуйтеся так, щоб на вас падало світло, і Вас було добре видно, постарайтеся, щоб Вам нічого (їжа, сигарети, руки) не заважало.

10. Чи не дивуйтеся, якщо випадково сказали: «Побачимось» або: «Ви чули про це ...?» тому, хто насправді не може бачити або чути.

**Люди, які відчують труднощі при пересуванні.** Не думайте, що необхідність користуватися інвалідним візком - це трагедія. Це спосіб більш вільного (якщо немає бар'єрів) пересування. Є люди, які не втратили здатності ходити і можуть пересуватися за допомогою милиць, тростини і т.п., але використовують коляску для економії сил і того, щоб швидше пересуватися. Якщо Ваша пропозиція про допомогу прийнято, запитайте, що потрібно робити, і чітко дотримуйтеся інструкцій.

Якщо вам дозволили котити коляску, спочатку котите її повільно. Коляска швидко набирає швидкість, і несподіваний поштовх може привести до втрати рівноваги.

Завжди особисто переконайтеся в доступності місць, де заплановані заходи. Заздалегідь поцікавтеся, які можуть виникнути проблеми або бар'єри, і як їх можна усунути.

Якщо існують архітектурні бар'єри, попередьте про них, щоб людина заздалегідь мав можливість приймати рішення. Якщо ваш офіс, магазин або банк обладнаний пандусом, що не закривайте його і не забувайте чистити на ньому сніг і колоти лід взимку.

Якщо Ви готуєте зустріч, в якій беруть участь люди, які мають труднощі в пересуванні, потурбуйтеся про те, щоб там, де є бар'єри (ступені, двері, пороги та ін.) Були люди, готові допомогти. Подбайте про те, щоб людина, що використовує коляску, міг дотягнутися до потрібних йому речей.

Якщо можливо, розташуйтеся так, щоб ваші обличчя були на одному рівні. Уникайте положення, при якому Вашому співрозмовнику потрібно закидати голову.

**Люди з поганим зором і незрячі.** Порушення зору має багато ступенів. Повністю незрячих людей усього близько 10%, решта люди мають залишковий зір, можуть розрізняти світло і тінь, іноді колір і обриси предмета. У одних слабке периферичний зір, в інших - слабке пряме при хорошому периферичному. Все це можна з'ясувати і враховувати при спілкуванні.

Завжди з'ясовуйте, в якому вигляді людина хоче отримати інформацію: шрифт «за Брайлем», великий шрифт (16-18), дискета, аудіокасета. Якщо у вас немає можливості перевести інформацію в потрібний формат, віддайте її в тому вигляді, в якому вона є - це все одно краще, ніж нічого.

Якщо Ви збираєтеся читати незрячій людині, спочатку попередьте про це. Говоріть нормальним голосом. Чи не пропускайте інформацію, якщо Вас про це не попросять.

Якщо це важливий лист або документ, не потрібно для переконливості давати його помацати. При цьому не замінійте читання переказом. Коли незряча людина має підписати документ, прочитайте його обов'язково. Інвалідність не звільняє людину від відповідальності, обумовленої документом.

Пропонуючи свою допомогу при пересуванні, направляйте людини, йдіть так, як Ви зазвичай ходите. Не потрібно хапати незрячої людини за руку - вона допомагає йому зберігати рівновагу.

Не ображайтеся, якщо Вашу допомогу відхилили.

Опишіть коротко, де Ви перебуваєте. Наприклад: «У центрі залу, приблизно за шість кроків від Вас, стоїть стіл». Або: «Зліва від дверей, як заходиш, - кавовий столик». Попереджайте про перешкоди: ступенях, калюжах, ямах, низьких одвірок, трубах і т.п. Зверніть увагу на наявність предметів, що б'ються.

Використовуйте, якщо це доречно, фрази, що характеризують звук, запах, відстань. Врахуйте, проте, що не всім це подобається. Діліться побаченим. "

Звертайтеся з собаками-поводирями не так, як зі звичайними тваринами. Чи не командуєте і не грайте з собакою-поводирем.

Не забирайте і не стискувати тростину людини.

Завжди звертайтеся безпосередньо до людини, навіть якщо він Вас не бачить, а не до його зрячому компаньйонові.

Завжди називайте себе і уявляйте інших співрозмовників, а також інших присутніх. Якщо Ви хочете потиснути руку, скажіть про це.

Коли Ви пропонуєте незрячій людині сісти, чи не усаджуйте його, а направте його руку на спинку стільця або підлокітник. Якщо ви знайомите його з незнайомим предметом, не сідайте за поверхнею його руку, а дайте йому можливість вільно помацати предмет. Якщо Вас попросили допомогти взяти якийсь предмет, не слід тягти кисть незрячої людини до предмету і брати його рукою цей предмет.

За столом: якщо ви пропонуєте незрячій людині нове блюдо (або кілька закусок на одній тарілці), можна пояснити йому, що де знаходиться, використовуючи принцип циферблату. Наприклад: «на 12 - шматок сиру, на 3 - салат, на 6 - хліб».

Коли Ви спілкуєтеся з групою незрячих людей, не забудьте щоразу називати того, до кого Ви звертаєтеся.

Не змушуйте Вашого співрозмовника віщати в порожнечу: якщо Ви переміщується, попередьте його.

Цілком нормально вживати вираз «дивитися». Для незрячої людини це означає «бачити руками», відчувати.

Уникайте розпливчастих визначень, описів та інструкцій, які зазвичай супроводжуються жестами, виразів на кшталт: «стакан знаходиться десь там на столі, це поблизу від вас ...». Намагайтеся бути точним: «Склянка посередині столу», «Стілець праворуч від вас».

Намагайтеся передати словами те, що часто виражається мімікою і жестами - не забувайте, що звичний жест «там ...» незряча людина не зрозуміє.

Якщо Ви помітили, що незряча людина збився з маршруту, не керуйте його рухом на відстані, підійдіть і допоможіть вибратися на потрібний шлях.

При спуску або підйомі по сходинках ведіть незрячого перпендикулярно до них. Пересуваючись, не робіть ривків, різких рухів. При супроводі незрячої людини не закладайте руки назад - це незручно.

**Люди з порушенням слуху.** Абсолютно нечуючих людей дуже мало. Ступінь чутності варіюється - часто люди чують окремі частоти, багато хто сприймає певний тембр. Слабкий слух - це велика проблема для спілкування, але знайти способи ефективного спілкування можна.

Починаючи розмову, залучіть увагу свого співрозмовника. Якщо його слух дозволяє, назвіть його по імені, якщо немає - злегка покладіть йому руку на плече або поплескайте - але не різко.

Якщо вам потрібно привернути увагу групи людей з вадами слуху людей, включіть і вимкніть світло, витримуючи паузу. Однак швидке миготіння світла буде асоціюватися з небезпекою.

Існує кілька типів та ступенів глухоти. Відповідно існує багато способів спілкування з людьми, які погано чують. Якщо Ви не знаєте, який вважати за краще, запитайте.

Розмовляючи з людиною, у якого поганий слух, дивіться на нього. Чи не затемняйте своє обличчя і не закривайте його руками, волоссям або якимись предметами. Ваш співрозмовник повинен мати можливість стежити за виразом вашого обличчя.

Деякі люди можуть чути, але сприймають окремі звуки неправильно. В цьому випадку говорите трохи голосніше і чітко, підбираючи відповідний рівень.

В іншому випадку знадобиться лише знизити висоту голосу, так як людина втратила здатність сприймати високі частоти.

Говоріть ясно і рівно. Не потрібно надмірно підкреслювати щось. Кричати, особливо в вухо, теж не треба.

Якщо Вас просять повторити щось, спробуйте перефразувати свою пропозицію. Використовуйте жести.

Переконайтеся, що Вас зрозуміли. Не соромтеся запитати, чи зрозумів Вас співрозмовник.

Якщо Ви не зрозуміли, попросіть його повторити або записати те, що він хотів сказати. Але уникайте при цьому навіть натяку на поблажливість.

Якщо Ви повідомляєте інформацію, яка включає в себе номер, технічний або інший складний термін, адресу, напишіть її, повідомте по факсу або електронною поштою або будь-яким іншим способом, але так, щоб вона була точно зрозуміла.

Якщо існують труднощі при усному спілкуванні, запитайте, чи не буде простіше листуватися. Не кажіть: «Гаразд, це не має значення ...» Повідомлення повинні бути простими.

Не забувайте про середовище, яка Вас оточує. У великих або багатолюдних приміщеннях важко спілкуватися з людьми, які поганочують. Яскраве сонце або тінь теж можуть бути бар'єрами.

Не міняйте тему розмови без попередження. Використовуйте перехідні фрази на кшталт: «Добре, тепер нам потрібно обговорити ...»

Дуже часто глухі люди використовують мову жестів. Якщо ви спілкуєтеся через перекладача, не забудьте, що звертатися треба безпосередньо до співрозмовника, а не до перекладача.

Не всі люди, які поганочують, можуть читати по губах. Вам краще запитати про це при першій зустрічі. Якщо Ваш співрозмовник володіє цією навичкою, потрібно дотримуватися кількох важливих правил.

#### **Пам'ятайте:**

1. з десяти слів добре прочитуються лише три;
2. Необхідно дивитися в обличчя співрозмовника і говорити ясно і повільно, використовувати прості фрази і уникати несуттєвих слів. Не намагайтеся перебільшено чітко вимовляти слова -це змінює артикуляцію і створює додаткові труднощі.
3. Необхідно використовувати вираз обличчя, жести, рухи тіла, якщо хочете підкреслити або прояснити сенс сказаного.

**Перекладач:** необхідність в його участі залежить від ситуації і людей, залучених в спілкування.

#### **Участь перекладача дозволяє:**

1. Підвищити якість спілкування і уникнути нерозуміння; -



2. Уникнути непорозумінь і невдоволення при розмові;
3. Економити час;
4. Учасники розмови вільніше і багато висловлюють свої думки.

***Кілька порад при роботі з перекладачем:***

1. Завдання перекладача - полегшити спілкування. Звертайтеся при розмові безпосередньо до не чує співрозмовника, а не до його перекладачеві. Не кажіть: «Запитай його ..», «Скажи їй ...».

2. Дотримуючись своєї професійної етики, перекладач повинен перекладати всі, в тому числі не пов'язані з вашої бесіди, наприклад, коментарі та сторонні телефонні розмови, і Вам не бажано просити перекладача не робити цього.

**Люди з проблемами мови.** Труднощі в мові можуть бути самими різними - слабкий голос, утруднена мова, афазія, при якій людина не може у вимові окремих слів.

***Головне, будьте терплячі,*** розмовляючи з людиною, що має такі проблеми.

Не ігноруйте людини, якій важко говорити.

Не намагайтеся прискорити розмову. Будьте готові до того, що розмова з таким співрозмовником забере у вас більше часу. Чи не перебивайте і не поправляйте співрозмовника. Якщо ви поспішаєте, краще, вибачившись, домовтеся про інше, більш вільний час.

Дивіться в обличчя співрозмовнику, підтримуйте візуальний контакт.

Не думайте, що утруднення в мові - показник низького рівня інтелекту людини.

Намагайтеся задавати такі питання, які вимагають коротких відповідей або кивка. Не вдавайте, якщо не зрозуміли, що Вам сказали. Повторіть те, як Ви зрозуміли, і реакція співрозмовника Вам допоможе.

Не соромтеся перепитати те, що не зрозуміли. Якщо Вам знову не вдалося зрозуміти, попросіть вимовити слово в більш повільному темпі, можливо, по буквах.

Не забувайте, що людині з порушеною промовою теж потрібно висловитися. Чи не перебивайте його і не придушуйте. Чи не квапте говорити.

Не думайте, що людина, що зазнає труднощі в мові, не може зрозуміти Вас.

Якщо у Вас виникають проблеми в спілкуванні, запитайте, чи не хоче Ваш співрозмовник використовувати інший спосіб - написати, надрукувати. Запропонуйте інші способи спілкування - можна використовувати записки, комп'ютер, «голосову машину».

**Люди з затримкою в розвитку.** Люди з затримкою в розвитку навчаються новим навичкам і сприймають нову інформацію довше, ніж середньостатистичні люди. Однак все це досить умовно і залежить від багатьох факторів, зокрема виховання, місцевих традицій. Дуже часто «розумово відсталими» помилково називають людей, які мають порушення мовлення, слуху і не можуть сприймати інформацію, як інші.

Використовуйте доступну мову, висловлюйтесь точно і по справі. Якщо вам потрібно пояснити складну річ, «розбийте» її на частини.

Уникайте словесних штампів і образних виразів, якщо ви не впевнені в тому, що Ваш співрозмовник з ними знайомий. Уникайте сарказму і натяків.

Говорячи про завдання або проект, розповідайте все «по кроках». Дайте Вашому співрозмовнику можливість обіграти кожен крок після пояснення. Якщо необхідно, використовуйте ілюстрації або фотографії. Будьте готові повторити кілька разів. Не здавайтесь, якщо Вас з першого разу не зрозуміли.

Виходите з того, що доросла людина з затримкою в розвитку має досвід, як і будь-яка доросла людина. Звертайтеся з ним, як з дорослим і обговорюйте з ними те, про що ви зазвичай говорите з іншими людьми - останні новини, погода, плани на вихідні дні тощо.

Пам'ятайте, що люди з затримкою в розвитку дієздатні і можуть підписувати документи, контракти, голосувати, давати згоду на медичну допомогу і т.д.

Деякі люди з затримкою в розвитку прагнуть догодити співрозмовнику і говорити те, що, як їм здається, від них хочуть почути. Тому, щоб домогтися достовірної інформації, задавайте питання на цікаву для вас тему кілька разів, дещо перефразовуючи їх.

**Люди з проблемами в навчанні.** Така форма інвалідності прихована. Люди, які мають такі проблеми, зазнають труднощів із запам'ятовуванням і витягом з пам'яті інформації, але не з самим розумовим процесом. Досить часто такі люди мають дуже високий рівень інтелекту. Порушення пам'яті зустрічаються досить часто і дуже різноманітні. З ними пов'язані функціональні обмеження слуху, мови, академічних здібностей, уваги, організованості, координації, сприйняття та інтеграції інформації, гнучкості мислення та ін. Відповідно, люди, виявляють різні ознаки, пов'язані з порушенням пам'яті:

1. Проблеми зі сприйняттям тексту (дизлексії);
2. Нездатність до ручної праці,
3. Нездатність сприймати інформацію на слух (або візуально);
4. Прямолінійний, що не гнучке сприйняття.

Коли Ви розумієте, що людина не сприймає інформацію в якомусь вигляді, запропонуйте інший (якщо людина не може читати, поясніть йому на словах, якщо не сприймає на слух - запишіть і т.д.). Якщо важко - запитайте. Будьте чесним зі своїм співрозмовником.

**Люди з психіатричними проблемами.** Психічні порушення - не те ж саме, що затримка в розвитку. Люди з психічними проблемами можуть відчувати емоційні розлади або збентеження, що ускладнюють їхнє життя. У них може бути свій особливий, мінливий погляд на світ.

Не треба думати, що люди з психічними порушеннями обов'язково потребують додаткової допомоги та спеціального зверненні.

Звертайтеся з людьми з психічними порушеннями як з особистостями. Не потрібно робити передчасних висновків на підставі досвіду спілкування з іншими людьми з такою ж формою інвалідності. Не слід думати, що люди з

психічними порушеннями більше за інших схильні до насильства. Це міф. Якщо Ви доброзичливі, вони будуть відчувати себе спокійно.

Невірно, що люди з психічними порушеннями завжди приймають або повинні приймати ліки.

Невірно, що люди з психічними порушеннями не можуть підписувати документи або давати згоду на лікування. Вони, як правило, визнаються дієздатними.

Невірно, що люди з психічними порушеннями мають проблеми в розумінні або нижче за рівнем інтелекту, ніж більшість людей.

Невірно, що люди з психічними порушеннями не здатні працювати. Вони можуть виконувати безліч обов'язків, які вимагають певних навичок і здібностей.

Не думайте, що люди з психічними порушеннями не знають, що для них добре, а що-погано.

Якщо людина, що має психічні порушення, засмучений або починає відчувати стрес, запитайте його спокійно, що Ви можете зробити, щоб допомогти йому. Можливо, потрібно буде зв'язатися з кет-то з його близьких.

Не кажіть різко з людиною, що має психічні порушення.

**Люди з гіперкінезами (спастикою).** Гіперкінези - мимовільні рухи тіла або кінцівок, які зазвичай властиві людям з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) і можуть виникати також у людей з пошкодженням спинного мозку.

Якщо ви бачите людину з гіперкінезами, не слід явно звертати свою увагу на його руху.

При розмові не відволікайтеся на мимовільні рухи Вашого співрозмовника, тому що мимоволі можете пропустити щось важливе.

Пропонуйте допомогу ненав'язливо, не привертаючи загальної уваги.

Перед тим, як сісти за стіл з людиною, яка не може керувати своїми руками, поцікавтеся, яка сервіровка йому зручна. Йому може знадобитися соломинка, глибока або, навпаки, дрібна тарілка, низька або висока чашка і так далі.

Якщо в магазині людина, яка не може керувати руками, попросив Вас дістати його гаманець і розплатитися або покласти покупки йому в сумку, не бійтеся виконати це прохання. При цьому не потрібно розплачуватися за нього. Те ж саме, якщо Вас попросили набрати телефонний номер - при цьому зовсім необов'язково вставляти в апарат свою телефонну карту.

При вході в автобус (тролейбус, трамвай), перш ніж запропонувати свою допомогу, запитайте, чи потрібна вона - деяким допомогу сторонніх тільки заважає.

Не бійтеся суперечити людині з гіперкінезами, боячись його розхвилювати. Позиція «тільки не хвилюйся», «добре», призведе до втрати часу і нервів. Спокійно висловлюйте свої аргументи, навіть якщо бачите, що Ваш співрозмовник нервує.

**Люди маленького зросту.** Існує близько 200 причин, які призводять до порушень росту людини Дуже часто людей маленького росту недооцінюють, сприймаючи, як дітей.

Переконайтеся, що людина може дістати необхідні предмети і використовувати обладнання, наприклад, телефон і т.д.

Розмовляючи з людиною маленького росту, постарайтеся розташуватися так, щоб ваші обличчя були на одному рівні - можна сісти на стілець, навпочіпки, нахилитися.

**ВІЛ-інфіковані люди.** У людей, що мають СНІД, вражена імунна система, тому їх організму важче боротися з інфекціями.

Не бійтеся заразитися СНІДом від дотику. Тому ви цілком можете подати руку віл-інфікованій людині.

ВІЛ-інфіційованній людина може дуже легко підхопити будь-яку інфекцію, тому якщо ви відчуваєте, що захворієте, не піддавайте його ризику. Тому Ви повинні обов'язково попередити про це.

Якщо ви ставитеся до віл-інфікованій людині без забобонів, дайте йому зрозуміти, що ви приймаєте і цінуєте його.

### 3.2. Види інклюзії

В ідеалі, найменш обмежена альтернатива - це повна інклюзія в системі масової освіти, коли особлива дитина навчається на одному рівні з нормативно розвиваючимися однолітками, по загальній шкільній програмі.

«Повна інклюзія» - відвідування дитиною з обмеженими можливостями здоров'я вікової групи в режимі повного дня самостійно або з супроводом. Дитина займається на всіх заняттях спільно з однолітками. При цьому вибираються завдання різного рівня складності, додаткові ігри та вправи.

Але, на жаль, є і такі що зазнають труднощів та потребують спеціалізованої допомоги. Для таких дітей існують інші види інклюзії:

«Часткова інклюзія» передбачає включення дитини в режимі половини дня або неповного тижня, наприклад, коли дитина знаходиться в групі однолітків, освоюючи безпосередньо навчальний матеріал в результаті індивідуальної роботи, але бере участь у заняттях з образотворчої діяльності, фізичної культури, музики та інших. Разом з іншими дітьми.

«Точкова інклюзія», коли дитина включається в колектив однолітків лише на святах, короткочасно в іграх або на прогулянці.

## ДОДАТКИ

Приведено приклади декількох індивідуальних планів у допомогу вчителям для подальшої роботи з особливими дітьми. Індивідуальний план розробляється вчителем або тренером з урахуванням всіх можливих залучень даної дитини, та подальшим прогнозуванням на певний період, але може редагуватися в процесі. Індивідуальний план обговорюється та сумісно затверджується з фахівцями закладу.

### Індивідуальний план роботи №1

#### Характеристика індивідуальних особливостей розвитку дитини.

Загальні дані	
Іванов Іван	<i>Діагноз:</i> не різко виражене загальне недорозвинення мови, церебрастенічний синдром - проявляється у вигляді підвищеної нервово-психічного виснаження, емоційної нестійкості, у вигляді порушень функції активної уваги та пам'яті. В поєднанні з гіперзбудливістю.
Стать	Чол.
Дата народження, вік	25.12.2011
Зріст	127 см
Вага	28 кг
Соціальний статус дитини	
Проживає разом з	Мама, бабуся
Склад сім'ї	неповний
Мікроклімат сім'ї	сприятливий
Додаткова інформація	
<b>1. Соціально-побудові навички та орієнтування:</b>	

культурно-гігієнічні навички відповідають віку, дитина вміє тримати ложку та самостійно їсть нею, п'є з чашки, самостійно одягається і роздягається.

**2. Особливості ігрової, конструктивної, вибіркової діяльності дитини:**

дитина з радістю приймає участь в іграх, але постійно потребує уваги та стимулювання з боку вчителя. Цікавість до занять проявляє, але в процесі заняття темп діяльності знижується знаходиться на середньому рівні, хаотичний, стійкості в досягненні цілі не проявляє.

**3. Засвоєння програми :**

Дитина справляється з логічними завданнями, разом з тим було відзначено нестійкість активної уваги, підвищена стомлюваність і виснаженість, короткий період концентрації уваги, легко відволікається, відчуває труднощі при виконанні серії рухів. Підвищенна рухова розгальмованість.

**4. Емоційно-поведінкові особливості дитини:**

контакт дитини з дорослими позитивний. Відмічається збереження емоцій. Присутні агресивні та істеричні реакції, як відмова від діяльності.

**5. Участь батьків у вихованні і розвитку дитини:**

дитина виховується в неповній сім'ї. Бабуся приймає активну участь в вихованні та розвитку дитини, прислуховується до порад фахівців.

**Прогноз на навчальний рік:** фізичний розвиток дитини спрямований на досконалість функцій організму що формується ,а також відпрацювання основних рухів та різнобічних рухових навичок. Удосконалення дрібної моторики, розвиток візуально – рухової координації, та правильного «мовного» дихання. Підвищити період концентрації уваги, знизити рівень агресивних та істеричних реакції на різного плану діяльності. А також покращити всі фізичні якості (витривалість, спритність, гнучкість, силу, координацію) з урахуванням віку.

**Залучення.** Якщо Іван не може вимовити ,або не може говорити в силу своїх психічно-емоційних можливостей, і в нього виникають проблеми в



спілкуванні, можна запропонувати йому інші види – написати, або намалювати. При виконанні вправ давати перепочити, якщо він цього потребує, і знову залучати та зоохочувати для спільного виконання з класом.

**Нормативні фізичні данні здорової та особливої дитини у порівнянні.**

Нормативні данні ЗСО для 2-3 кл.			Показники особливої дитини	
№	найменування	середня норма	вихідні	заклучні
2.	Біг 30 (м)	6,7с	9,3с	8.5с
3.	Човниковий біг 4x9 (с)	11.1с	12.4с	11.9с
4.	Стрибки в довжину з місця (см)	80см	68см	75см
5.	Стрибки зі скакалкою (р)	70р	25р	40р
6.	Підтягування на перекладенні (р)	3р	0р	1р
7.	Підйом тулуба з положення лежачи на спині (р, за хв)	23р	15р	19р
8.	Нахил тулуба вперед з положення сидячи (см)	8см	6см	8см
9.	Віджимання (р)	7р	1р	3р
10.	Метання тенісного м'яча (м)	9м	2м	3м

**Перелік рекомендованих ігор та вправ :**

1. Ігри та вправи на розвиток уваги (слухової, зорової): «Будь уважним-заборонений рух», «Чотири стихії», «Слухай оплески»;

2. Ігри та вправи на розвиток пам'яті: «Запам'ятай своє місце», «Всі до своїх прапорців», «Слухай та виконуй»;
3. Ігри та вправи на розвиток координації та тонкої ручної моторики: «Ланцюжок», «Добрий день пальчики», «Пальчики граються»; пальчикові ігри з мовним супроводом «Зарядка», «Ми у двір пішли гуляти»;
4. Ігровий масаж кистів рук та пальців, що надає загальнозміцнюючий вплив на організм дитини «Долоньки», «Пальчики»;
5. Вправи з різними предметами та спортивним інвентарем (м'яч, палиця, обруч, гантелі, карандаші, прищепки тощо)
6. Заняття фонетичної ритміки: вчитель показує дитині, як ритмічно і красиво рухатись під музику, так і без неї, вміти поєднувати систему рухів з музикою в різному темпі, прагнути до природності і розкутості рухів;
7. Дихальні вправи (використовуючи різноманітні методики);
8. Вправи на розслаблення м'язів;
9. Заняття ЛФК з урахуванням можливостей і особливості дитини (2рази в тиждень).

**Примітка** : вчитель не працює окремо з дітьми з особливим освітніми потребам, а залучає особливих дітей до загальної роботи в класі, а також вчитель може змінювати індивідуальний план кожного семестру, або навіть кожного місяця, з урахуванням результативності з боку дитини.

**Висновки:** рухове розгальмування менш виражене, концентрація уваги піднялася, спостерігається явна прогресія в самоконтролі, при взаємодії з учнями та вчителем відмічається взаємозрозуміння та бажання перемогти в іграх, що символізує стимул для досягнення цілі. Значно зменшився рівень агресивних та істеричних реакції, приймає активну участь у заняттях. Покращилась фізична форма. Взагалом можна відмітити позитивні зрушення.

## Індивідуальний план роботи №2

### Характеристика індивідуальних особливостей розвитку дитини.

Загальні дані	
Михайленко Марія	<i>Діагноз:</i> аутичний розлад, внаслідок порушень розвитку головного мозку.
Стать	Жін.
Дата народження, вік	17.07.2012
Зріст	131 см
Вага	22 кг
Соціальний статус дитини	
Проживає разом з	Мама, тато, сестра, братик, бабуся
Склад сім'ї	повна
Мікроклімат сім'ї	Сприятливий, багатодітна сім'я
Додаткова інформація	
<b>1. Соціально-побудові навички та орієнтування:</b> культурно-гігієнічні навички не відповідають віку, дитина вміє тримати ложку але їсть дуже повільно, часто із допомогою родини, п'є з чашки, склянки самостійно, одягається і роздягається частково, також з допомогою родини.	
<b>2. Особливості ігрової, конструктивної, вибіркової діяльності дитини:</b> дитина не приймає участь в іграх, його не цікавить не вчитель, не діти, більшу частину часу проводить окремо від колективу. Цікавість до занять мало проявляє, надмірна і безцільна активність, що приводить до низької діяльності на заняті. Обмеженні інтереси.	
<b>3. Засвоєння програми :</b> Дитина не справляється з логічними завданнями, повне нерозуміння того, що відбувається, дуже короткий період концентрації уваги, або взагалі її	

відсутність, легко відволікається, відчуває труднощі при виконанні будь-яких вправ. Підвищенна рухова розгальмованість.

**4. Емоційно-поведінкові особливості дитини:**

Нестриманість, імпульсивність, конфліктність, непосидючість. Дефіцит соціальної взаємодії. Прояв стереотипічних рухів, пов'язаних з труднощами самоконтролю (розхитування, махання руками, кружляння на одному місці).

**5. Участь батьків у вихованні і розвитку дитини:**

дитина виховується в повній, багатодітній сім'ї. Родина дружна, турботлива. Марійці допомагає вся родина. Батьки приймають активну участь в вихованні та розвитку дівчинки, та прислуховується до порад фахівців.

**Прогноз на навчальний рік:** розвинути здібності до імітації (наслідування), стимулювати дитину до виконання різних інструкцій, формувати навички довільної організації дитиною рухів власним тілом, виховувати комунікативні навички та взаємодію з однолітками. Також за допомогою ЛФК та правильно підібраних вправ можна навчити дитину самостійно виконувати певні дії без сторонньої допомоги. Формування правильної постави, корекція та профілактика плоскостопості, розвиток орієнтування в просторі, розвиток рухової реакції в іграх. Розвиток тонкої ручної моторики. Вміння самостійно одягатися, виконувати вправи та вказівки вчителя. Покращити показники фізичних якостей (витривалість, спритність, гнучкість, силу, координацію) з урахуванням віку та можливостей Марії.

**Залучення.** Марія у якої розлади аутичного спектру потрібен спокій в класі, де було б менше дітей, і вони були б спокійніші, дитина включається в роботу після певного особливого для неї ритуалу (розкладає інвентар так, як їй це подобається), діти знають про це ніхто не заважає. Дитина сама вибирає собі партнера для спільних вправ. Робота продовжується. Марію потрібно

стимулювати і заохочувати до роботи за допомогою похвали та музики, яку вона обожнює.

**Нормативні фізичні данні здорової та особливої дитини у порівнянні.**

Нормативні данні ЗСО для 1-2кл.			Показники особливої дитини	
№	найменування	середня норма	вихідні	заключні
2.	Біг 30 (м)	6,7 с	-	без урахування часу
3.	Човниковий біг 4х9 (с)	12.1	-	без урахування часу
4.	Стрибки в довжину з місця (см)	60	-	30 см
5.	Стрибки зі скакалкою (вміння)	10 р	-	2-3 р
6.	Підкидання м'яча правою, лівою рукою (вміння)	8-10 р	-	1-2 р
7.	Різновиди ходьби (вміння )	Чітке виконання	-	самостійне виконання певних дії
8.	Нахил тулуба вперед з положення сидячи (см)	8 см	-	5см
9.	Віджимання (р)	7 р	1р	3 р
10.	Метання тенісного м'яча (м)	8м	5 м	7 м

## **Перелік рекомендованих ігор та вправ :**

1. Активні та пасивні ігри: «Біг за прапорцями», «Заборонений рух», «Річка-берег», «Істинне, не істинне», «М'яч до гори», «Зайчики-стрибайчики», «У лісочку-у гайочку».

2. Ігри з ведучим соціальним компонентом: «Розмова через скло», «Скажіть комплемент», «Іншими очима», «Ситуації».

3. Методика м'язової релаксації по Джекобсону:

Мета - зняття психемоційного та фізичного напруження за рахунок перевтоми, створюваної швидкою та інтенсивною статичною м'язовою напругою.

Принцип: рахунок від одного до чотирьох супроводжується поступовою напругою відповідних м'язів. На рахунок «4» м'язи максимально напружені. Наступні «4» - утримання максимальної напруги в м'язах, спроби напружити ще сильніше. На рахунок «4» різко припинити напругу. Стадія прислуховування до відчуття теж під рахунок. Остання стадія – на рахунок «один, два, три, чотири» повинні виникнути образи розслаблення в м'язах. Це може бути манна каша, мед, варені макарони тощо.

4. Музично-ритмічні вправи: ходіння ритмічним кроком по-одиноці, в парі, по діагоналі, прямо, по колу. Ходіння навшпінках, на п'ятах, на внутрішньому та зовнішньому боці стопи тощо. Біг в повільному та легкому темпі.

5. Гімнастичні вправи: вправи для голови (повороти, нахили), рухи руками та плечами (піднімання, опускання), нахили тулуба (вперед, назад, ліворуч, праворуч), почергове піднімання ніг.

6. Рухи з предметами: (м'яч, обруч, палки гімнастичні, кубики, хустинки тощо). Повороти, нахили вперед назад, ліворуч, праворуч, піднімання, опускання, присідання.

7. Танцювальні рухи: прості танцювальні кроки, хода по колу під музику, оплески, притупування на місці та в русі, рухи руками, повертання долоні та кисті рук, підскоки, тощо.

8. Рухливі музично–ритмічні ігри: передавання образів, імітування рухів тварин (хода ведмедя, зайчикпа, курчат, політ пташки, клювання зерна та інше).

**Примітка** : вчитель не працює окремо з дітьми з особливим освітніми потребам, а залучає особливих дітей до загальної роботи в класі, а також вчитель може змінювати індивідуальний план кожного семестру, або навіть кожного місяця, з урахуванням результативності з боку дитини.

**Висновки:** учениця виконує прості види вправ, орієнтується на зразок, який демонструє вчитель(ходить, бігає, стрибає, нахиляє тулуб), вміє змінювати напрям ходьби чи бігу, виконує хоч з помилками рухи з предметами. Намагається одночасно з іншими учнями почати і закінчити рухи, не дуже вміє тримати дистанцію, але намагається себе контролювати. Учениця повторює вправи на розслаблення м'язів намагається розслабляти м'язи шиї та тулуба поки, що не завжди отримуємо результат .Вміє копіювати тварин. Бере активну участь у іграх в силу своїх можливостей, стала більш комунікативною по відношенню до однолітків. Стараніше почала одягатися, хоч і повільно. Марії більше за все подобаються музичні заняття. Планування вдале, помітні позитивні зрушення.

### Індивідуальний план роботи №3

#### Характеристика індивідуальних особливостей розвитку дитини.

Загальні дані	
Куліш Павло	<i>Діагноз:</i> Посттравматичний стресовий розлад, гіперкинез мимовольні рухи тілом, надмірна вага, порушення зору
Стать	Чол.
Дата народження, вік	13.04.2008
Зріст	146 см
Вага	70 кг

<b>Соціальний статус дитини</b>	
Проживає разом з	Мама, братик молодший, бабуся.
Склад сім'ї	неповна
Мікроклімат сім'ї	Сприятливий
<b>Додаткова інформація</b>	
<p><b>1. Соціально-побудові навички та орієнтування:</b>  культурно-гігієнічні навички відповідають віку, дитина повністю самостійна, гігієнічними навичками володіє. В побутті самодостатній. Готує нескладні страви сам.  До крамниці ходє самостійно.</p>	
<p><b>2. Особливості ігрової, конструктивної, вибіркової діяльності дитини:</b>  дитина приймає участь в іграх часково, його мало цікавить спілкування з однолітками, більшу частину часу проводить окремо від колективу. Обмеженні інтереси.</p>	
<p><b>3. Засвоєння програми :</b> у наслідок посттравматичного синдрому виникають проблеми з навчанням, увагою, запам'ятовуванням інформації, нездатність зосередитися. Дитина справляється з логічними завданнями, але частково відмовляється від виконання, легко відволікається, відчуває труднощі при виконанні фізичних вправ. Низький рівень рухової активності.</p>	
<p><b>4. Емоційно-поведінкові особливості дитини:</b> почуття не захищеності, страх майбутнього, гнів, агресія, сором і відчуття провини, відчуженість та ізоляція від оточуючого середовища, соромитися і проявляє підвищену тривожність.  Нестриманість, імпульсивність, конфліктність. Дефіцит соціальної взаємодії. Прояв стереотипічних рухів. Відмова відвідувати школу, агресивна поведінка в школі.</p>	



**5. Участь батьків у вихованні і розвитку дитини:** дитина виховується в неповній, сім'ї разом з ними проживає бабуся. Родина дружна, турботлива. Мама та бабуся приймають активну участь в вихованні та розвитку дітей, та прислуховується до порад фахівців. Рідні та найближче оточення дитини можуть стати для неї ресурсним середовищем таким, що допоможе пережити травму й адаптуватися до нових умов.

**Прогноз на навчальний рік:** розвинути у Павла близькі довірливі стосунки, які відновлять у дитини навички соціальної адаптації та відчуття безпеки, налагодити спілкування, виховуючи комунікативні навички і взаємодію з однолітками. Зменшити за допомогою комплексу, прояв стереотипічних рухів, а також стимулювати дитину до виконання комплексів вправ по відновленню зору. Знизити вагу та покращити показники фізичних якостей (витривалість, спритність, гнучкість, силу, координацію) з урахуванням віку та можливостей дитини.

**Залучення Павла** до спільної роботи з однолітками та його адаптація через звід правил в класі, які можна опрацьовувати, доповнювати та змінювати. До того ж, можна скласти правила для роботи в групах. Як-от, висловлюватись спочатку за бажанням, а потім – по черзі; не переривати одне одного; обговорювати ідеї, а не людей, які висловили ці ідеї; не ображати; намагатися дійти спільної думки, але розуміти, що інша думка має право на існування. Дати проявити йому себе в іграх в якості лідера, залучати до проєктів, які він може сам розробити. Наприклад « здоровий спосіб життя підлітка».

**Нормативні фізичні данні здорової та особливої дитини у порівнянні.**

Нормативні данні ЗШО для 5кл.			Показники особливої дитини	
№	найменування	середня норма	вихідні	заключні
2.	Біг 30 (м)	5,7 с	8,3 с	6.0 с
3.	Човниковий біг 4x9 (с)	10.2 с	11.4 с	10.5 с
4.	Стрибки в довжину з місця (см)	140 см	80 см	105 см
5.	Стрибки зі скакалкою (р)	70 р	10 р	25 р
6.	Підтягування на перекладенні (р)	7 р	0 р	5 р
7.	Підйом тулуба з положення лежачи на спині (р, за хв)	35 р	11 р	25 р
8.	Нахил тулуба вперед з положення сидячи (см)	9 см	3 см	5 см
9.	Віджимання (р)	17 р	4 р	10 р
10.	Метання тенісного м'яча (м)	12 м	8 м	12 м

**Перелік рекомендованих ігор та вправ :**

**1. Ігри для тривожних та сором'язливих дітей**

1. «Хто я?» – діти по черзі намагаються назвати якомога більше відповідей на запитання «Хто я?» з метою опису себе, використовуючи характеристики, риси, інтереси й почуття. Кожне речення починається з займенника «Я»: «Я – хороша людина», «Я – людина, що займається спортом» ...

2. «Мій подарунок» – діти по черзі дарують подарунки один одному, зображуючи їх за допомогою міміки та жестів, рухів. Тому, кому дарують подарунок, повинен відгадати, що це за подарунок.

3. «День народження». Аналогічні грі «Мій подарунок», але всі подарунки даруються сором'язливій дитині, яка повинна їх відгадати.

4. «Покажи казку» – за допомогою міміки та жестів, можна підгрупами.

5. «Закінчи речення»( підняття самооцінки ):

- Я хочу ...- Я вмію - Я зможу...

## **2. Рухливі ігри. Перелік та опис деяких ігор:**

«Іноземець». До вас на гостину приїхав іноземець, який не знає української мови, а ви не знаєте тієї мови, якою розмовляє він. Запропонуйте дитині поспілкуватися з ним, показати йому свою кімнату, свої іграшки, запросити пообідати, звичайно, усе це без слів

«Чарівний мішок». Перед цією грою необхідно обговорити з дитиною, який у неї зараз настрій, що вона відчуває, можливо, вона ображена на когось тощо. Потім дитині пропонується скласти у чарівний мішок усі негативні емоції: злість, образу, сум тощо. Цей мішок з усім поганим, що в ньому є, викидається. Можна запропонувати викинути його самій дитині. Добре, якщо дорослий також складе до цього мішка й власні негативні емоції. Можна використовувати ще один „чарівний” мішок, з якого дитина може взяти собі ті позитивні емоції, які вона бажає. Гра спрямована на усвідомлення свого емоційного стану і вивільнення від негативних емоцій.

**3. Бесіда «Способи підвищення настрою».** Обговоріть з дитиною, як можна самій собі підвищити настрій. Постарайтеся придумати якомога більше таких способів (усміхнутися собі в дзеркалі, спробувати розсміятися, згадати про щось хороше, зробити добру справу іншому, намалювати собі картинку тощо). Перед тим, як розпочати використовувати ігри, описані в цьому розділі, необхідно провести з дитиною невелику бесіду про те, які емоційні настрої вона знає. Дитина повинна пригадати ситуацію, в якій вона відчувала ту чи іншу емоцію, чим був викликаний такий стан, що вона при цьому відчувала.

Можна обговорити зовнішні прояви кожного емоційного стану. Запитайте дитину, як вона розуміє слова «емоції», «почуття», коли вони виникають.

#### **4. Вправи на розслаблення м'язів рук, ніг і тулуба:**

Вправа «Штанга». Займімося спортом. Встань. Уяви собі, що ти підіймаєш важку штангу. Нахилися, візьми її. Стисни кулаки. Повільно підіймай руки. Вони напружені! Важко! Руки втомилися. Кидаємо штангу (руки різко опускаються вниз і вільно звисають уздовж тулуба). Вони розслаблені, ненапружені, відпочивають. Дихається легко. Вдих – видих! Під час виконання вправи можна торкнутися м'язів плеча й передпліччя дитини і перевірити, як вони напружилися.

Вправа «Кораблик». Уявімо собі, що ми на кораблі. Хитає. Щоб не впасти, розставте ноги ширше і притисніть їх до підлоги. Руки зчепіть за спиною. Гойднуло палубу, притискаємо до підлоги праву ногу (права нога напружена, ліва розслаблена, трохи зігнута в коліні, носком торкається підлоги). Розпрямилися! Розлабили ногу. Хитнуло в інший бік. Притискаємо до підлоги ліву ногу. Розпрямилися! Вдих – видих! Вправа виконується по чергово для кожної ноги. Зверніть увагу дитини на напружені й розслаблені м'язи ніг.

**5. Комплекс вправ для профілактики короткозорості:** (початкове положення сидячи, кожна вправа повторюється 5–6 разів)

1. Відкинувшись назад, зробити глибокий вдих, потім, нахилившись вперед, видих.

2. Відкинувшись на спинку стільця, прикрити повіки, міцно зажмурити очі, відкрити повіки.

3. Руки на пояс, повернути голову вправо, подивитися на лікоть правої руки; повернути голову вліво, подивитися на лікоть лівої руки, повернутися в початкове положення.

4. Підняти очі догори, зробити ними колові рухи за годинниковою стрілкою, потім проти годинникової стрілки.

5. Руки вперед, подивитися на кінчики пальців, підняти руки в гору (вдих), стежити очима за рухом рук, непіднімаючи голови, руки опустити (видих).

## **6. «Чарівна 7-ка». Комплекс вправ для схуднення:**

1. **Скакалка.** Її справедливо називають найкращим та найдоступнішим тренажером для спалювання зайвого жиру. Під час стрибків працює все тіло: від ніг до плечового поясу. Стрибаємо не менше 2 хвилин, робимо кілька підходів. З кожним днем тренування нарощуємо швидкість та кількість стрибків за 1 підхід.

2. **Випади.** Стаємо рівно, підкладаємо під праву ногу згорнутий квадратик рушник і, «від'їжджаючи» назад, робимо випад. Якщо важко – робимо стандартний випад: відводимо ногу назад і присідаємо, доки коліно максимально наблизиться до підлоги. Спину тримаємо рівно, коліно у випаді не має виходити за ступню. Повторюємо 10-15 разів на кожную ногу.

3. **Віджимання з позиції стоячи.** Такі вправи корисні для зміцнення грудних м'язів, а данна технологія взагалі задіює все тіло, спалюючи зайві калорії, не присідаючи, максимально нахилився, руками «дійшов» до позиції «планка», віджався, і повернувся у вихідне положення.

4. **Бокова планка.** Працюють м'язи талії, спини та стегна. Лягаємо животом на килимок, ноги на ширині плечей. Фіксуємо носки та повертаємо корпус на правий бік. Впираємось на лікоть (рука перед собою), піднімаємо тіло і, розвертаючи корпус, заводимо руку під інший бік і назад. Якщо важко втриматись у планці, підгинаємо праву ногу й продовжуємо (10 і більше разів). Повторюємо на інший бік.

5. **Зірочка для спини.** Беремо рушник, скручуємо його, щоб зручно було тримати. Лягаємо на килим (носками впираємось у підлогу), погляд – прямо. Напружуємо прес (м'язи живота – єдина опора), злегка піднімаємо грудну клітку, витягаємо руки перед собою і, розтягаючи рушник в сторони, заводимо руки за голову.

**6. Поперековий місток «у сторони».** Лягаємо на килимок, руки трохи відводимо від тіла (для кращої опори). Ногами виштовхуємо таз вгору, вигинаємо спину (фіксуємось у положенні). Крокуємо на п'ятах вправо, потім – вліво.

**7. Поперековий місток «вперед-назад» (ускладнений).** Із «зафіксованого» положення попередньої вправи: робимо крок, випрямляємо праву ногу, потім ліву (не торкаючись спиною підлоги, й назад).

**Примітка :**

*вчитель не працює окремо з дітьми з особливим освітніми потребам, а залучає особливих дітей до загальної роботи в класі, а також вчитель може змінювати індивідуальний план кожного семестру, або навіть кожного місяця, з урахуванням результативності з боку дитини.*

**Висновки:** дитина більш адаптована, проявляє інтерес до ігор, концентрація уваги на заняттях піднялася, спостерігається явна прогресія в самоконтролі, Павло менш агресивний, школу відвідує систематично. При взаємодії з учнями та вчителем відмічається взаємозрозуміння та бажання в спілкуванні, значно зменшився рівень агресивності, приймає активну участь у змаганнях, навіть проявляє себе в лідерських позиціях. Покращилась фізична форма, вага знизилась, та з'явився стимул до покращення свого тіла. Взагалом можна відмітити позитивні зрушення.

# ЯКЩО ПОРУЧ ДИТИНА З ІНВАЛІДНІСТЮ

Не відвертайтеся,  
посміхніться!

Не давайте порад,  
якщо вас не просять.

Не питайте у батьків,  
що з дитиною,  
краще запитайте, що  
подобається малюкові.

Не розказуйте батькам  
про «хрест, який вони  
мають нести», сімейні  
гріхи та погану карму.

Не забороняйте  
своїм дітям гратися  
з такими дітками.

Пропускайте батьків  
із дітьми з інвалідністю  
у черзі.

Не звертайте  
увагу на їхню  
нестандартну  
поведінку.

Допоможіть їм  
виїхати з візком на бордю  
р чи сісти у транспорт.

Пам'ятайте -  
усі діти є дітьми,  
просто деяким потрібно більше  
нашої уваги і допомоги.



БАТЬКІВСЬКА СПІЛКА  
SPA Member



#НеБийДитину

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

### Основна література

1. Вакуленко Л. О., Клапчук В. В., Вакуленко Д. В., Кутакова Г. В. Основи реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії : підручн. Тернопіль : ТДМУ "Укрмедкнига", 2019. 372 с.
2. Вільчковський Е. С., Курок О. І. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку : навч. посіб. Видавництво : Університетська книга, 2017. 428 с.
3. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи : навч. посіб. Львів : Новий Світ - 2000, 2019. 170 с.
4. Колупаєва А. А. Таранченко О. М. Інклюзивна освіта. Педагогічні технології інклюзивного навчання : навч. посіб. Видавництво : Ранок «Кенгуру», 2020. 160 с.
5. Колупаєва А. А. Таранченко О. М. Інклюзивна практика. Технології навчання : навч.-метод. посіб. Видавництво : Літера ЛТД, 2019. 188 с.
6. Колупаєва А. А. Таранченко, О. М. Навчання дітей з особливими освітніми потребами: навч.-метод. посіб. Харків : Вид-во «Ранок», ВГ «Кенгуру», 2018. 300 с.
7. Костенко Т. М., Гудим І. М. Навчання дітей із порушеннями зору : навчально-методичний посібник. Харків : Вид-во «Ранок», 2019. 184 с.
8. Левченко В. А., Вакалюк І. П., Файчак Р. І. Фізична реабілітація при захворюваннях і травмах опорно-рухової системи : посіб. Івано-Франківськ : НАІР, 2015. 352 с.
9. Шалімова Л. Л. Фізичне виховання дошкільників. Ранній вік : посіб. Видавництво : Ранок, 2019. 160 с.
10. Шалімова Л. Л. Фізичне виховання дошкільників. Молодший вік : посіб. Видавництво : Ранок, 2017. 208 с.



11. Шалімова Л. Л. Фізичне виховання дошкільників. Старший вік : посіб. Видавництво : Ранок, 2017. 208 с.

12. Щевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки : підруч. Видавництво : Центр учбової літератури, 2020. 248 с.

13. Щекотиліна Н. Ф. Педагогічні умови підготовки майбутніх учителів фізичної культури до індивідуальної роботи з учнями в умовах інклюзії : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04/ Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського». Одеса, 2019. 260 с.

14. Якименко С. І., Ніколіна Т. В. , Свистунова А. А., Маштруко Л. М. Фізичне виховання. II молодша група : посіб. Видавництво : Богдан, 2016. 192 с.

### Допоміжна література

1. Буховець Б. О., Дишель Г. О., Романенко С. С. Передумови побудови програми фізичного виховання дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2021. № 39. С. 263-267.

2. Галіцан О. А., Щекотиліна Н. Ф. Індивідуально-диференційований підхід у підготовці майбутніх учителів до роботи в умовах інклюзії. *Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні*. (24 – 25 квітня 2020 р.), Львів, 2020. С. 55 – 57.

3. Долинський Б., Буховець Б., Волощук Е., Логінова А. Проблема організації процесу фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку з руховими порушеннями. *The 1 st International scientific and practical conference —Achievements and prospects of modern scientific research* (December 6-8, 2020) Editorial EDULCP, Buenos Aires, Argentina. 2020. 252-256 pp.

4. Загородня Л. П. Фізичне виховання дітей дошкільного віку : навч. посіб. Суми : Університетська книга, 2011. 272 с.

5. Кашуба В. А., Бондарь Е. М. Корекція порушень постави дошкільнят у процесі фізичного виховання. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2010. № 2. С. 75 — 78.

6. Клопота Є. А. Теоретичний аналіз бар'єрів інтеграції в суспільство осіб з порушеннями зору Є. А. Клопота *Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія: Зб. наукових праць. Київ : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2013. № 24. С. 306–310.

7. Колупаєва А. А. Таранченко О. М. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі : посіб. Видавництво Літера. 112 с.

8. Приймак Н. Організація інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти : метод. посіб. Видавництво : Мандрівець, 2019. 64 с.

9. Тодорова В. Г., Буховець Б. О., Віхор О. А. Програма танцювальної терапії з елементами латиноамериканських танців в процесі фізичного виховання молодших школярів з порушенням. *The 5 th International scientific and practical conference «Topical issues of modern science, society and education»*. (November 28-30, 2021). Kharkiv, Ukraine. 2021. P. 1066-1071

10. Щекотиліна Н. Ф. Специфіка підготовки майбутніх учителів фізичної культури до роботи в інклюзивному освітньому середовищі школи. *Інноваційна педагогіка*. 2019. Вип. 13. Т. 1. С. 213-217.

11. Щекотиліна Н. Ф. Модель підготовки майбутніх учителів фізичної культури до індивідуальної роботи з учнями в умовах інклюзії. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського*. Одеса, 2019. № 2 (127). С. 114–119

12. Щекотиліна Н. Ф., Ознайомлення та використання інноваційних методик з фізичного виховання в педагогічній практиці здобувачами першого (бакалаврського) рівню. *Інноваційна педагогіка : науковий журнал*. Одеса : ПУ «Причорноморський науково-дослідний інститут економіки та інновацій», 2022. Вип. 44. Т. 2. С. 138-142.

13. Щекотиліна Н. Ф., Осіпова І. В., Турятко А. В. Організація занять з фізичного виховання в спеціальних медичних групах. *Адаптаційні можливості дітей та молоді* (13 – 14 вересня 2018 р.) Одеса, 2018. С. 179 – 183.

14. Щекотиліна Н. Ф. Професійна діяльність учителя фізичної культури в інклюзивному освітньому середовищі : проблеми та перспективи. *Модернізація навчально-виховного процесу у сучасних закладах освіти* : збірник наукових праць. Одеса : Букаєв В. В., 2019. С. 128–130.

### Інформаційні ресурси

1. Всеосвіта. Бібліотека методичних матеріалів. Предмет теорії і розвиток фізичного виховання дітей дошкільного віку.

<https://vseosvita.ua/library/inkluzivne-navcanna-z-fizicnoi-kulturi-412150.html>

2. Інклюзивна освіта : <https://inkluzia.com.ua/o-nas/>

3. Міністерство освіти і науки України : <https://mon.gov.ua/ua/tag/inklyuzivne-navchannya>

4. Національна бібліотека України імені В. І. Вернадського : <http://www.nbuv.gov.ua/>

5. Одеська обласна універсальна наукова бібліотека ім. М.С. Грушевського : <https://biblioteka.od.ua/>

6. Одеська національна наукова бібліотека : <http://odnb.odessa.ua/>

7. Сайт бібліотеки Університету Ушинського: <https://library.pdpu.edu.ua>