

Ю. О. Бистрова,  
А. М. Петруня,  
В. Є. Коваленко,  
Н. А. Колодна,  
С. А. Лупир

*КОМПЛЕКСНИЙ СУПРОВОД ДІТЕЙ  
З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ  
В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ*



**Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України**  
**Державний заклад**  
**«Луганський національний університет**  
**імені Тараса Шевченка»**  
**Луганський обласний інститут післядипломної**  
**педагогічної освіти**

**Ю. О. Бистрова,**  
**А. М. Петруня,**  
**В. Є. Коваленко,**  
**Н. А. Колодна,**  
**С. А. Лупир**

**КОМПЛЕКСНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ**  
**З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ**  
**В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ**

*Навчально-методичний посібник*  
*для слухачів курсів підвищення кваліфікації*  
*інституту післядипломної педагогічної освіти*

**Луганськ**  
**ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка»**  
**2012**

УДК 376–056.262(076)

ББК 74.33р3

К63

#### Рецензенти:

- Синьов В. М.* – доктор педагогічних наук, професор, дійсний член НАПН України, директор Інституту корекційної педагогіки і психології Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова.
- Риков С. О.* – доктор медичних наук, професор, головний офтальмолог МОЗ України, завідувач кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, головний лікар Київського міського центру мікрохірургії ока.
- Дрига П. Я.* – директор Конотопської спеціальної загальноосвітньої школи-інтернату.

**Комплексний** супровід дітей з порушеннями зору в умовах навчального закладу : навч.-метод. посіб. для слухачів курсів підвищ. кваліф. ін-ту післядипломної педагогічної освіти / Ю. О. Бистрова, А. М. Петруня, В. Є. Коваленко та ін. ; Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка». – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2012. – 288 с.

У навчально-методичному посібнику подано загальні знання про основні морфологічні та функціональні порушення зору у дітей та їх медичну реабілітацію; психологічні особливості слабкозорих, методи їх діагностики та корекції; загальну характеристику сучасної системи медико-соціально-психолого-педагогічного супроводу; методичні рекомендації щодо індивідуального навчання дітей із вадами зору та особливостей індивідуального підходу до них в умовах загальноосвітніх шкіл і шкіл-інтернатів.

Навчально-методичний посібник може бути використано у системі підвищення кваліфікації працівників освіти, у практичній діяльності спеціальних (корекційних) навчальних закладів, освітніх установ, що реалізують інклюзивне навчання дітей з порушеннями зору в загальноосвітніх класах.

УДК 376–056.262(076)

ББК 74.33р3

*Рекомендовано до друку навчально-методичною радою  
Луганського національного університету імені Тараса Шевченка  
(протокол № 10 від 4 травня 2012 року)*

© Бистрова Ю. О., Петруня А. М., Коваленко В. Є. та ін., 2012,  
© ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2012

## ЗМІСТ

Передмова.....	5
<b>Розділ 1. ОСНОВНІ ВИДИ ПОРУШЕНЬ ЗОРУ В ДІТЕЙ ТА ЇХНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Характеристика зорового аналізатора та зорових функцій.....	7
1.2. Класифікація порушень зорової функції в дітей та їхні причини.....	19
1.3. Медична реабілітація та профілактика порушень зору в дітей.....	40
<b>Розділ 2. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРОВОЇ ФУНКЦІЇ.....</b>	<b>68</b>
2.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із порушеннями зору.....	68
2.2. Специфіка психолого-педагогічної діагностики дітей із порушеннями зору.....	75
2.3. Основні напрями корекційної роботи зі слабкозорими дітьми.....	99
<b>Розділ 3. СИСТЕМИ ОСВІТИ ДІТЕЙ ІЗ ВАДАМИ ЗОРУ.....</b>	<b>106</b>
3.1. Структура системи спеціальної освіти України...	106
3.2. Особливості освіти дитини з вадами зору в інституалізованих умовах.....	114
3.3. Особливості освітнього процесу дітей зі зниженим зором в умовах колективної освітньої інтеграції.....	121
3.4. Особливості освітнього процесу дітей зі зниженим зором в умовах освітньої інклюзії.....	126

3.5. Організація індивідуального навчання учнів із вадами зорової функції.....	133
--	-----

<b>Розділ 4. ПРОФЕСІЙНО-ТРУДОВА СОЦІАЛІЗАЦІЯ УЧНІВ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРОВОЇ ФУНКЦІЇ.....</b>	<b>156</b>
---	------------

4.1. Сутність професійно-трудової соціалізації в психолого-педагогічному аспекті.....	156
---	-----

4.2. Етапи та зміст профорієнтаційної роботи.....	166
---	-----

4.3. Діагностика та шляхи корекції професійного самовизначення учнів з порушеннями зору.....	175
--	-----

<b>Розділ 5. ДОСВІД РОБОТИ РУБІЖАНСЬКОГО НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ «КРИШТАЛИК» .....</b>	<b>186</b>
--	------------

5.1. Структура і зміст навчально-виховного та реабілітаційного процесу в РНРЦ «Кришталік».....	186
--	-----

5.2. Діяльність медико-соціально-психолого-педагогічної служби супроводу РНРЦ «Кришталік».....	195
--	-----

5.3. Реалізації проекту «Система психолого-педагогічного забезпечення професійно-трудової соціалізації учнів з порушеннями зору» в РНРЦ «Кришталік».....	209
--	-----

Методичні рекомендації до написання випускної роботи для слухачів курсів підвищення кваліфікації.....	218
---	-----

Теми випускних робіт.....	229
---------------------------	-----

Основна використана література.....	230
-------------------------------------	-----

Рекомендована література.....	240
-------------------------------	-----

Додатки.....	244
--------------	-----

Іменний покажчик.....	280
-----------------------	-----

Предметний покажчик.....	284
--------------------------	-----

## ПЕРЕДМОВА

*Бачити і відчувати - це бути, роздумувати, жити.  
Уільям Шекспір*

*Око здійснює диво, відкриваючи душі те, що існує поза самою  
душею.*

*Око бачить світ, і те, чого бракує світу, щоб бути картиною,  
і те, чого бракує картині, щоб бути самою собою.  
Моріс Мерло-Понті*

На сьогодні пошук нових медико-психолого-педагогічних підходів до рішення проблеми соціалізації осіб з порушеннями зору є завданням державної значущості та центром докладання консолідованих зусиль системи освіти, охорони здоров'я та соціальних служб.

Сьогодні інвалідність унаслідок патології органу зору складає 12,4 на 10 тис. населення, при цьому головними причинами інвалідності очей «з дитинства» є наслідки травм (18,1 %) і захворювання (81,9 %). Система роботи з дітьми-інвалідами, що потребують корекції зору, повинна забезпечити комплексність й безперервність психолого-педагогічної, соціальної, фізичної та медичної допомоги для створення оптимальних умов їхнього розвитку.

Автори посібника передали власний науковий і практичний досвід об'єднання зусиль фахівців із забезпечення супроводу дітей з порушеннями зору.

У навчально-методичному посібнику розкрито питання медичної реабілітації та профілактики слабкозорості в дітей в умовах навчального закладу. Авторами ретельно викладено основні види порушень зору, їх функціональні характеристики та причини виникнення. Окремий розділ присвячено психолого-педагогічній діагностиці та корекції дітей з порушеннями зору.

У посібнику подано розроблені авторами методичні рекомендації щодо індивідуального навчання дітей з вадами зору як форми організації навчально-реабілітаційного процесу та висвітлено проблему навчання в умовах колективної інтеграції та інклюзії. Запропоновано індивідуальний навчальний план на дитину з вадами зору в системі індивідуального навчання.

Окрім складності навчання за шкільною програмою, для слабкозорих дітей існує велика проблема соціалізації в суспільстві, професійного самовизначення, оскільки далеко не усі професії їм підвладні. У сучасних соціально-економічних умовах одним з найбільш ефективних механізмів підвищення соціального статусу і захищеності інвалідів стає здобуття повноцінної професійної освіти. Проблемі усвідомленого вибору професії слабкозорими учнями присвячена один з розділів посібника. Крім того, наведено практичний досвід роботи над експериментом щодо професійно-трудої соціалізації учнів в умовах навчально-реабілітаційного центру.

Значущим теоретичним підґрунтям і методологічною основою посібника стали наукові праці багатьох відомих учених, зокрема таких, як В. І. Бондар, Л. С. Виготський, С. Д. Забрамна, О. Г. Літвак, Н. В. Пасечнікова, С. О. Риков, М. М. Сергієнко, В. М. Синьов, Є. П. Синьова, Л. І. Сонцева, В. О. Феоктистова та ін. У посібнику викладено унікальний практичний експеримент медико-соціально-психолого-педагогічного супроводу дітей з порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного центру, започаткований і проведений безпосередньо авторами. Поєднання теорії та практики сприятиме формуванню нового практичного досвіду, певних умінь, організації та активної діяльності медичних та педагогічних працівників, психологів, студентів, батьків щодо комплексної допомоги дітям з порушеннями зору.

# Розділ 1. ОСНОВНІ ВИДИ ПОРУШЕНЬ ЗОРУ В ДІТЕЙ ТА ЇХНІ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ

## 1.1. Характеристика зорового аналізатора та зорових функцій

### *Фотохімічні характеристики зору*

Людське око чутливе до певної частини спектрального випромінювання, що має назву світла або видимого спектру. Найбільш ефективною є зорова реакція при довжині хвиль, що знаходяться біля середини видимого спектру. Дія різної довжини хвиль зменшується при наближенні до меж видимого спектру. Крива, що відображає це явище, має назву кривої світлості або кривої видимості. Розрізняють дві криві світлості: для скотопічного (паличкового) і фотопічного (ковбочкового) зору. Ці криві виходять методом порівняння при дії різної довжини хвиль шляхом регулювання їх інтенсивності. Максимум фотопічної кривої дорівнює 554 нм, а максимум скотопічної кривої, розташованої ближче до синього кінця спектру, близько 511 нм. Вважають, що криві світлості пов'язані з поглинанням зорових пігментів – пурпурів, які знаходяться в паличках і мають спектр поглинання, подібний до кривої нічного зору. Межі видимого спектру визначені між 400 і 750 нм. При значній стимуляції ока видимий спектр може перевищувати вищезгадані межі. У видимому спектрі від 550 до 750 нм чутливість паличок падає швидше, ніж чутливість ковбочок.

**Темнова й світлова адаптації.** Здатність людського ока пристосовуватися до темряви відома людям як темнова адаптація. Людське око також пристосовується до різних рівнів освітленості. Ця пристосовність набула назву світлової адаптації. Темнова і світлова адаптації



вироблялися у людини поступово зі зміною дня і ночі, темряви та яскравості освітлення, як похмурий і денний зір.

Механізм адаптації паличок і ковбочок різний. Співвідношення між рівнем ковбочкового та паличкового зору, а також крайні значення світлових інтенсивностей у слабкозорих дітей відрізняються від осіб з нормальним зором. У зв'язку з цим для розвитку й навчання слабкозорих необхідно знаходити сприятливий режим освітленості від кутової величини сонця, часу доби та року, одночасно проводити оптичну корекцію зору.

**Мінімум світлової енергії.** Для того, щоб викликати ефект відчуття порогового подразнення, необхідно визначити абсолютну кількість світлової енергії. Для досягнення абсолютного порогу зорової реакції потрібна мала кількість енергії. Проте, до початку збудження фоторецепторів на шляху до сітківки відбувається втрата світлової енергії. При віддзеркалюванні променів від рогівки втрата складає біля 4 %. Значна втрата відбувається в очних середовищах між зовнішньою поверхнею рогівки та сітківкою. Підраховано, що зрештою енергія, що досягає сітківки, складає від 4 до 20 % від усієї енергії, що падає на рогівку ока.

Сітківка є у високому ступені чутливим утворенням. Різна чутливість паличок і ковбочок визначає різну їх роль для зору. Палички працюють увечері й уночі, коли кількість світлової енергії мала: таким чином, вони є апаратом нічного зору. Ковбочки не беруть участь в нічному зорі. Вони подразнюються денним світлом і, зокрема, сприймають електромагнітні коливання в діапазонах хвиль, що викликають відчуття кольору. На користь теорії двоїстості зору, що наполягає на тому, що палички та ковбочки складають два самостійні апарати зору, говорить той факт, що в сітківці денних птахів (кури,

голуби) є майже тільки ковбочки, а в сітківці нічних тварин і птахів (сови, кажани) – майже тільки палички.

### *Роздільна здатність зору*

**Гострота зору.** Гостротою зору називається здатність ока розрізнити найдрібніші деталі. Максимально можлива гострота зору залежить від товщини ковбочок в центральній ямці жовтої плями сітківки. Доведено, що кут, під яким падають на сітківку промені від двох крапок, максимально наближених, але видимих окремо, дорівнює одній кутовій хвилині. Цей кут і прийнято вважати за норму гостроти зору. Гострота зору дещо змінюється залежно від сили освітлення. Проте при одній і тій же освітленості вона може значно змінюватися. Вона збільшується під впливом тренування і знижується при стомленні зору.

Гострота зору перевіряється на спеціальних тест-об'єктах. До них можна зарахувати ґрати, подвійні паралельні смуги або прямокутники, окремі тонкі лінії, різні фігури (розірвані кола або кільця Ландольта) і спеціальні таблиці, складені з 10 – 12 рядів букв або спеціальних знаків (оптотипів). Усі ці та інші тест-об'єкти спрямовані на визначення просторової роздільної здатності ока.

У дітей гостроту зору перевіряють по таблицях, на яких зображені різні предмети. Співвідношення знаків кожного наступного ряду в порівнянні з попереднім відповідає різниці гостроти зору на 0,1 одиниці. Величина знаку кожного ряду відповідає відстані, з якої увесь знак видно під кутом зору в 5 хвилин, а окремі його елементи (штрих і розрив) – в 1 хвилину. Гострота зору, що зустрічається у більшості людей і характеризується здатністю бачити деталі предмета під кутом зору в 1 хвилину, розглядається як нормальна. Вона дорівнює 1,0

одиниці. При гостроті зору, рівній 1,0, досліджуваний визначає знаки десятого рядка таблиці на відстані 5 м. Якщо досліджуваний визначає на цій відстані знаки п'ятого рядка – гострота зору його дорівнює 0,5, першого рядка – 0,1. Гострота зору визначається як величина, зворотня мінімально ефективній крапці зору в одиницях дугових хвилин. Ці одиниці використовуються для того, щоб великі числові величини відбивали високу міру зору, а не навпаки.

Існує спрощений спосіб оцінки гостроти зору. Так, для перевірки гостроти зору нижче 0,1 користуються рахунком пальців. Якщо досліджуваний може порахувати розсунені пальці руки на відстані 5 м, його гострота зору дорівнює 0,09. Гострота зору дорівнює приблизно 0,04, якщо дитина рахує пальці на відстані 2 м, гострота зору 0,01 відповідає рахунку пальців на відстані 0,5 м, а гострота зору 0,005 – рахунку пальців на відстані 50 см. Якщо досліджуваний не розрізняє пальців, а визначає тільки світло, його гострота зору рівна світловідчуттю. При такому зорі важливо встановити, чи здатний досліджуваний визначати, з якого боку падає на око світло. Якщо він правильно вказує напрям світла, його гострота зору рівна світловідчуттю з правильною проекцією світла. Коли досліджуваний не відрізняє світла від темряви, його гострота зору дорівнює нулю. Міра пониження гостроти зору – одна з основних ознак, по яких діти потрапляють до дошкільних установ і шкіл для слабкозорих або сліпих.

Гострота зору, визначувана різними способами і неоднаковими тест-об'єктами, може виявитися неоднозначною. Виміри гостроти зору залежать від інтенсивності освітленості, стану адаптації, тривалості подразнення і якості подразника, а також від стану паличкового й ковбчового апарату і стану здоров'я

обстежуваного: при високих рівнях освітленості кільця Ландольта розрізняються краще, ніж ґрати.

Дослідження за допомогою паралельних смуг виявило вплив інших чинників на гостроту зору, наприклад якості фону. Включення світлого фону для темних смуг збільшує гостроту зору. Проте підвищення інтенсивності світлих смуг на темному фоні спочатку підвищує гостроту зору до певного максимуму, потім вона різко знижується. Пояснення цього ефекту можливе з позиції вчення І. П. Павлова про іррадіацію нервового процесу в корі головного мозку.

При вивченні залежності між гостротою зору і освітленістю різними ділянками колірною спектру при однаковій величині зіниці не виявлено істотної відмінності у функціональному рівні активності між паличковим і ковбочковим системами при дії червоного кольору (670 нм). При використанні синього кольору (довжина хвилі 450 нм) виявляється істотна відмінність між гостротою зору й освітленістю паличок і ковбочок.

Роздільна здатність зорового аналізатора залежить від гостроти зору. У той же час роздільна здатність забезпечує розрізнення і впізнавання світлих об'єктів на темному або світлому полі і темних об'єктів на світлому при різних перепадах яскравості. Розрізняють просторову й тимчасову роздільну здатність зорового аналізатора.

**Бінокулярний зір.** У більшості тварин кожне око має своє окреме поле зору. Людина бачить одночасно і правим і лівим оком, що значно покращує зорову оцінку відстаней і дозволяє бачити об'ємну форму предметів.

При бінокулярному зорі обидва ока мають бути завжди точно встановлені на один і той самий предмет. Необхідно, щоб зображення кожної частини видимого предмета займало в обох сітківках абсолютно однакове положення, іншими словами, щоб воно потрапляло на їхні

ідентичні точки. Клітини зорової області кори великих півкуль, до яких приходять імпульси від ідентичних точок обох сітківок, тісно пов'язані між собою. Їхнє одночасне збудження дозволяє чітко бачити предмет, але варто дещо змістити його, як зображення роздвоюється, стає неясним. Це відбувається тому, що зображення потрапляє на неідентичні точки обох сітківок.

У новонародженого рухи обох очей часто бувають недостатньо погоджені. Іноді рух одного ока відстає від руху іншого, і дитина косить очима; мало того, одне око може залишитися нерухомим. Спостерігаючи за дитиною, можна виявити, що його ніби байдужий погляд часом «пожваблюється». Це відбувається у той момент, коли обидва ока погоджено фіксують якийсь предмет, і дитина ясно його бачить. Якщо предмет повільно пересувається, дитина намагається стежити за ним очима, а при невдачі починає обертати очі на всі боки, проявляючи занепокоєння, яке проходить, як тільки погляд знову впаде на предмет.

**Розвиток просторового зору.** У перші місяці життя дитини інформація, що отримується одночасно з рецепторів різних аналізаторів, – зорового, шкірного, рухового, слухового, стає джерелом утворення в корі великих півкуль численних умовних зв'язків, що дозволяють орієнтуватися в просторі. Рухаючи руками, дитина спочатку випадково торкається до іграшки, що висить перед ним. У цей момент у кору великих півкуль поступає сигналізація з м'язів руки про її положення в просторі, з м'язів шиї – про положення голови, з м'язів очного яблука – про напрям зорової осі, з рецепторів сітківки – про видиму іграшку, з шкірних рецепторів – про дотик до предмета. Після неодноразового отримання такої інформації в корі великих півкуль утворюються відповідні умовні зв'язки, в результаті яких дитина може зробити рух

руки, необхідний для того, щоб доторкнутися до іграшки. Інша іграшка може стати джерелом інформації про положення руки, а тому зміниться і рух руки, необхідний для дотику до іграшки. З віком зорова інформація стає усе більш складною і диференційованою. Дитина обмацує предмет, вертить його в руці, стискає. Почавши ходити, дитина йде до предмета, кидає його, знову знаходить. Так його знайомство з простором поступово розширюється. У результаті утворення безлічі нових зв'язків дитина дістає можливість за допомогою зору пізнавати навколишній світ.

Одночасно розвивається здатність визначати міру віддаленості предмета і відчувати його об'ємність, або рельєфність, тобто неоднакову віддаленість його частин від ока. Про відстань до предмета інформують очні м'язи. Коли людина дивиться двома очима на найближчий предмет, далекий двоїться, а при перекладі зору на далекий, двоїться ближній предмет. Це відбувається тому, що зображення точки, що не фіксується, потрапляє не на ідентичні точки сітківки.

Розвиток просторового зору в дітей дозволяє їм бачити форму предметів об'ємно і легко відрізнити на відстані круг від кулі, квадрат від куба, трикутник від піраміди або конуса, оцінювати складні предметні ситуації.

**Функції ковбочок і кольоровий зір.** Розглядаючи питання вибіркової чутливості рецепторів (ковбочок і паличок), слід зупинитися на природі і теоріях кольорового зору. Стосовно функціонування фоторецепторів, розташованих в області ямки сітківки, існує дві теорії – однокомпонентна і трьохкомпонентна. Згідно однокомпонентної теорії усі рецептори збуджуються на повний світловий спектр. Трьохкомпонентна теорія припускає наявність рецепторів, що реагують на червоний, зелений і синій спектри світла.

Додатково до цих теорій запропонована поліхроматична теорія Граніту і гіпотеза пучків Хартриджа. На думку Граніту, існує не три рецептори, а багато, і кожен чутливий до однієї смуги частот світлового спектру.

Згідно з теорією пучків Хартриджа рецептори об'єднуються: в одній крапці сітківки – домінатори (панівні), в іншій крапці – рецептори до сприйняття синього кольору, у третій – чутливі до зеленого. Багато вчених сходяться на думці, що ковбочки відіграють істотну роль у реакціях домінаторів. В умовах вибіркової адаптації домінатор може розділятися на кілька модуляторів.

Нині вважають, що група рецепторів-домінаторів активується білим світлом, а групи рецепторів-модуляторів реагують на світло, близьке до довжин хвиль 430, 460, 500, 520, 580 и 600 нм.

Усе різноманіття кольорових відтінків може бути отримане змішенням трьох кольорів спектру – червоного, зеленого та фіолетового (чи синього). Якщо швидко обертати диск, складений з цих кольорів, він здаватиметься білим. Доведено, що кольоросприймальний апарат складається з трьох видів ковбочок: одні переважно чутливі до червоних променів, інші – до зелених, а треті – до синіх. Від співвідношення сили збудження кожного виду ковбочок і залежить кольоровий зір.

Способів лікування вродженого порушення кольоровідчуття немає, але у людей, що страждають дальтонізмом, поступово розвивається здатність розрізняти кольори по мірі їх яскравості. Наприклад, дитина, що страждає дальтонізмом, може запам'ятати при пред'явленні, що одна кулька червона, а інша, більша за червону – зелена. Але якщо дати їй дві однакові кульки, що відрізняються тільки за кольором (червоний і зелений), то вона не зуміє їх розрізнити. Така дитина плутає кольори

при зборі ягід, на заняттях з малювання, при підборі кольорових кубиків по кольоровим малюнкам. Бачучи це, оточення, зокрема вихователі, нерідко звинувачують дитину в неувазі або обдуманій витівці, роблять йому зауваження, знижують оцінку за виконану роботу. Незаслужене покарання може відбитися на нервовій системі дитини, вплинути на його подальший розвиток і поведінку. Тому в тих випадках, коли дитина плутає або довго не може засвоїти ті чи інші кольори, його слід показати лікарю-фахівцю, щоб з'ясувати, чи не результат це природженого дефекту зору.

**Окорохові механізми зору.** Формування рухового компонента очей відбувається послідовно і нерівномірно. Нормальна робота ока вимагає його рухливості і здатності до тонких установок, необхідних для кожного точно діючого оптичного приладу. Це здійснюється діяльністю спеціальних очних м'язів, які за своїм положенням розділяються на прямі м'язи ока (чотири) і косі м'язи (два).

Для отримання виразного зображення предмета на сітківці важливо, щоб предмет знаходився на зоровій осі ока; остання, як відомо, проходить через центр кришталика та ямку сітківки. Для виразного тілесного бачення предмета необхідно, щоб на ньому сходилися зорові осі обох очей.

***Правильна установка зорових осей досягається:***

- ☒ рухами тіла і поворотом голови – груба установка;
- ☒ рухами прямих і косих м'язів – тонка установка;
- ☒ акомодациєю кришталика – щонайтонша установка.

У рухах очного яблука зазвичай беруть участь прямі та косі м'язи, спільною роботою яких і досягається потрібний результат.

Розвиток рухового компонента очей відбувається постійно зі збільшенням віку дітей. При дії яскравого світла на очі, новонароджений закриває їх. Ця реакція



дістала назву рефлексу засліплення. У новонароджених в період першої декади постнатального періоду відзначаються орієнтовні рухи очей і голови на рівномірне освітлення. У 3 – 5-місячних дітей спостерігається тремтіння країв радужної оболонки, коливальні рухи зіниці. Рівномірні рухи повік формуються впродовж першого місяця життя. Мигальний рефлекс на предмет, розташований перед очима, встановлюється тільки у віці 8 тижнів. Безумовний мигальний рефлекс поступово стає основою утворення умовного рефлексу блимання на різні зовнішні подразники. Зімкнення повік відбувається при дотику до повіки, кон'юнктиви, кореня носа і залежить від локалізації роздратування. На 2 – 3-му тижні життя дитини з'являються установні рухи очей за предметом, що рухається. До 5 місяців життя дитини з'являються ковзаючі планомірні рухи очей. Такий розвиток рухів є симптоматичним вираженням розвитку функцій премоторних зон великих півкуль головного мозку та зорових шляхів, а також рецепторного апарату сітківки.

З розвитком фіксації погляду зникають некоординовані рухи очей. Наявність фіксації погляду до певної міри може вказувати на психічний розвиток дитини і рівень сформованості його зорового аналізатора. У дітей з порушенням зору фіксація погляду може дещо затримуватися в розвитку, а розумово відсталі діти не можуть фіксувати погляд навіть у віці одного року.

Зазвичай дитина до кінця першого місяця життя фіксує погляд на обличчі людини, що спостерігає за ним, проте ця реакція ще нестійка. У півтора місяця дитина посміхається, побачивши обличчя матері.

У три місяці дитина може робити розгинання і згинання шії, у нього зміцнюються установки погляду. В чотири місяці у дитини з'являються перші диференціювання зорового сприйняття, змінюється його

поведінка, коли він бачить близьку людину, відбувається огляд предметів. Він може лежати на животі і «обмацувати поглядом» яскраві і блискучі предмети на близькій відстані. У 4 – 5 місяців у дитини відбуваються подальші зміни у фіксації погляду і поведінці. Дитина швидко впізнає близьких йому людей, хапає іграшки, що висять над ним, простягає руки до предмета і прагне наблизитися до нього, хапає ніжки своїми руками.

Далі об'єм сприйманих дитиною предметів збільшується, він може простягати руки до матері, свого зображення в дзеркалі, стукати по ньому ручками, а в 10 місяців грати зі своїм зображенням, наслідувати рухи дорослої людини.

При подальшому розвитку дитини удосконалюється зорова афферентація залежно від його положення тіла, яка поступово починає визначати його просторове орієнтування, стимульованого моторикою очей, а пізніше – уявленнями. Розвиток зорової афферентації відбувається одночасно з її диференціацією (розділенням цілого на частини) до сприйняття різних предметів і при одночасному вдосконаленні загальної моторики і поведінки дитини.

Формування зорових функцій в онтогенезі відбувається одночасно з дозріванням зорових і інших структурних утворень систем аналізаторів. Функція єдина із структурою, вони взаємозв'язані і взаємообумовлені у своєму розвитку (в онтогенезі).

Онтогенез зорового аналізатора має велике значення для розвитку пізнавальної діяльності зрячих і слабкозорих дітей. Для новонародженого поява зорової афферентації є принципово новим етапом в розвитку усій його сенсорики. Відомо, що види афферентації – тактильні, слухові, інтра- і проприоцентивні – отримують свій розвиток в період внутрішнього життя дитини. З поступовими

аналітичними структурними змінами на усіх рівнях зорового аналізатора відбувається розвиток різних функцій ока, змінюється його взаємодія з іншими органами відчуття (аналізаторами). Очі новонародженого до моменту народження анатомічно майже сформувалися. Проте розвиток ковбочкового апарату остаточно не завершився. Так, у новонароджених товщина ковбочок менша, а довжина коротша, ніж у дорослої людини. Розподіл ковбочок в області центральної ямки жовтої плями закінчується до шести місяців життя дитини.

Ширина зіниць у новонародженого при середньому освітленні дорівнює 1,5 мм, вона збільшується до 2,5 мм до кінця першого року життя, тоді як у дорослої людини ширина зіниць дорівнює 10 мм.

### ***Контрольні запитання***

- 1. Дайте фотохімічні характеристики зору.*
- 2. Порівняйте однокомпонентну та трьохкомпонентну теорії кольорового зору.*
- 3. Що таке роздільна здатність зору?*
- 4. Дайте визначення поняття «гострота зору», опишіть особливості її діагностики.*
- 5. Охарактеризуйте закономірності формування просторового зору у дитячому віці.*
- 6. Охарактеризуйте механізм виникнення кольорового зору та наведіть приклади вродженого порушення кольоровідчуття.*
- 7. Яким чином досягається правильна установка зорових осей?*
- 8. Охарактеризуйте закономірності формування рухового компоненту очей у дитячому віці.*

### Список використаної літератури

1. Аветисов Э. С. Руководство по детской офтальмологии / Э. С. Аветисов, Е. И. Ковалевский, А. В. Хватова. – М. : Изд-во «Медицина», 1987.
2. Детская офтальмология / Д. Тейлор, К. Хойт. – М. : «Бином» ; СПб. : «Невский Диалект», 2002.
3. Офтальмология : учеб. для вузов. / под ред. Е. А. Егорова. – М. : «ГЭОТАР-Медиа». 2008.
4. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова. – К. : Знання, 2008. – 365 с.

### 1.2. Класифікація порушень зорової функції в дітей та їх причини

Причин порушення зору в дітей дуже багато. Серед них є вроджені захворювання (зокрема спадкові) і набуті. Основними захворюваннями очей, які призводять до розладу зору, є: аномалії рефракції (міопія, гіперметропія, різні види астигматизму), патологія кришталика (катаракта, афакія, ектопія), атрофія зорового нерву, патологія судинної і сітчастої оболонки ока, вроджені аномалії розвитку, глаукома, наслідки травм ока, амбліопія. Знання можливостей зорового аналізатора при тому або іншому захворюванні, а також особливостей перебігу конкретної патології органу зору (відносно стабільний стан, можливе поліпшення або, навпаки, неминуче прогресуюче погіршення зору) багато в чому визначають не лише методику, але й стратегію реабілітаційних заходів.

Сьогодні на 1000 дітей, які проживають в Україні, припадає 4,3 дитини із сліпотою (одного або обох очей), і 38,0 із слабкозорістю. Серед сліпих і слабкозорих дітей 73,5 % складають сліпі на одне око (інваліди 3 групи), і 26,5 % – сліпі на обидва ока (інваліди 1 – 2 групи).

Сліпі (незрячі) – підкатегорія осіб з порушеннями зору, у яких повністю відсутні зорові відчуття, є світловідчуття або залишковий зір, а також особи з прогресивними захворюваннями і звуженням поля зору (до 10 – 15°) з гостротою зору до 0,08.

За мірою порушення зору розрізняють осіб з абсолютною (тотальною) сліпотою на обидва ока, при якій повністю втрачаються зорові відчуття, і осіб практично сліпих, у яких є світловідчуття або залишковий зір, що дозволяє сприймати світло, колір, контури (силуети) предметів.

До категорії слабкозорих належать люди з гостротою зору від 0,05 до 0,2 одиниць.

У дітей зі сліпотою й слабкозорістю частіше виявляють об'єднану патологію та синдромні поразки, які ускладнюють їх реабілітацію. Такі захворювання очей у дітей є вродженими (85 – 90 %) і в 1/3 випадків передаються генетично. В останні роки спостерігається тенденція до зростання вродженої патології органу зору. Діти з важкою патологією органу зору виховуються переважно в спеціалізованих садках і навчаються в школах для сліпих і слабкозорих або навчально-реабілітаційних центрах.

Показник інвалідності внаслідок вродженої й набутої в дитячому віці важкої патології очей (діти-інваліди, які отримують соціальну допомогу), складає 12,4 на 10 тис. дитячого населення України, при цьому головними причинами інвалідності очей «з дитинства» є наслідки травм – 18,1 % і захворювання – 81,9 % (С. О. Риков, Н. В. Пасечнікова).

### ***Порушення м'язового окорухового апарату***

Захворювання м'язового апарату ока – досить часта патологія серед очних захворювань. Вона проявляється в

неправильному положенні очей в орбіті, обмеженні їх рухливості, порушенні конвергенції і дивергенції, ністагмі тощо. Частіше зустрічається неправильне положення очей в орбіті – косоокість.

Найбільш поширеними порушеннями м'язового окорухового апарату є **косоокість** і **ністагм**.

**Косоокість** характеризується відхиленням одного з очей від загальної точки фіксації. Умовно її розділяють на співдружню і паралітичну косоокість.

Спочатку косоокість буває помітною тільки при стомленні або зосередженому розгляді якого-небудь предмета, але надалі посилюється і стає постійним. Гострота зору косячого ока різко знижується, погіршується можливість правильно визначати відстань між предметами, їх розміри, об'єм.

Косоокість є не тільки великим косметичним дефектом, але й значним функціональним недоліком в зоровому акті, що проявляється через порушення бінокулярного зору та зниження зорових функцій в оці, що косить.

Косоокість може бути зумовлена порушенням іннервації окорухових м'язів з різних причин, порушенням нормальних взаємовідношень між акомодациєю і конвергенцією обох очей або порушенням синхронної роботи акомодацийного апарату одного й другого ока та іншими причинами.

У розвитку співдружньої косоокості надається значна роль спадковості.

Останнім часом вважають, що в розвитку співдружньої косоокості має значення комплекс факторів. Завдання полягає в тому, щоб з'ясувати різноманітність причин, які порушують біфіксацію, й індивідуально підходити в кожному конкретному випадку до лікування косоокості.

Розрізняють такі види косоокості: **приховану, уявну (мниму) і явну.**

**Прихована косоокість** називається **гетерофорією**. Її можна виявити спеціальними методами дослідження. Гетерофорія не порушує бінокулярний зір і в більшості випадків лікування не потребує.

**Уявна (мнима) косоокість** – розходження між оптичною і зоровою осями більше  $5^\circ$ , що створює враження косоокості. Лікування не потребує, бінокулярний зір не порушується.

Явна косоокість може бути **співдружною та паралітичною.**

**Співдружна косоокість.** У практичній роботі частіше доводиться зустрічатись із співдружною косоокістю, якою страждає до 3,5 % дітей. Ознаки співдружньої косоокості такі:

- рух очей в різних напрямках в повному обсязі,
- відсутнє двоїння (диплопія) в очах і запаморочення,
- рівність первинного і вторинного кутів косоокості.

Під первинним кутом відхилення розуміють кут відхилення косого ока, під вторинним – здорового ока, які визначаються шляхом поперемінної фіксації об'єкта то одним, то другим оком.

**Співдружна косоокість.** До появи співдружньої косоокості можуть привести різні етіологічні чинники: захворювання центральної нервової системи, порушення рефракції, аномалії очорухового апарату тощо.

Залежно від того, на який бік відхиляється око (девіація), розрізняють **збіжну і розбіжну косоокість**, а також косоокість **догори і донизу**. Можливе поєднання горизонтального і вертикального відхилень.

Косоокість може бути **монолатеральною**, коли постійно відхиляється від спільної фіксації точки одне й те ж око і **альтернувальною**, при якій поперемінно

відхиляється то одне, то друге око залежно від того, яке із них в даний момент є фіксуючим.

Величина відхилення косого ока (кут косоокості) виражається в градусах і визначається за допомогою периметра, синоптофора і способом Гіршберга.

**Співдружня косоокість** може бути *акомодаційною, неакомодаційною і частково акомодаційною.*

**Акомодаційна косоокість** – це косоокість, зумовлена аномаліями рефракції і порушенням нормальних взаємовідношень між акомодацією і конвергенцією. Вона зустрічається у 25 – 40 % косооких дітей, у яких виявляють гіперметропічну або міопічну рефракцію. Акомодаційна косоокість з'являється в 2 – 3-річному віці, коли у дитини розвивається здатність до акомодації. Але у 8 – 16 % акомодаційна косоокість може бути уродженою.

За наявності у дитини аметропії, умови для акомодації змінюються: при високій гіперметропії акомодація стає надмірною, при міопії – недостатньою. Створюються неадекватні умови для спільної роботи очей, бінокулярний зір затруднюється і зображення одного із очей подавляється свідомістю, подібно до того, як при розгляданні об'єктів в монокулярний мікроскоп при незакритому другому оці подавляється зображення останнього. Свідомістю частіше подавляється менш чітке зображення, яке поступає до кори головного мозку від ока з меншою гостротою зору, що спричинено більш високим ступенем аметропії. У таких випадках положення ока в орбіті зумовлюється тільки тонусом його око рухових м'язів.

Спочатку око відхиляється періодично, проте надалі його відхилення стає постійним. В таких випадках косоокість стає монолатеральною. При рівній або майже рівній аметропії в обох очах і однаковій гостроті зору



розвивається альтернуюча косоокість. При таких умовах кора головного мозку поперемінно подавляє зображення одного і другого ока.

У дітей з гіперметропічною рефракцією завдяки надмірній акомодатії виникає і посилений, порівнюючи з необхідністю, імпульс до апарату конвергенції, що спричиняє відхилення ока до середини – розвивається збіжна косоокість. При наявності міопії відсутність акомодатії послаблює імпульс до конвергенції, і око відхиляється назовні – з’являється **розбіжна косоокість**.

Приведення у відповідність акомодатії і конвергенції шляхом коригування аметропії (призначення окулярів) призводить до зникнення косоокості.

**Неакомодаційна косоокість** розвивається в зв’язку з парезами окорохових м’язів внаслідок внутрішньоутробної і родової травми або захворювання в постнатальному періоді (дитячий церебральний параліч та інші). У 70 % випадків горизонтальне відхилення ока поєднується з вертикальним компонентом. Аномалії рефракції при неакомодаційній косоокості слабо виражені. Медикаментозне виключення акомодатії й окуляри не призводять до виправлення косоокості.

**Частково акомодаційна косоокість** займає проміжне місце між акомодаційною і неакомодаційною косоокістю. Аномалії рефракції при такій косоокості середнього ступеня. Можливі анізетропія і астигматизм. При частково акомодаційній косоокості поєднуються незвичайні умови акомодатії з паретичним компонентом. Вона іноді з’являється після хірургічного лікування неакомодаційної косоокості.

**Паралітична косоокість** характеризується обмеженням (парез) або відсутністю (параліч) рухливості ока, яке косить у бік паралізованого м’яза. Паралітична косоокість зумовлена порушенням іннервації зовнішніх

м'язів очного яблука. Порушення іннервації можуть бути спричинені травмами, інтоксикаціями, пухлинами, крововиливами, інфекційними захворюваннями та ін.

Паралітична косоокість з'являється раптово в будь-якому віці, відсутній або значно обмежений рух косого ока в бік ураженого м'яза, наявна диплопія, кут вторинного відхилення ока завжди більший кута первинного відхилення.

**Диплопія** (двоїння) – дуже обтяжливий для хворого розлад, який затруднює орієнтування в просторі, спричиняє запаморочення. Вона відразу проходить, якщо закрити одне око. З часом зображення від косого ока в корі головного мозку подавляється і диплопія зникає.

**Ністагм** – це мимовільні коливальні рухи очних яблук (тремтіння очей). Розрізняють фізіологічний і патологічний ністагми. За напрямком руху очей ністагм може бути горизонтальним, вертикальним, обертальним, маятникоподібним тощо.

Однією з форм **фізіологічного ністагму** є так званий оптокінетичний ністагм, що виникає при розгляді об'єктів, що швидко рухаються перед очима. Оптокінетичний ністагм зазвичай спостерігається вже у дітей 4 – 5 місяців, що відповідає початку розвитку функцій лобових доль головного мозку.

У дітей з порушенням зору часто відзначається **патологічний ністагм**. Причину можна бачити в період внутріутробного розвитку, під час пологів і післяпологовому періоді, що також припускає організацію лікувально-відновної і корекційної роботи з цими дітьми.

Причиною ністагму можуть бути різні зміни очей уродженого або набутого (в ранньому дитинстві) характеру, які значно знижують зір і порушують макулярну фіксацію. Із загальних причин виникнення

ністагму можуть бути захворювання центральної нервової системи, частіше – уродженого характеру.

Ністагм призводить до значного зниження зору. З віком можливе зменшення ністагму. Лікування самого ністагму мало ефективне. Необхідно усунути саму причину, що дуже важко.

**Акомодація ока** – процес пристосування до ясного бачення предмета на різній відстані шляхом зміни заломлюючої сили кришталика і постійного утримання зображення на сітківці.

Проте недостатність освітлення в класній кімнаті примушує учнів низько нахилитися над книгою, що може викликати напругу або спазм акомодатії (судорожні скорочення м'язів), спазм триває і після того, як очі перестали фіксувати близький предмет. У деяких випадках спазм акомодатії у дітей приймають за розвиток короткозорості. Щоб зняти спазм акомодатії і точно встановити вид і міру клінічної рефракції ока, проводять атропінізацію.

Послаблення і параліч акомодатії (втрата здатності розрізняти дрібний шрифт і дрібні деталі на близькій відстані) сильно утрудняють навчальну роботу, особливо при далекозорості високих ступенів.

Деякі захворювання органу зору, травми ока, післяопераційна афакія (відсутність кришталика), захворювання центральної нервової системи, зухвалі паралічі або послаблення м'яза акомодатії та інші причини супроводжуються розладом акомодатії. У цих випадках окрім окулярів, призначених для постійного носіння, під час заняття необхідно користуватися спеціальними окулярами.

**Конвергенція** – це процес зведення зорових осей до їх перетину на певному предметі, тобто у точці фіксації. При розгляді предметів вдалині зорові осі очей

розташовуються паралельно завдяки тому, що м'язові апарати знаходяться в стані відносного спокою. Сприйняття предметів зблизька забезпечується зведенням зорових осей за допомогою скорочення прямих м'язів ока, або конвергенції. У дітей з порушенням зору величина (сила) конвергенції може значно відрізнятись від конвергенції дітей з нормальним зором. Конвергенція може порушуватися також у здорових дітей, що навчаються в масових школах, при аномаліях рефракції і призводити до порушень біокулярного зору.

### ***Оптичні механізми зору та їх порушення***

Оптичні основи зору забезпечуються:

- 1) побудовою зображення;
- 2) взаємозв'язком об'єкту з суб'єктом, тобто кінцевим сенсорним ефектом (образом);
- 3) розсіянням світла.

Побудова образу визначається чіткістю зору, його гостротою, величиною збудженого поля сітківки, локалізацією зображення. Формування зображення багато в чому залежить від правильного або неправильного заломлення (аметропія) в оці, що може бути обумовлено зміною:

- ⊕ довжини осей очного яблука;
- ⊕ кривизни поверхні рогівки ока або кришталика;
- ⊕ заломлення різних оптичних середовищ;
- ⊕ іннервації, що міняє заломлюючу силу кришталика.

**Аметропія**, викликана змінами довжини осей очного яблука, дістала назву осьова. Аметропія, що виникла внаслідок сили діоптрійної системи, називається рефракційною. Акомодаційною або функціональною аметропією називається та, при якій відбувається зміна заломлюючої сили акомодації внаслідок порушення її іннервації.

**Короткозорість (міопія).** Розрізняють дві форми короткозорості: уявну короткозорість і просту короткозорість. Спостереження за силою або об'ємом акомодатції показують, що після народження дитини відбувається поступовий розвиток заломлюючої сили, обумовлений віком дитини, особливостями розвитку ока і, раніш за все, війкового тіла, розміром очей і війкового м'яза. При короткозорості, або міопії (лат. *miopia* – короткозорість), у зв'язку з відхиленнями в рефракції ока зображення знаходиться попереду сітківки.

При **уявній короткозорості** дитина може ясно бачити на відстані 4 – 6 см, тобто відстані ближчій, ніж для далекозорої і дорослої людини з нормальним зором. Таке бачення дитини пояснюється великою силою акомодатції, яка може перевищувати 20 діоптрій (Д). Це зумовлено тим, що кришталік може набувати при скороченні війкового м'яза майже кулястої форми. З віком дитини (до півтора років життя) передньозадній діаметр ока збільшується до 92 %, а до 3 років він досягає 94 % діаметру ока дорослої людини. До цього терміну зменшується дитяча далекозорість. Одночасно збільшується розмір очей і відбувається подальший розвиток війкового м'яза й інших м'язів, а також формується структура центральної ланки зорового аналізатора.

**Прогресуюча короткозорість.** Короткозорість, виявлену у дітей шкільного віку, прийнято називати «шкільною». Проте так звана шкільна короткозорість дуже часто зустрічається вже в дошкільному і передшкільному віці. Короткозорість прогресує у дітей будь-якого віку. Виникнувши з еметропії – нормальної рефракції, короткозорість у зв'язку із зростанням ока (зокрема й у передньозадньому напрямі) обов'язково збільшується. Це збільшення може бути повільним і дуже незначним (десяти долі діоптрій в рік) і розвиватися як «біологічний варіант»,

а в інших випадках передньозадній розмір ока може збільшуватися швидко, тобто по «патологічному варіанту».

Не можна говорити, що короткозорість у дитини може бути стабільною, якщо в її основі лежить осьовий варіант, т. е. подовження сагітальної осі. Порівняно стабільною короткозорість може бути лише у разі її оптичної природи (рогівка, кришталік). Дослідження клінічної рефракції у багатьох тисяч дітей від народження до 15 років дозволяють вважати, що короткозорість, що виникла у будь-якому віці, є придбаною, прогресуючою, але швидкість і величина її посилення бувають дуже різноманітними.

За останні десятиліття в усіх високорозвинених країнах число короткозорих дітей збільшується. Це пов'язано переважно з непомірним зоровим навантаженням з самого раннього віку, заняттям з дрібними іграшками, неправильною осанкою, малою ігровою рухливістю, та ще при зниженій освітленості. Малюк майже увесь час знаходиться практично на рівні підлоги, де освітленість не перевищує 50 лк, а комфортна для зорового аналізатора освітленість складає не менше 500 лк. Стан дитини в таких умовах ще більше погіршується, якщо у нього є природжена (частіше спадкова) короткозорість, а таких дітей до 2 %.

З далекозорістю приблизно 4 дптр народжуються 95 % дітей. З так званою еметропією, тобто співвимірною, нормальною для дорослого рефракцією – 3 %. Рефракція ока розвивається від далекозорості (гіперметропії) при народженні до еметропії, а від еметропії до міопії (короткозорості) слабкої (низької), потім середньою і, нарешті, до сильної – високої.

Набута короткозорість буває вже у дошкільнят (до 9 %) але частіше виникає в шкільному віці; до 3 – 4 класу її

частота досягає 15 – 17 %, а до 10 класу перевищує 25 % усіх школярів.

Спрощено розвиток короткозорості можна представити таким чином: око, що має майже кулясту форму, яка властива далекозорому і еметропу, починає поступово подовжуватися в передньозадньому напрямі, набуває яйцевидної форми. Це порушує відповідність заломлюючої здатності оптичних компонентів ока і світлочутливої частини ока – сітківки.

Діагностика короткозорості не представляє труднощів і судити про неї можна насамперед по зниженій гостроті зору вдаль. При цьому немає помітних змін (помутнінь) ні в рогівці, ні у волозі передньої камери, ні в області зіниці (кришталику, скловидному тілі). Для діагностики важливо те, що разом з пониженням зору вдаль, залишається гарною гострота зору на дрібні об'єкти зблизька. При короткозорості гострота зору вдаль підвищується при примруженні очей, а також через мінусові (розсіювальні, зменшуючі) коригувальні скельця.

**Далекозорість.** Розрізняють два види далекозорості: природну дитячу і звичайну далекозорість. При далекозорості у новонароджених рогівка і кришталік більш опуклі, ніж у дорослої людини. У природних умовах у новонародженого радіус кривизни передньої поверхні кришталика майже удвічі менше в порівнянні з дорослими людьми. У новонароджених відстань між межами основних заломлюючих середовищ також менше, ніж у дорослих. Передньозадній діаметр ока приблизно на 25 % коротше у новонароджених в порівнянні з діаметром ока дорослого. Око у дитини обумовлює сильніше заломлення променів, в результаті якого паралельні промені сходяться позаду сітківки і не забезпечать ясного бачення предмету. Для того, щоб зійшлися промені на

сітківці, потрібне додаткове зусилля з боку війкового тіла і м'язів і регуляції акомодациї. Отже, око дитини може бути назване далекозорим.

При далекозорості ближня точка ясного бачення завжди знаходиться від сітківки ока на більшій відстані, ніж у осіб з нормальним зором. Оскільки сили акомодациї частково використовуються при установці на далечінь, то її залишкових сил недостатньо для ясного бачення предметів зблизька. Для виправлення далекозорості вимагається посилити заломлення за допомогою окулярів з двоопуклими лінзами.

**Високою далекозорістю** прийнято вважати далекозорість в 5 дптр і більше. Діагностика цього виду аметропії можлива лише шляхом дослідження клінічної рефракції офтальмологом в перші 2–4 місяця життя дитини, якщо є дані педіатра про обтяжену спадковість по цій аномалії рефракції, і дитина включена в групу профілактики очної патології.

У зв'язку з тим, що при високій далекозорості потрібна постійна напруга акомодациї і відповідно до цього надмірний імпульс до конвергенції, вже до 6 місяця життя можуть розвинутися співдружня косоокість і амбліопія. Отже, профілактика косоокості і амбліопії повинна полягати в ранньому призначенні оптичної (очкової) корекції виходячи з вікової норми клінічної рефракції.

**Вроджені аномалії рефракції (аметропії).** До природжених аномалій рефракції зараховують насамперед короткозорість будь-якої величини (від 1 до 10 і більше дптр), високу далекозорість (більше 5 дптр) і виражений астигматизм (більше 2 дптр). Річ у тому, що кожна з цих аметропій більшою чи меншою мірою відбивається на гостроті зору удалину і зблизька і на правильності сприйняття предметів, що оточують дитину.



Рання «педіатрична» діагностика вродженої короткозорості не представляється можливою. Швидке виявлення вродженої короткозорості – справа дуже важлива, оскільки дітям з цим захворюванням треба допомогти бачити віддалені від очей предмети. Високий зір забезпечує швидку адаптацію до зовнішніх умов. Своєчасному виявленню вродженої короткозорості може сприяти тільки з'ясування анамнезу у батьків відносно короткозорості у членів сім'ї, тобто обтяжений по короткозорості спадковості. Запізніле виявлення вродженої короткозорості і відсутність її оптимальної оптичної корекції (окуляри, контактні лінзи) можуть вже до року життя викликати у дитини рефракційну амбліопію і співдружню косоокість.

Вроджена короткозорість зустрічається у 1 – 2 % новонароджених, висока вроджена далекозорість (більше 5 дптр) і виражений астигматизм (2 дптр і більше) приблизно по 10 %, більшість аметропій спадково детерміновано.

Вроджений астигматизм до 0,5 дптр зустрічається у більшості новонароджених і належить до «фізіологічного», «біологічного» варіанту клінічної рефракції, який практично не впливає на гостроту зору і на розвиток його бінокулярності. Проте, як показує практика, астигматизм вже в 1 дптр і більше знижує зір і погіршує зоровий комфорт.

**Амбліопія.** Велику частину дітей з функціональними порушеннями зору складають діти з амбліопією і косоокістю. Під амбліопією треба розуміти різні за походженням форми пониження гостроти зору, причиною якої є функціональні розлади зорового апарату. Розрізняють наступні види амбліопії: дисбінокулярна, обскураційна, рефракційна та істерична. Амбліопія і косоокість, обумовлюючи зниження гостроти зору й інших

зорових функцій, неминуче стають причиною виникнення зорової депривації (недостатнього задоволення зорової потреби). У переважній більшості дітей з амбліопією та косоокістю зір піддається відновленню за рахунок спеціально організованого лікування в умовах спеціального реабілітаційного або корекційного навчального закладу або в кабінеті охорони зору при поліклініці. Фахівці цих установ покликані займатися не лише лікувальною роботою, спрямованою на відновлення зору дітей, але і коригувати (попереджати й долати) вторинні відхилення в їх розвитку, що виникають у період зорової патології.

Амбліопія займає одне з провідних місць у структурі захворюваності та слабкості зору в дітей. У школах для слабкозорих і сліпих близько 30 % учнів складають діти з амбліопією. У структурі дитячої очної патології багато офтальмологів ставлять амбліопію у дошкільнят на перше місце, а у школярів – на друге після міопії.

Виникнення амбліопії пов'язують з недостатнім зоровим досвідом в ранньому дитинстві внаслідок некорегованих аномалій рефракції, косоокості, порушення прозорості заломлюючих середовищ або інших станів, що порушують нормальне формування образів зовнішнього світу. Амбліопія – нефункціонуюче око або «ледаче око» – без ознак структурних аномалій або очних захворювань. Це функціональний дефект зорової системи, морфологічна субстанція якого до кінця не вивчена. Деякі сучасні автори відносять цей дефект швидше до синдрому, що включає підвищений поріг сприйняття контурів предметів, просторові спотворення, нестійку і неточну монокулярну фіксацію, слабку здатність очей до стеження, понижену контрастну чутливість, ослаблену акомодацию. Вважається, що про дисбінокулярну амбліопію можливо говорити у тому випадку, якщо гострота зору ока, що

косить, в правильно підібраних окулярах нижче гостроти зору провідного ока на 0,2 – 0,3 без яких-небудь об'єктивних причин для цього. При двобічному зниженні зору амбліопією вважається гострота зору з корекцією нижче 0,9.

При діагностиці амбліопії у дітей необхідно враховувати, що гострота зору у дитини після народження розвивається поступово і досягає нормальних величин тільки до шкільного віку. Зниженою гостротою зору у дітей до 1 року слід рахувати величину, рівну половині або нижче половини середньої фізіологічної (відповідно до віку), а для дітей у віці 1 – 3,5 років – нижче середньофізіологічної на 0,2 і більше.

Відомо, що при амбліопії зниження зору супроводжується зміною кольорового зору і контрастної чутливості. Значніші зміни кольорової чутливості виявлені на зелений колір при різній яскравості та насиченості стимулу. При всіх видах амбліопії виявляється підвищений поріг кольоровідчуття на червоний, зелений і синій кольори. Чутливість до яскравості при амбліопії частіше знижується на синій колір. При дисбінокулярній амбліопії відзначено зниження чутливості до яскравості та контрасту на парному здоровому оці.

Нормальна чутливість колірних каналів, що виявляється на червоний, зелений і синій кольорові стимули в центральній зоні в 2° і 7°, при дисбінокулярній амбліопії свідчать про відсутність органічних змін макулярної області, що визначає вибір тактики лікування. Зниження чутливості на малонасичений червоний колір в зоні 7° зустрічається частіше при амбліопії, що погано піддається лікуванню, що може бути результатом грубих органічних змін як макулярної області, так і центральних відділів зорової системи, що вимагає додаткових досліджень для точної діагностики.

**Вроджена патологія** очного яблука настільки ж різноманітна, наскільки багатогранні її етіологія та патогенез. Вона може зустрічатися практично в кожній структурі ока, у кожній його оболонці. За характером патологічні зміни бувають запальними, дистрофічними (дегенеративними), пухлинними, посттравматичними, а за походженням – спадковими або внутрішньоутробними. У частини дітей патологія очей може виникнути під час пологів матері або в ранньому постнатальному періоді. Більшість вроджених очних змін обумовлена патологією вагітності в різні її періоди.

До числа вроджених змін очного яблука, які вимагають великої уваги, а часом і негайної лікарської допомоги в цілях ранньої профілактики ускладнень, доцільно віднести патологію рогівки (мікрокорнеа, макрокорнеа, кератит, дистрофія, пухлини і гідрофтальм), судинної оболонки (аніридія, колобома, полікорія, коректопія), кришталика (афакія, дислокація і помутніння кришталика), очного дна (дистрофія, атрофія, ушкодження).

**Патологія рогівки.** Мікрокорнеа (мала рогівка) нерідко поєднується з мікрофтальмом (мале око). І в тому і в іншому випадку відзначаються низькі зорові функції і можливе підвищення офтальмотонуса, тобто вторинна вроджена гіпертензія ока або глаукома.

Діагностика мікрокорнеа загальнодоступна. Вона полягає у вимірі діаметру рогівки за допомогою лінійки з міліметровими діленнями. Основна, а іноді і єдина ознака цієї аномалії – малі розміри рогівки як по вертикалі, так і по горизонталі. Зменшення діаметру рогівки в порівнянні з віковою нормою на 2 мм і більше може вказувати на мікрокорнеа. Діаметр нормальної рогівки у новонародженого в середньому 9 мм; діаметр 7 мм і менш

можна вважати патологією. При мікрокорнеа завжди буває дрібна передня камера.

Мегало (макро) корнеа (велика рогівка) – це рогівка, яка має діаметр на 2 мм більше і перевищує вікову норму. Так, якщо у новонародженого в пологовому будинку діаметр однієї або обох рогівок перевищує 11 мм (норма 9 мм), то діагностують мегалокорнеа. Прозорість рогівки при цьому не порушена. Патологія рогівки у новонароджених може проявлятися не лише у вигляді аномалій її розмірів і форми, але і у вигляді запалень, дегенерацій і доброякісних пухлин (дермоїдів).

**Гідрофтальм** («водянка ока») або природжена глаукома, обумовлена аномалією розвитку дренажного апарату ока (райдужко-роговічного кута), у зв'язку з чим порушується відтік водянистої вологи і підвищується внутрішньоочний тиск. Капсула ока (склера) у дітей раннього віку податлива і під впливом підвищеного тиску розтягується, у зв'язку з чим провідним діагностичним критерієм стає збільшення очного яблука в цілому.

**Патологія судинної оболонки.** Аніридія (відсутність райдужки) може бути одно- або двобічною. Ця аномалія розвитку діагностується відразу та безпомилково в процесі візуального дослідження переднього відрізка очного яблука.

**Колобома** або дефект райдужки – один з найбільш частих різновидів вроджених аномалій судинної оболонки. Клінічно колобоми дуже наочні: дефект тканини у вигляді «замочної щілини» або груші, поверненою вузькою частиною донизу. Гострота зору в оці з колобомою завжди нижче, ніж в здоровому. Якщо ця патологія є в обох очах, нерідко виникає ністагм.

**Патологія кришталика.** Катаракта або помутніння кришталика, виявляється легко, якщо розташовується в зіничній зоні в передніх відділах, має значні розміри і

інтенсивність. Кардинальна ознака катаракти – це сірий або білий колір області зіниці (замість чорного). Процес може бути одно- і двобічним. За походженням вроджені катаракти можуть бути спадковими, внутрішньоутробними і перинатальними (з ушкодженням капсули). Види і локалізація катаракт дуже різноманітні.

Частіше зустрічаються зонулярні (часткові, шаруваті); дифузні (плівчасті, повні), ядерні (центральні); вінцеві (периферичні), поліморфні (багатоформові, атипові); передні і задні полярні (у центрі передньої або задньої капсули кришталика) катаракти.

**Афакія** – це відсутність кришталика; вона може бути не лише післяопераційною, але і вродженою. Основні симптоми афакії, які можна виявити вже у новонародженого, характеризуються поглибленням передньої камери приблизно в 2 рази в порівнянні з нормою, тобто до 4 мм замість 1,5-2 мм, тремтінням райдужки (іридодонезом). Цілком природно, що при афакії у більшості випадків є висока далекозорість (12 дптр і більше) і низький зір, але виявити це може тільки офтальмолог.

**Вивих** і **підвивих** кришталика. Кришталик може бути зміщений в передню камеру або в склоподібне тіло. Якщо вивихнутий кришталик знаходиться в склоподібному тілі, то симптоми при цьому такі ж, як і при афакії. Якщо вивих стався в процесі патологічних пологів, то він небезпечний виникненням асептичного запалення – **увейту** з явищами роздратування ока у вигляді корнеального синдрому і гіперемії ока або гіпертензією ока із застійною ін'єкцією і набряклістю рогівки. Кришталик, вивихнутий в передню камеру, можна виявити неозброєним оком. У такому разі зазвичай виникає гіпертензія ока.

**Підвивих кришталика** може статися в передню, але частіше – в задню камеру і склоподібне тіло. У тому і в

іншому випадку відзначаються нерівномірність глибини передньої камери, частковий іридодонез (тремтіння райдужки) і може бути видний край кришталіка. Дислокація кришталіка, як правило, супроводжується роздратуванням ока і підвищенням внутрішньоочного тиску. Природжені підвивихи кришталіків, частіше двобічні, можуть бути проявом системної патології організму – синдромів Марфана і Маркезані. Діти з вивихами і підвивихами кришталіків незалежно від їх причини підлягають включенню в диспансерну групу очної патології і потребують термінової консультації офтальмолога в перші дні життя.

Зорове порушення вродженого характеру часто поєднується з нервово-психічними розладами: парези кінцівок, зниження слуху, порушення мовлення, розумова відсталість, різні порушення центральної нервової системи. Близько 30 % дітей з порушеннями зору мають органічну недостатність ЦНС.

Причинами вроджених порушень є ушкодження або захворювання плоду під час вагітності, внутрішньоутробні патології зорового органу внаслідок токсоплазмозу, краснухи та інших тяжких захворювань матері під час вагітності, особливо на ранніх її етапах, коли у плода формується орган зору. Вони можуть бути наслідком спадкового передання деяких вад зору.

Набуті вади зорового аналізатора поширені менше, ніж вроджені. Набуті порушення зору можуть з'явитися внаслідок захворювань самої дитини, наприклад менінгіту, менінгоенцифаліту, при пухлинах мозку тощо; внаслідок загальних захворювань організму дитини (кір, грип, скарлатина), травматичних ушкоджень мозку (поранення голови, від удару) та очей, захворювань органа зору – сітківки, рогівки, а також захворювань центральної нервової системи.

### **Контрольні запитання**

1. Назвіть основні порушення окорухового апарату.
2. Охарактеризуйте оптичні механізми зору та назвіть їх основні порушення.
3. У чому полягають особливості порушення зору при міопії, гіперметропії?
4. Дайте визначення поняття «амбліопія», опишіть особливості її діагностики та корекції.
5. Дайте визначення поняття «вроджені аномалії рефракції (аметропія)», опишіть причини виникнення, методи діагностики.
6. Назвіть причини виникнення зорових порушень.
7. Дайте характеристику основним видам вродженої важкої офтальмопатології у дітей.

### **Список використаної літератури**

1. Ананин В. Ф. Акомодация и близорукость / В. Ф. Ананин. – М., 1989.
2. Виденина И. В. Роль вегетативно-нервной системы в развитии отдельных форм миопии у детей дошкольного и школьного возраста / И. В. Виденина // Офтальмологический журнал. – 1992. – № 6. – С. 262 – 264.
3. Волков В. В. О вероятных механизмах миопизации глаза в школьные годы / В. В. Волков // Офтальмологический журнал. – 1998. – № 3. – С. 12 – 132.
4. Кузнецова М. В. Причина развития близорукости и ее лечение / М. В. Кузнецова. – М. : «Медпрессинформ», 2004.
5. Либман Е. С. Причины слепоты и слабовидения, потребность в медицинской реабилитации детей школьного возраста / Е. С. Либман, Е. В. Шахова, Е. К. Мирошникова // Офтальмологический журнал. – 1994. – № 1. – С. 5 – 7.



6. Пасечникова Н. В. Врожденная, наследственная и рано приобретенная патология глаз в формировании слепоты и слабовидения в Украине / Н. В. Пасечникова, С. А. Рыков, Л. Ю. Науменко, Т. В. Крыжановская // Вроджена та генетично обумовлена сліпота та слабкозорість. Проблеми діагностики, обстеження та комплексне лікування : матеріали IV наук.-практ. конф. дитячих офтальмологів України. – Алушта, АР Крим, 2009. – С. 316 – 322.

7. Петруня А. М. Вторичное косоглазие / А. М. Петруня, С. А. Гончарова, Г. В. Пантелеев, Е. И. Тырлова // Офтальмологический журнал. – 2010. – № 3. – С. 25 – 29.

8. Рыков С. А. Виды косоглазия, их классификация, особенности диагностики и лечения / С. А. Рыков, А. С. Сенякина // Вроджена та генетично обумовлена сліпота та слабкозорість. Проблеми діагностики, обстеження та комплексне лікування : матеріали IV наук.-практ. конф. дитячих офтальмологів України з міжнародною участю. – Алушта : Партеніт, 2009. – С. 57 – 59.

### **1.3. Медична реабілітація та профілактика порушень зору в дітей**

Для того, щоб виховання і навчання дітей в групах профілактики очної патології здійснювалося гармонійно і не порушувало розробленої програми, офтальмологи спільно з вихователями та із залученням батьків розробляють індивідуальні методи профілактики порушень зору.

Корекційна робота з дітьми здійснюється за принципом граючи – лікуємося. Усі лікувальні заходи у дітей в групах профілактики очної патології мають бути

ненасильницькими, ненав'язливими, нетривалими, цікавими і ігровими з урахуванням психоемоційного стану дитини.

Сучасна офтальмологія налічує велику кількість високоефективних методів обстеження і лікування захворювань зорової системи. Широко використовуються електрофізіологічні і психофізичні методи, такі як макулярна ЕРГ, колірна комп'ютерна кампіметрія, ахроматична і хроматична просторова контрастна чутливість, топографія колірної контрастної чутливості, а також дослідження on-off-каналів ковбчкової системи сітківки.

**Короткозорість.** Боротьба з короткозорістю, почата в дитячих дошкільних установах, повинна неухильно тривати в школах. Як і в дошкільних установах, краще всього виділити групи очної профілактики. Це переважно діти, які потребують додаткової опіки викладачів, педіатрів і батьків. При виявленні у дитини зниженого зору одного або обох очей без загальних або місцевих захворювань або ушкоджень, батьки, вихователі і педагоги повинні вжити заходи до того, щоб зір і стан очей були досліджені офтальмологом або педіатром.

Наявність короткозорості офтальмолог уточнює насамперед суб'єктивним методом, тобто перевіркою гостроти зору удалину і зблизька, без коригуючих скелець і з ними. Поліпшення гостроти зору з мінусовою (-0,5 дптр) і погіршення з плюсовою (+0,5 дптр) лінзами свідчить про істинну або про уявну (мниму: спазм – напруга акомодатції) короткозорість. Далі перевіряють фізичну (на офтальмометрі) і клінічну (скіаскопічно або на рефрактометрі) рефракцію без циклоплегії або на її фоні. Атропінова багатоденна циклоплегія нині застосовується у край рідко й показана в дошкільнят і молодших школярів

при підозрі на стійкий спазм акомодациї на тлі виявленої суб'єктивним методом короткозорості.

Щоб встановити природу короткозорості, окрім офтальмометрії і рефрактометрії, слід визначити сагітальну вісь кожного ока за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД). Усі отримані дані необхідно співвіднести з віком дитини, оскільки тільки в цьому випадку можна прийти до правильної якісно-кількісної оцінки клінічної рефракції. Знання природи короткозорості важливе для лікування і профілактики її прогресу. Необхідно усунути ті несприятливі чинники, які раніше або пізніше можуть привести або вже привели до короткозорості. Не можна дотримуватися вичікувальної, пасивної тактики, тим більше що вплив більшості цих чинників може бути виключений або зведений до мінімуму. У цьому мають бути зацікавлені не лише офтальмологи, але і мікропедіатри, педіатри, патронажні медичні сестри, гігієністи, шкільні лікарі разом з батьками, вихователями дитячих дошкільних установ і вчителів шкіл, яким слід об'єднати зусилля у боротьбі з виникненням короткозорості та її прогресом.

Основними методами профілактичного лікування короткозорості є:

- консервативне;
- апаратне (лазерна біостимуляція, тренування резервів акомодациї, комп'ютерні програми);
- окулярна та контактна корекція.

Існує два види лікування міопії – терапевтичне і хірургічне.

Терапевтичне лікування короткозорості включає комплекс профілактичних заходів, направлених на сповільнення прогресування короткозорості. У період росту організму короткозорість прогресує частіше, тому особливо ретельно слід проводити лікування міопії в

дитячому та підлітковому віці. Обов'язкове призначення раціональної корекції, усунення спазмів циліарного м'язу і явищ астенопії. Рекомендуються спеціальні вправи для тренування циліарних м'язів – апаратне лікування короткозорості. Апаратне лікування короткозорості являється профілактичним і направлене на призупинення її прогресування.

**Вакуумний масаж** – це дія на око перемінним вакуумом, що подається в спеціальні окуляри – «мінібарокамери». У результаті цього підвищується кровообіг в оці, стимулюється робота циліарного м'язу, поліпшується гідродинаміка очі, що сприяє нормалізації внутрішньоочного тиску. Застосовується для лікування порушення акомодатії (міопії, гіперметропії, астигматизмі), косоокості, амбліопії, захворюваннях очей метаболічного характеру (дегенерація сітківки, катаракта, глаукома), для зоровому стомленні при значному зоровому навантаженні, при роботі за комп'ютером.

**Лазерний амбліоспектл** – апарат для лазеротерапії та лазеростимуляції очей. Впливає на циліарний м'яз, покращує живлення ока, призначений для лікування і профілактики функціональних зорових порушень – зорового стомлення, астенопії, амбліопії, ністагму, міопії, спазму акомодатії, крововиливах, судинних захворюваннях і захворюваннях які супроводжуються явищами набряку або запалення. При цьому поліпшується гострота зору, функції акомодатії і просторовий зір. В основі лікувального ефекту лежить імпульсний вплив слабкого випромінювання напівпровідникового лазера з утворення «спектл-структури».

**Офтальмохромотерапія** – лікування за допомогою колірної стимуляції базується на нормалізації мікроциркуляції крові, викликає протизапальний, анальгезуючий, біостимуляційний ефект. Відбувається

фотобіоактивація на молекулярному, клітинному, тканинному, органному та системному рівнях. Застосовуються чотири кольори: основні – зелений, синій; додаткові – червоний, жовтий.

**Електростимулятор «ЕСО»** – це стимуляція дозованим електричним струмом малої інтенсивності периферичного відділу зорового аналізатора. Застосовується для діагностики уражень зорового нерва і сітківки, а також для лікування спазму акомодатції, короткозорості, амбліопії, дистрофічних змін зорового нерва і сітківки. Електростимуляція сприяє підвищенню провідності імпульсів у зоровому нерві і особливо ефективна при лікуванні атрофії зорового нерва, короткозорості, ністагмі, а також для поліпшення і відновлення зорової системи в цілому.

**Магнітотерапія** – вплив рухливого реверсивного магнітного поля. Цей метод лікування захворювань очей, при якому позитивний терапевтичний ефект досягається за рахунок поліпшення кровообігу, трофіки, усунення гіпоксії, вираженої протинабрякової, протизапальної, імуномодулюючої, нейротрофічної дії. Показаннями до лікування є такі захворювання: міопія, спазм акомодатції, амбліопія різного генезу, дистрофія сітківки, ірідоцикліти, кератити, неврити зорового нерва, тромбози судин сітківки, внутрішньоочні крововиливи.

Якщо **міопія** висока ускладнена, окрім вище перерахованого, рекомендовано щадний режим: забороняються фізичні навантаження і зорові перевантаження.

Одним із методів лікування міопії є окулярна корекція. В пацієнтів, які не носять окуляри, або носять неправильно підібрані окуляри, **міопія** прогресує.

Міопію можна виправити окулярами, контактними лінзами чи рефракційної хірургією. У залежності від

ступеня короткозорості дитина може відчувати потребу в окулярах постійно, або тільки коли необхідний зір удалину, наприклад при перегляді телепрограм і кінофільмів, коли треба дивитися на дошку. При короткозорості сила очкових скелець і контактних лінз позначається негативним числом. Чим воно більш негативне, тим лінзи більш сильні.

Рефракційна хірургія здатна зменшити або повністю усунути залежність від окулярів або контактних лінз. Найбільш часто такі операції робляться за допомогою спеціальних ексимерних лазерів. Під час фоторефракційної кератектомії, або ФРК, лазер видаляє найтонший шар тканини рогівки, що викликає сплющення рогівки й дозволяє світловим променям в оці збиратися ближче до сітківки або прямо на ній. Під час проведення операції LASIK (читається: лейсік) – найчастішої рефракційної операції – з поверхневих шарів рогівки вирізується шматок, під яким лазерним променем видаляється невелика частина тканини рогівки, після чого рогівковий клапоть кладеться на місце.

У деяких випадках, таких як висока ступінь короткозорості (більше 11 – 12 діоптрій), тонка рогівка, ексимерлазерна корекція короткозорості не можлива або недоцільна, тоді показана імплантація факічних інтраокулярних лінз, або видалення прозорого кришталіка з імплантацією штучного кришталіка з рефракційною метою.

**Косоокість.** Основна мета лікування співдружньої косоокості полягає в створенні правильного положення очних яблук в орбіті і формуванні повноцінного бінокулярного зору. Вирішення цього завдання проводиться в такій послідовності: корекція аномалій рефракції, виправлення неправильного положення очних яблук, підвищення знижених зорових функцій в косому

оці, створення в корі головного мозку нормальних бінокулярних зв'язків і фузійного рефлексу з обох очей.

Лікування косоокості необхідно починати як можна раніше, бо від цього залежать його наслідки. Своєчасно розпочате лікування дає найкращі результати.

У лікувальний комплекс косоокості входить система консервативних заходів, хірургічне лікування, продовження консервативного лікування після операції. Серед консервативного лікування виділяють систему плеоптичних і ортоптичних лікувальних заходів косоокості.

**Плеоптичне лікування** – це система лікувальних заходів, спрямованих на ліквідацію амбліопії і відновлення гостроти зору.

Лікування спіддружньої косоокості починається з корекції аномалій рефракції – призначення окулярів для постійного носіння після об'єктивного визначення рефракції.

При наявності акомодативної косоокості призначення окулярів для постійного носіння є достатнім, щоб ліквідувати косоокість і створити умови для розвитку бінокулярного зору.

У подальшому в міру росту ока і зміни в ньому рефракції в бік еметропії силу коригувальних лінз зменшують і окуляри можуть бути відмінені взагалі наприкінці лікування.

При частково акомодативній косоокості носіння окулярів також сприяє частковому виправленню косоного ока. Окуляри знімають акомодативний компонент і підвищують зорові функції. Постійне носіння окулярів виправдане.

При неакомодативній косоокості коригуючі окуляри не виправляють положення косоного ока. Але корекцію виявлених аномалій рефракції треба проводити. Постійне

носіння окулярів при неакомодаційній косоокості ліквідує умови можливого нашарування акомодаційного компоненту, покращує гостроту зору, що побічно робить позитивний їх вплив на лікування косоокості і її ускладнень.

**Амбліопія.** Для діагностики амбліопії потрібні наступні дані: анамнез захворювання, гострота зору, рефракція без циклоплегії і з циклоплегією, стан монокулярної зорової фіксації, положення і наявність кута відхилення ока, функція зіниці, акомодація амбліопічного і здорового ока, дані загального офтальмологічного дослідження, біомікроскопія, офтальмоскопія, результати додаткових досліджень кольорового зору, поля зору, електроретинографії, викликаних біопотенціалів мозку. Електроретинографія і реєстрація викликаних потенціалів кори головного мозку разом з психофізичними дослідженнями служать для диференціального діагнозу амбліопії з придбаними або вродженими аномаліями зорового нерва і сітківки.

До обстеження дитини в умовах навчальних закладів долучаються фахівці з медичної реабілітації, які надають свої рекомендації та призначення. Виконується клінічне відкрите дослідження за оцінкою ефективності комплексної реабілітації дітей з порушеннями зору різних видів і ступеня тяжкості. Для обстеження дітей застосовуються наступні методи:

1. Візометрія без корекції та з корекцією.

Ця таблиця складається з двох половин. Одна половина представлена буквами кирилиці, а друга кільцями Ландольта. В таблиці 12 рядків.

Букви з 1-го рядка до 10-го відповідають гостроті зору від 0,1 до 1,0; 11-го рядка – 1,5; 12-го – 2,0. Визначення гостроти зору проводиться при дотриманні стандартних умов.



Візометрія у дітей у дітей віком 5-7 років проводиться також суб'єктивним методом за дитячими таблицями Орлової, в яких оптотипами є легко впізнанні картинки.

2. Визначення бінокулярних функцій проводиться за допомогою чотирьох-крапкового кольорового теста ЦТ-01, який призначений для визначення характеру зору (бінокулярне, одночасне, монокулярне) і для визначення провідного ока.

Кольоровий тест є настінним приладом, що складається з кожуха, на кришці якого є 4 круглі отвори, розташовані у формі букви «Т», поверненої на 90 градусів. Окремо розташований отвір закритий червоним світлофільтром. Середнє з трьох – безбарвним. Інші два (верхнє і нижнє) – синьо-зеленим. Усі чотири світлофільтри матовані і рівномірно освітлюються наявною в кожусі лампою. До приладу додаються кольорові окуляри для розділення полів зору. Червоне скло окулярів доводиться на праве око, синьо-зелене – на ліве. Таким чином, синьо-зелені отвори, що світяться, дитині видно лівим оком, червоне – правим, безбарвний об'єкт видно обома очима.

Дослідження проводиться з відстані 5 м, при низькому зорі – з ближчої відстані. Розташування тестів, що світяться, залежить від стану бінокулярного зору. При нормальному бінокулярному зорі дитина бачить чотири кольорових теста. Якщо одне око провідне, то середній безбарвний тест забарвлюватиметься в колір скла, що знаходиться перед провідним оком. В цьому випадку дитина бачитиме при провідному правому оці два червоних теста по горизонталі і два синьо-зелених по вертикалі, при провідному лівому оці – один червоний тест по горизонталі і три синьо-зелених по вертикалі. Якщо провідного ока немає, то відбувається чергування, дитина

бачить безбарвний тест або червоним, або синьо-зеленим, а іноді білястим.

При співдружностної косоокості характер зору частіше буває монокулярним. Якщо косить праве око, а фіксувальним є ліве, то дитина бачить три синьо-зелених теста вертикально. Якщо косить ліве око, а праве фіксує, то дитина бачить два червоних теста, розташованих по горизонталі. При одночасному зорі праве око бачить два червоних теста, ліве – три синьо-зелених. Злиття безбарвного тесту, що належить і правому і лівому оку, не відбувається. Дитина бачить 5 тестів: при косоокості, що сходиться, – два червоних справа, три синьо-зелених ліворуч, при косоокості, що розходиться, – три синьо-зелених справа, два червоних ліворуч.

З метою забезпечення належної ефективності медико-лікувальної роботи проводяться заняття з лікарем-офтальмологом за схемами відповідно до зорових дефектів, що найчастіше зустрічаються у дітей. Також офтальмологічна служба пропонує корекцію зору, плеоптоортоптичне лікування косоокості та амбліопії за допомогою апаратного лікування світло-кольоро-стимуляції «КЕМ-ЦТ», панорамної фотостимуляції сітківки фігурними сліпучими полями з використанням послідовних образів, лазерної стимуляції за допомогою приладу «ЛАСТ-1», комп'ютерних методів лікування за допомогою програм «Еуе» і «Академік». Позитивні результати медичної реабілітації забезпечують умови для успішної корекції і розвитку особистості дитини з порушеннями зору, значно полегшують процес соціальної адаптації учнів.

В умовах навчально-реабілітаційного центру або школи-інтернату усім дітям з амбліопією доцільно призначати наступну схему лікування:

1. Світло-кольоростимуляція за допомогою макулостимулятора «КЕМ-ЦТ». У цьому приладі стимуляція макулярної зони сітківки здійснюється шляхом пред'явлення оку ґрат, що обертаються, у вигляді контрастних смуг різного кольору (червоного, зеленого, синього, чорного, білого), що сходяться до центру і змінюються по ширині. У комплект приладу входить 6 змінних дисків з кольоровими об'єктами: 1) чорно-білий, 2) кольорове шахове поле, 3) червоно-білий, 4) синьо-білий, 5) зелено-білий, 6) червоно-зелено-синій. Дія кожного диска спрямована на певну частину світлового спектру: червоно-білий диск – на довгохвильову, зелено-білий – на середньохвильову, синьо-білий – на короткохвильову. Для лікування рекомендується комплексна дія усіма видами дисків впродовж 3 – 5 хв.

2. Панорамна фотостимуляція сітківки фігурними сліпучими полями з використанням послідовних образів за допомогою приладу «Панорама». Основу лікування складає використання ефекту негативних послідовних образів, сприяючих розгальмуванню кіркових відділів зорового аналізатора.

3. Лазерстимуляція за допомогою приладу «ЛАСТ-1». Низкоінтенсивне лазерне випромінювання чинить високу стимулюючу дію на орган зору.

4. Комп'ютерне лікування за допомогою програм «Павук» і «Хрестики» (С. А. Лупир, А. М. Петруня). У програмі «Хрестики» ігрове поле виглядає як шахівниця, клітини якої в процесі вправи зменшуються в розмірах і міняють забарвлення. У шаховому полі, що постійно змінюється, у випадковому місці з'являється хрест. Зменшення розмірів клітин в процесі гри веде до збудження реактивних полів різної величини. Варіюючи відстань від очей до екрану в межах 30 см - 2 м, можна стимулювати рецептивні поля з кутовими розмірами

приблизно від 14 градусів до 3 хвилин. Розглядання шахового поля, що інвертується з різними частотами, кольором і розмірами клітин чинить лікувальну дію, стимулюючи нейрони на різних рівнях зорового аналізатора, і веде до стимуляції їх, розгальмування і підвищення гостроти зору. Під час комп'ютерної гри «Павук» на екрані видно визерунок – павутина, утворений двома радіальними або спіральними ґратами. Одна з ґрат обертається, і її центр знаходиться в центрі екрану. Друга ґрата зрушена відносно першої і може переміщатися за допомогою «миші». Визерунок повільно змінюється – «павук» плете павутину. Гравець (пацієнт) повинен допомогти павукові розпрямити павутину, щоб упіймати муху. Гра супроводжується звуком. Тон звуку тим вище, чим менше відстані між центрами ґрат. Нарешті муха спіймана і павутина згортається.

Визерунок може бути як ахроматичним, так і червоним, зеленим, і синім відповідно до трьох кольорових типів ковбочок сітківки. Використання світлих об'єктів на темному фоні і темних на світлому дозволяє стимулювати світлові і темнові нейрони. У процесі лікування активізується функція центрального зору, акомодация, конвергенція.

Отже, комплексна стимуляція зорового аналізатора у дітей з амбліопією за допомогою світло-кольоростимуляції, панорамної фотостимуляції сітківки фігурними сліпучими полями з використанням послідовних образів, лазерної стимуляції, комп'ютерних методів лікування дає можливість оптимізувати реабілітаційний процес. Позитивні результати медичної реабілітації забезпечують умови для успішної корекції і розвитку особистості дитини з порушеннями зору, значно полегшують процес соціальної адаптації дітей з порушеннями зору.

**Лікування дісбінокулярної амбліопії.** Одне носіння окулярів не завжди може покращити зір, бо зниження зору при цьому пов'язане не тільки з аномаліями рефракції, але і з стійкими гальмовими процесами в центральній нервовій системі. А тому-то, через 2 – 3 тижні після постійного носіння окулярів призначається виключення некосого ока, що призводить до включення в зоровий акт косого ока і цим досягається підвищення в ньому зорових функцій – це пряма оклюзія. Вона проводиться при амбліопії з правильною фіксацією і дітям до 5 – 6 річного віку.

Оклюзія ока повинна бути надійною, щоб дитина цим оком не підглядувала. Тривалість оклюзії призначає лікар. Якщо призначена постійна оклюзія, око виключається із зорового акту на цілий день. Оклюзію знімають на період сну дитини. В таких випадках гостроту зору обох очей необхідно перевіряти щотижня, бо гострота зору постійно виключеного ока може знизитись. Відмітивши зниження гостроти зору у виключеному оці, медична сестра зобов'язана повідомити про це лікаря, який в таких випадках змінює режим виключення ока. В таких випадках призначається поперемінне виключення обох очей. Наприклад, на 6 днів виключають краще око, на один день – амбліопічне, на 5 днів краще око, на 2 дні – амбліопічне і т. д. Тривалість поперемінної оклюзії визначає лікар. Задача медичної сестри – слідкувати за ретельним виконанням призначень лікаря і своєчасно йому доповідати про зміни функцій очей в процесі лікування.

Якщо гострота зору амбліопічного ока значно знижена, діти нерідко противляться оклюзії, зриваючи її. В таких випадках необхідно поступово привчати дитину до оклюзії, проводячи її в перші дні по 2 – 3 години на день, поступово переходячи до більш тривалої.

Виключення із зорового акту краще зрячого ока проводиться для того, щоб включити в нього амбліопічне око, що сприятиме підвищенню в ньому зорових функцій.

При підвищенні зорових функцій в амбліопічному оці з метою більш швидкого їх відновлення дітям старшого віку призначають додаткові зорові навантаження у вигляді розкладання дрібної кольорової мозаїки, малювання, конструювання та ін.

При амбліопії з неправильною фіксацією пряму оклюзію можна проводити тільки дітям до 5 – 6 років, у яких несправжня ретинальна проєкція ще нестійка.

Необхідно також пам'ятати, що тривала оклюзія може призводити до зниження зору виключеного ока, в зв'язку з чим потрібно періодично, щотижня, перевіряти гостроту зору в цьому оці.

Для відновлення зорових функцій при амбліопії застосовується також *пеналізація*. Суть методики полягає в тому, що за допомогою сферичних лінз штучно створюють анізетропію: у некосому оці атропіном виключають акомодацию і призначають повну корекцію аметропії, в косому оці збірним склом штучно створюють міопію. У такому випадку дитина некосим оком дивиться вдаль, а косим (амбліопічним) – поблизу, що сприяє підвищенню зорових функцій в амбліопічному оці.

Розроблені різні способи пеналізації: для далі, для близу, альтернуюча, тотальна та ін. Пеналізацію можна застосовувати у дітей старше року.

З метою стимуляції сітківки проводяться різні способи світлового стимулювання сітківки.

**Ортоптичне лікування** – це система лікувальних заходів, спрямованих на розвиток і закріплення бінокулярного зору. Вироблення бінокулярного зору проводиться шляхом розвитку біфовеального злиття в корі головного мозку зображень сітківки обох очей в один

зоровий образ, розвитку фузійного рефлексу та фузійних резервів. Ця мета досягається роботою на ортоптичних приладах. Поскільки робота на ортоптичних апаратах вимагає від дитини певних навичок і розуміння поставлених перед нею задач, ортоптичне лікування починається з 3 – 4 річного віку при гостроті зору 0,3 і вище. Для ортоптичного лікування застосовується спеціальний прилад – синоптофор.

Синоптофор застосовується для усунення функціональної скотомі, розвитку біфовеального злиття і розвитку фузійних резервів та рухливості очей.

**Порядок роботи на синоптофорі.** Сестра-ортоптистка садить дитину перед апаратом (в окулярах). На шкалі приладу встановлює цифри міжзінничної відстані дитини. В касети приладу вставляє відповідні рисунки. В наборі синоптофора є рисунки трьох видів: рисунки на зорове їх суміщення (машина і гараж, курятко і яйце), рисунки на злиття (кішка з вухами і кішка з хвостом) і рисунки для стереоскопії. Вправи з розвитку фузійних резервів проводяться з цими ж об'єктами на злиття. Дитині пропонують утримати об'єкти злитими, поступово проводячи зведення або розведення труб синоптофора до роздвоєння об'єкта. Потім труби повертають в попереднє положення, а потім знов повторюють і так протягом 10 – 15 хвилин. Курс лікування складається з 15 – 20 сеансів.

**Застосування синоптофора для лікування функціональної скотомі.** Дитину в окулярах садять перед синоптофором, встановивши в ньому відстань між зінницями дитини. Труби синоптофора встановлюють під об'єктивний кут косоокості, визначений у даної дитини по настановному руху очей. Прилад включають на режим «автоматичне» і проводять попереми́нне світлове подразнення центральних ямок сітківки. Тривалість сеансу

10 – 15 хвилин. Засвічування проводять 1 – 2 рази на день. Курс лікування 15 – 20 сеансів.

**Застосування синоптофора для розвитку рухливостей очей.** Для розвитку рухливості очей на синоптофорі труби його закріплюють так, щоб вони переміщались одночасно і зміщують їх в положенні злитого об'єкта. Дитина слідкує обома очима за зображенням.

**Диплотика в комплексному лікуванні косоокості.** У 70-х роках минулого століття був запропонований новий спосіб сприяння біфовеального злиття – диплотика.

Сутність методу полягає в тому, що для очей створюються природні умови для злиття об'єкта, на відміну від гаплоскопічних на синоптофорі, шляхом спричинення незначного двоїння, яке служить стимулом для фузії – біфовеального злиття зображень.

З допомогою призм створюють диспарантні умови подразнення сітківки обох очей, що призводить до двоїння, яке служить стимулом для розвитку фузійного рефлексу. Стимулом біфіксації об'єкта в природних умовах завжди є постійне прагнення органа зору перебороти двоїння і бачити предмет одиночно.

Диплотику застосовують при правильному положенні очей, досягнутому будь-яким способом – консервативним чи хірургічним.

**Метод послідовних образів за Т. П. Кащенко.** Дитині пропонують дивитися на кульку діаметром 3 мм з горизонтальним стержнем довжиною 3 мм. Проводять засвічування сітківки кожного ока яскравим світлом (наприклад, фотоспалах) по черзі з затемненням жовтої плями сітківки кулькою зі стержнем, який при засвічуванні правого ока повинен бути повернутий вправо, а при засвічуванні лівого ока – вліво. Коли після засвічування дитина дивиться на білий екран, то послідовний образ



правого ока має «хвостик» спрямований направо, а лівого ока – наліво. Дитина повинна навчитись поєднувати ці образи, тобто бачити одну кульку з двома «хвостами», спрямованими в різні сторони – вправо і вліво.

Вправи проводяться щоденно. На курс – 20 вправ.

Вправи з розвитку механізму біфіксації при допомозі призми силою 2 – 4 дптр. Дитина дивиться на світлий круг або точку, розміщені в 30 – 50 см від неї. Перед одним оком в оправу ставлять червоний фільтр, перед другим – призму, яку через кожні 3 – 5 секунд повертають основою то в бік носа, то в бік виска. При цьому необхідно слідкувати за появою настановних рухів ока, перед яким стоїть призма.

Для закріплення досягнутого біокулярного зору можна застосовувати і такі вправи: читання тексту крізь решітку, проведення вправ із дзеркальним стереоскопом, роздільником полів зору та ін.

Вправи для окорухового апарату. З моменту народження дитини зоровий і руховий апарати знаходяться в постійному функціональному взаємозв'язку. Від стану окорухового апарату залежить можливість формування і розвитку біокулярного та стереоскопічного зору. Паралельно з лікуванням сенсорного апарату ока необхідно проводити вправи, спрямовані на нормалізацію окорухового апарату.

Для нормалізації роботи окорухового апарату і погодженості його роботи з зоровою діяльністю органа зору розроблені спеціальні апарати і вправи. Серед розроблених апаратів можна назвати м'язотренери і конвергенцетренери різних конструкцій.

Тренування необхідно проводити щоденно 2 – 3 рази на день. Тривалість одного сеансу 3 – 5 хвилин. На курс 20 – 30 сеансів.

### Вправи для розвитку стереоскопічного зору.

Заключним етапом лікування косоокості є розвиток стереоскопічного (глибинного) зору. Вправи з розвитку стереоскопічного зору можна включати в лікувальний комплекс косоокості в 3 – 4 річному віці дитини, як тільки встановилося правильне положення очей, при нормальній фіксації і гостроті зору не нижче 0,4, наявності фузійного рефлексу та нормальній рухливості очних яблук. Розроблені досить прості і цікаві вправи для дітей, які сприяють виробленню стереоскопічного зору: вправа з колечками, вправа на приладі для закидання кульок, вправа «надінь кільце» та ін.

Заняття проводяться щоденно 2 – 3 рази на день. Тривалість заняття 5 – 8 хвилин. На курс 20 – 30 занять.

Якщо після комплексу плеопто-ортоптичних вправ протягом двох років косоокість не ліквідується, необхідно проводити хірургічне лікування. В окремих випадках, при великих кутах косоокості, хірургічне лікування проводиться перед плеопто-ортоптичним.

Хірургічне лікування косоокості. Принцип хірургічного лікування косоокості полягає в тому, щоб створити правильне положення очей шляхом послаблення дії сильного м'яза і посилення дії слабкого м'яза. Послаблення дії м'яза досягається шляхом його пересадки (рецесії) назад в бік екватора очного яблука або шляхом його подовження, роблячи відповідні розрізи. Посилення дії м'яза досягається шляхом його укорочення (резекції).

Вид оперативного втручання визначається індивідуально, що залежить від кута косоокості і віку хворого та інших чинників.

В багатьох випадках приходить робити комбіновані операції (рецесію та резекцію) різних м'язів на одному або обох очах, проводячи операцію в один, два і три етапи.

Після операції залишаються ті ж принципи плеопто-ортоптичного лікування, спрямовані на розвиток і закріплення бінокулярного та стереоскопічного зору.

Поряд з плеопто-ортоптичним та хірургічним лікуванням співдружньої косоокості застосовується також ще і медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, яке спрямовується на покращення обмінних процесів в організмі, загального зміцнення організму, покращення рухливості очних яблук, розширення фузійних резервів. Відрегулюється режим зорового навантаження, створюються оптимальні умови освітлення при роботі з напруженням зору.

Для розвитку бінокулярного зору потрібно 2 – 3 роки. Строки лікування косоокості залежать від її виду, часу виникнення, тривалості існування, загального стану хворого, спадкових та інших чинників.

Необхідно пам'ятати, що успіх в лікуванні косоокості і амбліопії залежить в першу чергу від своєчасності, правильності та активності лікування, а також від наполегливості самих хворих та їх батьків.

Профілактика співдружньої косоокості та диспансеризація дітей з даною патологією. Бінокулярний зір формується в ранньому дитячому віці. Бінокулярна фіксація у дитини з'являється в 1,5 – 2 місяці, фузійний рефлекс формується на 5 – 6 місяць, а бінокулярний зір починає формуватись в 2 – 3 річному віці дитини і завершується в 7 – 14 років.

Якщо у дитини після 3-х місячного віку рухи очей некоординовані, це свідчить про порушення процесу формування бінокулярного зору. Така дитина потребує обстеження у окуліста.

Батькам необхідно роз'яснювати, що іграшки не можна вішати близько перед очима маленької дитини, бо

це спричиняє напруження акомодациї та конвергенції і може спровокувати виникнення косоокості.

Оскільки частою причиною косоокості є аномалії рефракції, необхідно проводити ранні огляди дітей з метою виявлення та корекції аметропій. Усі діти віком до одного року повинні оглядатись офтальмологом. Якщо він виявить аномалії рефракції, зокрема далекозорість середнього і високого ступеня, дитині слід призначити окуляри. Окуляри можна призначати дітям з 6 місячного віку.

Діти з співдружною косоокістю знаходяться на диспансерному обліку в окуліста. Суть диспансерного нагляду полягає у забезпеченні постійного контролю за функціями органа зору, своєчасного застосування всіх методів плеоптичного та ортоптичного лікування, а при необхідності – хірургічного лікування.

Необхідно стежити за гостротою зору обох очей, правильністю носіння окулярів та за зміною рефракції в очах і своєчасно робити корекцію в лікуванні.

Лікування **паралітичної косоокості** спрямоване перш за все на усунення причини, яка викликала ураження нерва (видалення пухлини, дезінтоксикаційна терапія, лікування наслідків травми та інше). Проводиться розсмоктувальна та відновлювальна терапія. Призначаються лікарські засоби, які покращують обмінні процеси в організмі, мікроциркуляцію та нервову провідність.

Місцево застосовується фізіотерапевтичне лікування.

При відсутності ефекту від консервативного лікування, яке проводиться протягом року, застосовують хірургічні методи виправлення косоокості.

Хірургічне лікування спрямовується на послаблення сильних м'язів і посилення уражених. Частіше

приходиться робити складні пластичні операції на декількох м'язах.

Крім спільної з лікарем лікувальної роботи педагоги проводять також корекційно-компенсаторну роботу з виправлення вторинних дефектів, що сформувалися як наслідок основного захворювання очей.

Порушення зорової системи, що має важливе значення для розвитку дитини та її життєдіяльності, завдає великої шкоди формуванню психічних процесів, рухової сфери, фізичному розвитку дитини. У дітей із зоровими порушеннями розрізняють внутрішньосистемні вторинні відхилення – порушення функцій в самій зоровій системі внаслідок первинного дефекту.

Можна виділити такі внутрішньосистемні відхилення, як: порушення функцій розрізнення кольорів; порушення фіксації погляду; порушення окоміру; порушення здатності встановлювати просторові зв'язки між предметами; порушення просліджуючої функції; порушення цілісності сприйняття; порушення макро- і мікро-орієнтування у просторі.

Кожен викладач, шкільні медичні працівники і батьки повинні знати і неухильно виконувати усі рекомендації офтальмологів по відношенню до дітей груп очної профілактики з короткозорості.

У харчування дітей рекомендується вводити моркву і інші овочі, чорницю, молоко, сир, курагу, волоські горіхи, відварене м'ясо; виключаються такі приправи, як гірчиця, перець та ін.

У осінні, зимові (похмурі) дні освітлення має бути змішаним, освітленість не менше 500 лк на робочому місці. Необхідно тримати в чистоті шибки, не захищувати підвіконня квітами, наочними посібниками. Від сліпучої дії прямих сонячних променів захищають світлі штори на вікнах.

На жаль, освітленість в дитячих садах і шкільних класах розподіляється нерівномірно. Особливо це стосується школярів, що сидять в третьому ряду (біля дверей). Причини цього наступні: стіни обвішані наочними посібниками; передня стіна закрита шкільною дошкою, навпроти розташовуються шафки. Таким чином, від стін немає відображення світла на парти. У зв'язку з цим дітей необхідно не рідше за 1 раз на місяць пересаджувати.

Відзеркалювальні поверхні в класі слід забарвлювати у світлі тони: стелі, віконні отвори і рами – у білій колір, панелі – в палеві тони, шкільні меблі – у світло-сірий колір, шкільну дошку – в чорний або темно-коричневий колір (матовий). Крейда має бути хорошої якості, тексти, малюнки, наочні посібники, якими школяр користується при зоровій роботі, – рельєфними і виразними. Папір має бути білим, якісним; чорнило слід застосовувати темне, нерозлучене. Відстань від очей до книги або зошита має бути 33 – 35 см (зігнута в лікті рука повинна діставати підборіддя). Недостатня освітленість, нечіткий, розпливчатий шрифт, надмірне наближення очей до книги, невідповідність парти зрісту – усе це веде до стомлення очей (повіки червоніють, з'являється відчуття піску в очах), втоми м'язів шиї, спини. Для полегшення школяр починає шукати оптимальне положення тіла і звикає сидіти неправильно. Правильна посадка можлива тільки при використанні спеціальних шкільних меблів, що відповідають зрісту учня. Столи і парти мають бути маркіровані по розмірах, щоб можна було розсаджувати дітей по зросту. Книгу під час читання краще ставити на підставку, що забезпечує правильну посадку і виключає нахил голови і розвиток сколіозу.

Удома для заняття дитині відводять місце біля вікна. Шибки мають бути чистими, вікна незаштореними, підвіконня вільними.

Увечері слід користуватися достатнім штучним місцевим освітленням – однією лампою 100 Вт з непрозорим ковпаком. Лампу поміщають ліворуч, щоб світло освітлювало тільки робочу поверхню, а очі залишалися в тіні. Має бути і верхнє світло потужністю 60-100 Вт. Ні в якому разі не можна читати у сутінках, в транспорті, під час ходьби, лежачи в ліжку, на дивані. Відсутність зони комфорту для зору веде до стомлення очей, зниження гостроти зору, а нерідко – до розвитку уявної, а потім і істинної короткозорості. Серед дітей, що займаються музикою, малюванням, додатково математикою, в'язанням, вишиванням, іноземними мовами і іншими роботами, що вимагають зорової напруги, що ведуть малорухомий спосіб життя в закритих приміщеннях, найчастіше виникає короткозорість.

Необхідно чергувати зорову роботу з фізичним відпочинком, фізкультпаузами для очей (після 15 хв. читання або письма закрити очі, відкинувшись на стільці, розслабитися, посидіти у спокої 2 – 3 хв. Через наступні 15 хв. роблять вправи для очей: рухи вгору, вниз, в сторони, теж 2 – 3 хв.; через 30 хв. заняття – знову фізкультпауза 10 хв. або фізична робота по будинку). Необхідно частіше бути на повітрі. У літні канікули слід забезпечити дітям активний відпочинок. Добре поєднувати відпочинок і лікування в спеціалізованих літніх піонерських таборах, міських або розташованих за містом, в лісі, де є водойми. Батьки повинні домагатися організації таких піонерських таборів. Досвід показує, що щорічне перебування в таких установах, де діти відпочиваючи лікуються, сприяє зменшенню числа короткозорих або уповільненню прогресу процесу в 1,5 – 2 рази.

Особливо добрий результат оздоровлення в піонерських таборах відзначається у дітей 10 – 12 років, які рухливіші, займаються спортом (біг, плавання,

хореографія). Профілактику короткозорості різними методами треба проводити не лише влітку в піонерському таборі, але і в групах продовженого дня і обов'язково вдома.

Психогігієна дітей з амбліопією повинна складатися з ланцюга взаємозв'язаних заходів, які здійснюють психологи, вихователі, педагоги і лікарі. Основний сенс цих заходів повинен полягати в дбайливому відношенні до дітей, що носять окуляри. Батькам необхідно пояснити особливості формування психіки в умовах часткового зорово-інформаційного голоду і обмеженої просторової адаптації (т. з. зорова депривація). У сім'ї слід зберігати спокійну атмосферу. Обговорення дорослими членами сім'ї цієї проблеми і інших, пов'язаних з необхідністю носити окуляри і займатися плеоптичними вправами, необхідно проводити без присутності дитини і не залучати його до спору. Батьки повинні прийти на допомогу хворому, якщо однолітки дратують і принижують його, по можливості розрядити атмосферу, що склалася.

Необхідно добре обладнати місце для виконання домашнього заняття – добре освітлене, з вікном з лівого боку або спереду, із зручним стільцем і столом що відповідає зросту.

Педагоги і батьки повинні понизити вимоги до каліграфічної якості почерку, допустити деяку нерівність написання рядків і «наїзди» букв на лінію сторінки. Не можна перенапружувати дітей з амбліопією додатковими завданнями, завданнями підвищеної складності. Виключення складають ті випадки, коли дитина охоче, з бажанням, а головне успішно сама прагне до їх виконання. В цьому випадку не варто заважати його самовираженню у відмінній успішності.

У ігровій обстановці, в позакласній роботі, при виконанні лікувальних вправ слід враховувати особливості



темпераменту амбліопічних дітей. Бажано залучати їх до рухливих ігор, давати різноманітні доручення, що вимагають перемикання уваги тощо. У особистих бесідах з дитиною вихователям і педагогам слід пояснити шкоду ігнорування лікувальних плеоптичних заходів і відмови від носіння окулярів, посилатися на позитивні приклади з історії і літератури, розповідати про великий вклад в загальнолюдську культуру людей, що мають низький зір і носять окуляри. Освітлюються і питання корисного використання окулярів, наприклад, про цікаве застосування окулярів в якості прикраси для дівчаток або для захисту очей від пилу і бруду при роботі або їзді на мотоциклі – для хлопчиків.

Зоровий дискомфорт в роботі ока, що погано бачить, і тривалі до 40 – 50 хвилин плеоптичні заняття із зосередженням уваги є у рухово-розгальмованих, тривожних, недовірливих і неспокійних дітей додатковим невротизуючим чинником. Тому, раціональною видається методика, що припускає розбити сорокап'ятихвилинний цикл заняття на три тривалістю по 15 хвилин з 10-хвилинними перервами. Це дає можливість дітям відпочити, відволіктися, знижує невротизацію і підвищує ефективність плеоптичного лікування. Крім того, картинки для такого заняття підбираються так, щоб на них зображалися персонажі в окулярах, або з іншим офтальмологічними захворюваннями, що знижує рівень тривожності дітей з приводу винятковості їх захворювання, створює позитивну установку на одужання.

Дитячим психотерапевтам рекомендується, окрім традиційної медикаментозної корекції, що включає седативні препарати, засоби, що покращують окислювально-відновні процеси, вітамінотерапію та ін., призначити дітям курси дегідратації і розсмоктуючої

терапії, ноотропи, біостимулятори, тобто засоби, спрямовані на подолання резидуально-органічного ґрунту.

Психотерапевтичну дію необхідно проводити з урахуванням патології органу зору. Передусім учити мікроспілкуванню, а спеціальна психотерапевтична підготовка медперсоналу сприяє розкріпаченню дітей від комплексу неповноцінності, синдрому «очкарика». Бажано створювати групи по 7 – 12 чоловік, серед яких повинні знаходитися діти як дошкільного і молодшого шкільного віку, так і один або дві дитини препубертатного віку – «лідер». «Лідера» підбирають серед видужуючих пацієнтів. Під керівництвом психотерапевта дітей учать розкріпачуватися, активно брати участь в ігровій діяльності, почувати себе красивими, упевненими.

Велике значення приділяється ігровій психотерапії, оскільки вона ґрунтована на фізіологічній для дітей потребі в грі. Проводяться колективні ігри, в які залучаються і члени сім'ї. Для дітей старшого віку проводять психотерапію «нової хвилі», у тому числі психотерапію мистецтвом. Програються випадки, близькі до психотравмуючих ситуацій, що відзначалися у дітей. Можна використати метод психодрами, при цьому діти працюють за спеціальною розробленою психологом спільно з офтальмологом програмою. Лікувальні сцени підбираються на теми, що відбивають характер захворювання і лікування. Наприклад, розігрується казка, в якій у казкових персонажів захворіли очі, їм виписувалися окуляри, це викликало неприйняття в середовищі «товаришів». Проте своїми діями, поведінкою, ретельним старанним лікуванням, що дає позитивний ефект, а також вільним і розкутим спілкуванням, «хворі» завойовували авторитет, позбавлялися від сумнівів і тривоги.

Проводиться сімейна психотерапія, що полягає в роз'ясненні членам сім'ї пацієнтів індивідуальних

особливостей дітей, що страждають амбліопією, і дбайливого ставлення до їх особистості.

Таким чином, в цілому потрібна диференційована оцінка ситуації і орієнтація лікаря і оточення на дбайливе ставлення до особистості дітей, що носять окуляри. Потрібна психогігієнічна пропаганда серед колективу однолітків, вихователів, педагогів і батьків, спрямована на подолання дітьми комплексу неповноцінності – синдрому «очкарика».

У цьому полягає суть психогігієнічних і психотерапевтичних заходів. Саме таким чином спеціальні психологи в тісній співпраці з дитячими окулістами внесуть свій вклад в охорону психічного здоров'я і створення повноцінної, гармонійно розвиненої і активної особистості дитини, що має низький зір.

### ***Контрольні запитання***

- 1. Охарактеризуйте методи роботи групи очної профілактики короткозорості.*
- 2. Розкажіть про лікування співдружньої косоокості.*
- 3. У чому полягає медична реабілітація дітей з амбліопією?*
- 4. Що таке диплоптика?*
- 5. Наведіть вправи для розвитку стереоскопічного зору.*
- 6. Обґрунтуйте необхідність наявності «Лікувального журналу» для кожного учня в арсеналі лікаря-офтальмолога навчального закладу для дітей з порушеннями зору.*
- 7. Дайте характеристику системи реабілітаційної та профілактичної роботи з дітьми з порушеннями зорової функції в умовах загальноосвітніх спеціальних закладів.*

### Список використаної літератури

1. Аветисов Э. С. Дисбинокулярная амблиопия и ее лечение / Э. С. Аветисов. – М. : Изд-во «Медицина», 1968.
2. Барінов Ю. В. Аналіз стану офтальмологічної допомоги дитячому населенню України за 2010 рік / Ю. В. Барінов // Офтальмологический журнал. – 2011. – № 5. – С. 93 – 101.
3. Кузнецова М. В. Причина развития близорукости и ее лечение / М. В. Кузнецова. – М. : «Медпрессинформ», 2004.
4. Либман Е. С. Причины слепоты и слабовидения, потребность в медицинской реабилитации детей школьного возраста / Е. С. Либман, Е. В. Шахова, Е. К. Мирошникова // Офтальмологический журнал. – 1994. – № 1. – С. 5 – 7.
5. Лупырь С. А. Результаты исследования компьютерных программ «Крестик», «Паучок» и препарата ноотропил для лечения амблиопии / С. А. Лупырь, А. М. Петруня // II Міжнар. наук. конф. офтальмологів Причорномор'я. – Одеса, 2004. – С. 184 – 186.
6. Петруня А. М. Медико-социальная реабилитация детей с нарушениями зрения в условиях вариативных форм дошкольного образования / А. М. Петруня, С. А. Лупырь, Ю. А. Быстрова // Ранняя комплексная помощь в современном образовательном пространстве : материалы Междунар. науч.-практ. конф. – М., 2012. – С. 56 – 60.
7. Рыков С. А. Клиническая эффективность глутаргина и инстенона в комплексном аппаратном и медикаментозном лечении детей с дисбинокулярной амблиопией / С. А. Рыков, А. М. Петруня, С. А. Лупырь // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – К. ; Х. ; Луганськ, 2007. – Вип. 3 – 4 (78 – 79). – С. 324 – 329.

## **Розділ 2. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРОВОЇ ФУНКЦІЇ**

### **2.1. Психолого-педагогічна характеристика дітей із порушеннями зору**

Зір є визначальним у формуванні уявлень про реально наявні предмети, пізнання істотних ознак різноманітних об'єктів (колір, світло, величина), орієнтуванні в просторі, сприйнятті витворів образотворчого мистецтва й архітектури, спостереженні складних змін у природі.

Відомо також, що зоровий аналізатор є головним інформатором людини. У процесі дозрівання, нагромаджувана зорова інформація диференціюється, ускладнюється і, тісно взаємодіючи з мисленням, пам'яттю, мовою і моторикою, робить вплив на формування інтелекту й особистості людини.

Сліпота та слабкозорість є категорією психофізичних порушень, що проявляються в обмеженні зорового сприйняття або його відсутності, що впливає на увесь процес формування і розвитку особистості. У осіб з порушеннями зору виникають специфічні особливості діяльності, спілкування та психофізичного розвитку (Т. М. Гребенюк, Є. П. Синьова, С. В. Федоренко).

Порушення зору зазвичай викликає відхилення практично в усіх видах пізнавальної діяльності через зниження якості отримуваної інформації: скорочення зорових відчуттів обмежує можливість формування образів пам'яті, забезпечує схематизм і відсутність цілісності зорового образу; відсутність бінокулярного зору призводить до порушення сприйняття перспективи і глибини простору. Серед слабкозорих існує велика кількість осіб з порушенням кольоророзрізняльних

функцій і контрастної чутливості зору, є природжені форми патології кольоровідчуття. Зорове сприйняття збережено лише частково і є не цілком повноцінним. Огляд навколишньої дійсності у них звужений, уповільнений і неточний, тому їх зорове сприйняття і враження обмежені, а уявлення мають якісну своєрідність. Через це специфічні особливості виникають і в інших аналізаторах людської системи – обмежуються можливості формування образів уяви, пам'яті, а також психологічних систем, їх структур, зв'язків, функцій і стосунків усередині систем. Відбуваються якісні зміни системи взаємовідносин аналізаторів, виникають специфічні особливості у формуванні образів, понять, мови, уваги, у співвідношенні образного й понятійного в розумовій діяльності, а також сповільнюється інтенсивність рухів, їх точність, стає специфічною хода та інші рухові акти.

Об'єм і стійкість уваги знижуються через обмеження зовнішніх вражень, але активність, інтенсивність, зосередженість уваги можуть бути розвинені також, і навіть краще, ніж у здорових людей.

Характеризуючи психічний розвиток дітей з порушеннями зору, Є. П. Синьова зазначає, що його особливості пов'язані передусім з тим, що вони, на відміну від сліпих, мають можливість використовувати з метою сприймання предметів і явищ навколишньої дійсності та просторової орієнтації наявний у них залишковий зір. Але досить глибокі порушення зорової функції зумовлюють такі особливості процесів візуального сприймання, як загальмованість, знижена точність, вузькість огляду.

Навіть незначні порушення зору можуть привести до неповного, а іноді спотвореного відображення зовнішнього світу, до збіднення кола уявлень, неадекватної поведінки, якщо не будуть використані компенсаторні можливості центральної нервової системи та спеціальні технічні засоби

(окуляри, звукові сканери, електронні лінзи тощо). Діти зі зниженим зором не бачать рядка, плутають схожі зображення тощо. Невідповідні його можливостям вимоги швидко стомлюють дитину, погіршуючи її загальний стан і роблячи безуспішним навчання в звичайних шкільних умовах. Діти з дефектами зору виявляються безпорадними в простих ситуаціях, справляють враження розумово відсталих. Але якщо запропонувати слабкозорим усне завдання логічного характеру, вони з ним успішно справляються.

Повна або часткова втрата зору формує своєрідність емоційно-вольової сфери, характеру, чуттєвого досвіду. У незрячих і слабкозорих виникають труднощі в грі, вчenni, в оволодінні професійною діяльністю. У більш старшому віці у осіб з порушеним зором виникають побутові проблеми, що викликає складні переживання та негативні реакції. «Дефекти зору в залежності від часу їх появи і глибини можуть тією чи іншою мірою зумовлювати виникнення умов, які перешкоджають формуванню чи проявленню активної життєвої позиції, установленню дружніх і ділових відносин з оточенням» (В. З. Кантор).

Порушення взаємодії чуттєвих і інтелектуальних функцій проявляється в деякій своєрідності розумової діяльності з переважанням розвитку абстрактного мислення. Успішність оволодіння дитиною з порушеннями зору різними видами діяльності: предметної, ігрової, трудової, навчальної – залежить від рівня розвитку наочно-образних уявлень, просторового мислення, просторового орієнтування. Просторове орієнтування є важливою частиною вільного руху в просторі. За даними Є. П. Синьової, порушення зору негативно відображаються на протіканні нервових процесів і опосередковують тією чи іншою мірою особливості пізнавальної та поведінкової сфер особистості. Зокрема, при порушеннях зору в дитини

спостерігається відставання в розвитку уявлень, понять, що необхідно враховувати педагогам під час організації занять з такими дітьми. Так, наприклад, амбліопія, будучи результатом дії дестабілізуючих чинників на орган зору в найбільш чутливий період його розвитку, робить патологічний вплив на вищезгадані сфери. Це виражається в сповільненості аналізу, труднощах формування образних уявлень, бідності словникового запасу, зниженні зорової працездатності.

Увесь цей комплекс неблагополучних чинників накладається на особливості особистості дитини, якщо вона знаходиться в умовах з підвищеною емоційною або інформаційною напруженістю, а так само потрапляє у ситуації фрустрації. При цьому у неї з'являються невротичні реакції, що мають тенденцію до фіксації і переростання в невроз. Встановлено, що у 88,1 % дітей, що уперше надівають окуляри, спостерігаються невротичні реакції різного характеру і міри вираженості. З цієї групи у 42,6 % розвиваються неврози, що складає 37,1 % от усіх дітей що надівають окуляри перший раз і тривало (до 1 – 1,5 років) їх носять.

Як показали дослідження, у дітей, що страждають на порушення зору, проявляється поліморфізм клінічних неврозоподібних проявів. Також відзначаються рухова розгальмованість, різні страхи, тривожність, гіперкінези, головні болі тощо. Симптоматика посилюється у віці 6 років, тобто з початком навчання в школі. Навіть після невеликих за об'ємом навантажень у більшості дітей виникає підвищена збудливість, дратівливість, експлозивність, готовність до агресії. Спостерігається виражена нестійкість уваги, непосидючість, з'являються надцінні страхи і шкільні фобії, пов'язані з невдачами і труднощами при засвоєнні шкільної програми. Іноді порушення зору у вигляді двоїння і сліпоти можуть мати



саме невротичну природу, обумовлену відразою до школи. Уся ця симптоматика відрізняється стійкістю, часто поєднуючись з церебрастенічними скаргами, зумовленими резидуально-органічними чинниками.

Серед різноманітних невротичних проявів переважають астеничні реакції, що проявляються у вигляді дратівливої слабкості, порушенні сну, пригніченості настрою і виснажуваності уваги. Діти так само можуть скаржитися на головний біль, біль в животі, кінцівках, запаморочення і нудоту. Подібні прояви спостерігаються в середньому у 40 – 45 % дітей. Обсесивно-фобічні реакції, проявляються в основному страхом темряви, тварин тощо. Зустрічаються і химерні фобії милиць, інвалідних палиць, труп тощо.

Наявність окулярів, необхідність частих, по 3 – 4 рази на рік госпіталізацій в очні відділення на плеоптичне лікування, звільнення в деяких випадках від фізкультури створює у школярів своєрідний синдром «очкарика». Такі діти випробовують домагання (іноді фізичні) з боку однолітків, їх насилу приймають в колектив, привласнюють образливі прізвиська. Це неприйняття в середовищі своїх ровесників створює затяжну психотравмуючу ситуацію, що є причиною ускладнення симптоматики. У 13 % невротичні прояви у дітей носять істеричний характер. Сприятливим ґрунтом для їх розвитку є неблагополучний стан сімейних стосунків і дефекти виховання за типом гіперопіки, а пусковим моментом – конфлікти в сім'ї, підвищення матеріальних претензій дітей до батьків, стресові ситуації в колективі однолітків і проблеми в засвоєнні шкільної програми.

Зміст істеричних реакцій в основному відбиває суть захворювання – зниження гостроти зору, причому частіше на двох очах, що не є характерним для амбліопії, особливо дисбінокулярної. Звертає на себе увагу і те, що у цих дітей,

регулярно відвідуючих лікаря і уважно слухаючих його, ретельно виконуючих рекомендації цілком адекватної терапії, результат не відповідає очікуваному: гострота зору не підвищується, і якщо і підвищується, то трохи і на короткий термін. Особливістю істеричних реакцій у дітей з амбліопією являється залежність між гостротою зору і циклом навчання в школі: (навчальна чверть – канікули). Зір різко падає з початком навчання і тримається на низьких значеннях до канікул, після чого підвищується до наступної чверті або навчального року.

Встановлена висока міра позитивної кореляції між тяжкістю невротичних проявів і вираженістю захворювань очей. При цьому поєднанні симптоматика неврозів відрізняється торпідністю. Найбільш виражений неврогенний стан у дітей, що мають риси характеру у виді: тривожності, боязкості, сенситивності. Симптоматика посилюється у тому випадку, якщо період носіння окулярів співпадає з віковим кризом.

Своєчасна психолого-педагогічна діагностика слабкозорої дитини допоможе виявити відхилення у розвитку пізнавальної сфери та згладити прояв вторинних дефектів. Виявлення невротичних реакцій у дітей, що займаються плеоптичним лікуванням можливо за допомогою експрес-опитувача. Перед тим, як зайти в кабінет лікаря медсестра роздає батькам опитувач для заповнення. Потім, оглядаючи дитину, визначаючи зорові функції і їх динаміку, лікар оцінює психічний статус пацієнтів, а у бесіді з батьками з'ясовує деталі анамнезу. Необхідно упізнати стан сімейних взаємовідносин, визначити міру домагань батьків до навчання дітей, їх успішність в школі, захоплення дитини, характер дозвілля і так далі, а так само наявність у батьків і прародителів психічної патології. Залежно від наявності, характеру і вираженості невротичних проявів лікар-офтальмолог

обмежується або усною бесідою з батьками, або направляє їх до дитячого психіатра або психолога, які проводять повноцінне патогенетичне лікування.

### **Контрольні запитання**

1. *Охарактеризуйте особливості психічного розвитку слабкозорої дитини.*
2. *Як впливає порушення зору на розвиток пізнавальної діяльності дитини?*
3. *Охарактеризуйте розвиток емоційно-вольової сфери слабкозорої дитини.*
4. *Які труднощі можуть виникнути у процесі навчання в дітей з порушенням зору?*

### **Список використаної літератури**

1. Аслаева Р. Г. Основы специальной педагогики и психологии : экспресс-курс для преподавателей дистанционного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья / Р. Г. Аслаева. – Уфа : Изд-во БГПУ, 2011. – 136 с.

2. Кантор В. З. Инвалиды по зрению в педагогической системе социально-культурной реабилитации : монография / В. З. Кантор. – СПб. : Изд-во РГПУ им. Герцена, 2002. – 268 с.

3. Липа В. А. Психологические основы педагогической коррекции / В. А. Липа. – Славянск : Предприниматель Маторин Б. И., 2012. – 386 с.

4. Лупир С. А. Особливості неврозів у дітей, що страждають на амбліопію : автореф. дис. на здобуття вченого ступеня канд. мед. наук / С. А. Лупир. – Харків, 1996. – 24 с.

5. Лупыр С. А. Особенности психики детей с амблиопией, их психогигиена и психокоррекция // Метод, рекомендации. – Луганск, 1994. – 8 с.

6. Основы коррекционной педагогики / под ред. В. А. Липы. – Донецк : Либідь, 2002. – 319 с.

7. Основи корекційної педагогіки : навч.-метод. посіб. / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвєєва ; за заг. ред. С. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Поділ. нац. ун-т імені Івана Огієнка, 2010. – 264 с.

8. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова. – К. : Знання, 2008. – 365 с.

9. Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева. – М. : «Полиграф сервис», 2000. – 367 с.

## **2.2. Специфіка психолого-педагогічної діагностики дітей із порушеннями зору**

Проведення психологічної діагностики дітей з порушеннями зору вимагає спеціальних методик, яких, на жаль, мало. Стимульний матеріал для обстеження повинен враховувати індивідуальні особливості і труднощі сприйняття кожною дитиною.

Контрастність представлених об'єктів і зображень стосовно тла має бути 60 – 100 %. Негативний контраст прийнятніший, оскільки діти краще розрізняють чорні об'єкти на білому тлі, ніж білі об'єкти на чорному.

Стимульний матеріал повинен відповідати ряду умов :

- ☉ пропорціональність співвідношень предметів за величиною відповідно до співвідношень реальних об'єктів;
- ☉ співвідношення з реальним кольором об'єктів;
- ☉ високий колірний контраст (80 – 95 %);
- ☉ чітке виділення ближнього, середнього, далекого планів.

Величина представлених об'єктів визначається залежно від віку і зорових можливостей дитини, які уточнюються спільно з лікарем-офтальмологом. У колірній гаммі бажано використати жовто-червоно-помаранчеві і зелені тони. Насиченість кольору – 0,8 – 1,0.

Відстань від очей дитини до стимульного матеріалу не повинна перевищувати 30 – 33 см. Розмір перцептивного поля представлених малюнків повинен складати від 0,5 до 50°. Кутові розміри зображень – в межах 3 – 35°. Фон має бути розвантажений від деталей, що не входять в задум завдання.

### ***Вимоги до стимульного матеріалу при діагностиці дітей з амбліопією та косоокістю***

Дітям від 2 до 4 років з амбліопією і косоокістю при гостроті зору до 0,3 рекомендується показувати зображення в помаранчевих, червоних і зелених тонах без відтінків, з високою колірною насиченістю й контрастністю по відношенню до підбраного фону. Розмір представлених об'єктів має бути більше 2 см. Показувати можна предмети будь-яких форм – і площинні, і об'ємні. При цьому об'ємні предмети бажано представляти не лише для зорового, але і для дотикового обстеження, яке краще проводити ближче до полудня.

Дітям цього ж віку, але з гостротою зору від 0,4 і вище демонструють різноманітні за кольором тест-об'єкти з розмірами також близько 2 см (чи менше). Обстеження дитини можна проводити в будь-який час дня. Слід пам'ятати, що при косоокості, що сходиться, з далекозорою рефракцією дитині потрібні окуляри для близькості. При косоокості, що розходиться, і високому ступені міопії також потрібні окуляри для близькості, а при міопії середнього і слабого ступеня окуляри не потрібно.

Дітям від 5 до 10 років з амбліопією і косоокістю з візусом до 0,3 з нецентральною, але стійкою фіксацією рекомендується показувати тест-об'єкти з розмірами більше 2 см переважно помаранчевого, червоного і зеленого кольорів. Форми об'єктів обстежуються і зорово, і дотиково. Час проведення експерименту – ранок або вечір.

Дітям того ж віку з тією ж гостротою зору, але з центральною та нестійкою фіксацією, а також з нецентральною та нестійкою фіксацією демонструються тест-об'єкти тих же кольорів, розмірів і форм. Проте час проведення обстеження бажано призначати ближче до полудня.

При обстеженні повинна враховуватися відмітна особливість цієї категорії дітей – складність локалізації погляду на певному об'єкті. Дітям у віці від 5 до 10 років з гостротою зору від 0,4 і вище з центральною стійкою фіксацією і з монокулярним, монокулярно-артенируючим і одночасним характером зору, з косоокістю, що сходиться, можна показувати різноманітні об'єкти різних кольорів і розмірів. Обстеження проводиться у будь-який час дня. Особливість цієї категорії дітей – труднощі конвергенції, релаксації (розслаблення). У них також виникають труднощі зі сприйняттям об'ємних предметів, а також зображень переднього і заднього плану. Для роботи із стимульним матеріалом у процесі обстеження дітям потрібні окуляри для близькості і вправи на розслаблення конвергенції (напряму погляду вгору та удалину).

Дітям у віці від 5 до 10 років з тією ж гостротою зору з центральною стійкою фіксацією і з монокулярним, монокулярно-артенируючим і одночасним характером зору, але з косоокістю, що розходиться, можна предствляти об'єкти різних кольорів і розмірів. Обстеження проводиться у будь-який час дня.

Рекомендуються окуляри для близькості та вправи на посилення акомодатції (напряв погляду вниз і вблизь).

Дітям у віці від 5 до 10 років з візусом від 0,4 до 1 при одночасному біокулярному нестійкому характері зору й відсутності косоокості представлення стимульного матеріалу супроводжується лише віковими протипоказаннями.

Основний принцип адаптації методик за процедурою дослідження – збільшення часу експозиції стимульного матеріалу. Оскільки в дітей з порушенням зору при виконанні різних завдань можливий особливий спосіб зорового сприйняття тест-матеріалу, потрібне збільшення часу його експозиції мінімум удвічі. Залежно від особливостей зорової патології час виконання завдання може бути збільшено у декілька разів (від двох до десяти). Виконання завдань на основі дотику вимагає збільшення часу експозиції в два-три рази в порівнянні з виконанням завдань на основі зору.

### ***Специфіка методів обстеження дітей з порушеннями зору***

При порушенні роботи зорового аналізатора створюються певні труднощі в пізнавальній діяльності дітей, які призводять до неуспішності в умовах шкільного навчання і можуть мати уявну подібність з розумовою відсталістю. Тому відмежування порушень зору від розумової відсталості є актуальним завданням.

При відмежуванні станів, викликаних порушеннями функцій зорового аналізатора, від ЗПР і розумової відсталості необхідно з'ясувати, що первинно домінує у відставанні: розумова відсталість є провідним і первинним дефектом, а зниження зору лише супроводить її, або ж відставання настало в результаті порушення функцій аналізатора. Важливо враховувати час поразки аналізатора:

чим раніше виник хворобливий процес, тим важчі наслідки. Залежно від діагнозу вирішуватиметься питання, в якому навчальному закладі повинна вчитися дитина.

При обстеженні дітей з порушеннями зору використовують наступні **методи діагностики**:

### **1. Вивчення документації дитини**

Завдання вивчення документації – збір анамнестичних даних і складання уявлення про витоки аномального розвитку.

А) Виписка з історії розвитку дитини, що містить заключення:

- ☒ педіатра про загальний стан дитини;
- ☒ психоневрології з обґрунтованим медичним діагнозом і характеристикою розумового розвитку;
- ☒ отоларинголога з характеристикою стану органів, що беруть участь в артикуляції мови;
- ☒ офтальмолога;
- ☒ ортопеда.

Б) Педагогічна характеристика дитини, що містить:

- ☒ дані про тривалість навчання і виховання;
- ☒ аналіз успішності, заходи по підвищенню успішності;
- ☒ аналіз поведінки.

### **2. Вивчення продуктів діяльності аномальних дітей**

- ☒ дитячі малюнки, вироби;
- ☒ навчальні роботи.

Аналіз продуктів дитячої творчості і навчальної діяльності дозволить сформуванню уявлення про:

- ☒ розвиток уяви;
- ☒ сформованість зорових представлень;
- ☒ розвиток дрібної моторики;
- ☒ сенсорні навички;



- ☪ навички навчальної діяльності;
- ☪ ставлення до дійсності, природи;
- ☪ ставлення до свого дефекту.

### **3. Метод спостереження**

Пасивне – дає відомості про природну поведінку дитини.

Активне – спостереження в процесі систематизованого заняття (розроблене О. Ф. Лазурським).

Найбільш важливі види спостережень за:

- ☪ грою;
- ☪ поведінкою;
- ☪ спілкуванням;
- ☪ станом працездатності.

### **4. Метод бесіди**

Бесіда – метод збору фактів про психічні явища в процесі особистого спілкування за спеціально складеною програмою. При вивченні анормальних дітей використовується:

- ☪ Бесіда з батьками, учителями, вихователями з метою збору анамнестичних даних.
- ☪ Бесіда з дитиною з метою налагодження контакту й складання уявлень про його розвиток.

### **5. Метод експерименту**

Метод експерименту припускає збір фактів в спеціально змодельованих умовах, що забезпечують активний прояв явищ, що вивчаються. Він може бути застосований для вивчення різних видів діяльності дітей, виявлення особливостей розвитку їх особистості й можливостей навчання.

Особливості методу експерименту:

- ☪ цей метод найбільш «молодий» у порівнянні з методом спостереження;
- ☪ при його використанні можливе багаторазове повторення процедури дослідження;

- ☒ проводиться статистична обробка даних;
- ☒ він вимагає менших витрат часу на проведення.

Загальним моментом при проведенні всіх експериментів є те, що дитині пропонується за певним сценарієм виконати завдання.

У експериментах, які проводяться з аномальними дітьми, є своя **специфіка**:

- ☒ зміст має бути доступний і цікавий;
- ☒ ігрова форма;
- ☒ навчальне завдання, але зі зміненим мотивуванням.

#### ***Правила організації експерименту:***

- п** експеримент повинен моделювати психічну діяльність, здійснювану в грі, у праці, навчанні, спілкуванні;
- п** експеримент повинен допомогти виявити структуру не лише порушених психічних функцій, але й тих, що підлягають зберіганню;
- п** в експерименті враховуються пошуки рішень обстежуваним, а також сприйнятливість до допомоги;
- п** експеримент повинен розкривати якісну характеристику порушень;
- п** результати експерименту повинні точно й об'єктивно фіксуватися в протоколі.

**Принцип навчального експерименту:** перебудувати будь-яку методику так, щоб дитині давалися свідомо важкі для нього завдання, а потім експериментатор навчає вирішення задачі.

**Здатність до навчання** – індивідуальні показники швидкості та якості засвоєння людиною знань, умінь і навичок в процесі навчання.

В якості показника повчання враховується:

- ☒ кількість і якість допомоги, необхідної для виконання завдання;

- ☛ можливість і якість словесного звіту;
- ☛ можливість перенесення сформованої навички в нові умови.

Кожне експериментальне завдання може бути представлене як завдання з декількома ступенями складності.

Поняття «Міра складності» включає:

- ☛ характеристику об'єму матеріалу;
- ☛ міру участі експериментатора в роз'ясненні;
- ☛ види допомоги, запропоновані дитині.

#### **Види допомоги:**

1. Стимуляція до дії (подумай, постарайся).
2. Роз'яснення сутність дії.
3. Уведення наочності (показ шляху рішення).
4. Демонстрація образу (виконання завдання з подальшою репродукцією його дитиною).

Експеримент проводиться тільки після детального вивчення скарг, документації, збору анамнезу, проведення бесіди та спостереження за дитиною. Усі ці етапи дозволяють скласти уявлення про дитину і намітити стратегію вивчення особливостей її розвитку (додаток 3).

У процесі роботи виділяються наступні **етапи** діяльності психолога (усе це фіксують у протоколі обстеження):

1. Уведення дитини в ситуацію експерименту.
2. Повідомлення змісту завдання (інструкція).
3. Спостереження за діяльністю дитини при виконанні завдання і надання дозованої допомоги.
4. Оцінка результатів діяльності дитини.

#### **Оцінка результатів діяльності дитини (спеціальна шкала):**

- п** прийняття завдання (оцінюється характер мотивування, наявність прагнення);
- п** розуміння інструкції;

- п самостійність при виконанні завдань і способи дій;
- п здатність до навчання;
- п чинники і ситуації, що впливають на результат роботи;
- п результативність виконання завдання і можливість корекції помилок (контроль за результатами діяльності).

За результатами обстеження складається психолого-педагогічна характеристика на дитину (додаток 1).

### ***Рекомендації до психолого-педагогічної діагностики дітей раннього віку (1 – 3 роки)***

Психічний розвиток дітей з порушеннями зору, на думку Л. І. Сонцевої, так само як і зрячих, підпорядковується загальним законам вікових змін і протікає в умовах ведучої для кожного віку діяльності, завдяки якій формуються нові психічні утворення і зона найближчого розвитку дитини. Для дітей з глибокими порушеннями зору характерне уповільнене формування різних форм діяльності. При цьому потрібне спеціально спрямоване навчання її елементам і головним чином виконавчої її сторони, оскільки рухова сфера сліпих і слабкозорих дітей є найуразливішою, вплив дефекту на рухові акти виявляється найбільшим.

Період до 3 років для дитини з порушенням зору є найбільш важким у порівнянні зі зрячими дітьми. У цей час спостерігається значне її відставання через вторинні порушення, викликані слабкозорістю, що виражаються насамперед у недорозвиненні предметної діяльності, у практичному спілкуванні, що розвивається уповільнено, у дефектах орієнтування, недостатній мобільності, у загальному недорозвитку моторики. Відзначають також уповільнений темп формування предметних дій, труднощі

використання їх в самостійній діяльності (А. М. Вітковська, Л. І. Сонцева).

Найважливіше досягнення дитини раннього віку при нормальному розвитку є:

- ☒ оволодіння ходінням (прямоходіння);
- ☒ розвиток предметної діяльності;
- ☒ розвиток мовлення.

У нормі на другому році життя починається бурхливий розвиток предметних дій. На третьому році життя предметна діяльність стає основною.

Розвиток сприйняття (у процесі дій з предметами дитина знайомиться не лише із способами вживання, але і з їх властивостями – формою, величиною, кольором, матеріалом. Виникають прості форми наочно-дієвого мислення, перші узагальнення. Особливо інтенсивно йде розвиток мови. В 3 роки дитина спілкується за допомогою розгорнутих фраз. Зростає активний запас, але багато букв в словах опускаються або замінюються (орієнтування на інтонаційно-ритмічну характеристику).

У 2 роки починає розвиватися регулююча функція мови (підпорядкування дій словесній інструкції дорослого). Розуміння мови починає виходити за межі безпосередньої ситуації спілкування. Мова стає провідним засобом спілкування і розвитку мислення дитини.

Для успішного проведення дослідження дітей раннього віку важливе встановлення контакту і доброзичливої обстановки.

Основною метою психолого-педагогічного вивчення дитини раннього віку є отримання даних, що характеризують:

- ☒ пізнавальні процеси;
- ☒ емоційно-вольову сферу;
- ☒ предмовленнєвий і мовленнєвий розвиток;
- ☒ руховий розвиток.

Перед діагностикою переконайтеся, що у дитини немає грубих порушень слуху.

**Обстеження зору.** Симптоми зниження зору:

- ☒ використання рота як додаткового тактильного органу;
- ☒ наближення предмета або картинок впритул до очей;
- ☒ ігнорування дрібних предметів або дрібних деталей на картинці.

Обстеження **слуху** в 2 – 3 роки. Складнощі: багато нормальних дітей перестають реагувати на звичні шуми, мовні сигнали, які не звернені безпосередньо до них. Як джерело звуку використовується барабан. Дудка, голос розмовної гучності і шепіт при вимовленні звуконаслідувань «ав-ав-ав» (собачка), імені дитини, звукосполучень типу «ккш». Звукові стимули пред'являються за спиною дитини на відстані 6 метрів. Зорове сприйняття мови має бути виключене.

Нормальна реакція:

- ☒ поворот голови;
- ☒ голосова реакція у відповідь на шепіт (імітація звуку, повторення мовного стимулу).

При підозрі на зниження слуху дитина прямує на аудіологічне обстеження.

Діагностика **пізнавальної сфери**. Проводиться аналіз виконання окремих завдань як відображення психічної діяльності дитини. Причому важливий не результат, а можливість організації діяльності по виконанню завдання.

**Параметри оцінки пізнавальної діяльності:**

- ☒ прийняття завдання;
- ☒ здатність виконання завдання;
- ☒ ставлення до результату своєї діяльності (дитина з порушенням інтелекту байдужа до

того, що він робить, і до отриманого результату.

Основні способи виконання завдання у дітей раннього віку:

- ☒ самостійне виконання;
- ☒ за допомогою дорослого;
- ☒ самостійне виконання після навчання.

Найбільш примітивним способом є дія силою або хаотична дія без урахування властивостей предметів. Неадекватне виконання завдання в усіх випадках свідчить про порушення розумового розвитку дитини.

#### ***Види допомоги:***

- ☒ виконання дії з наслідування (кількість показів не більше 3);
- ☒ виконання завдань по наслідуванню з використанням вказівних жестів;
- ☒ виконання завдань по наслідуванню з мовною інструкцією (мова повинна вказувати на мету завдання і містити оцінку успішності дій дитини).

Здатність до навчання в ранньому віці – це перехід дитини від неадекватних дій до адекватних. Вона свідчить про потенційні можливості дитини. Низька здатність до навчання може бути пов'язана з грубим недорозвиненням інтелекту, з порушенням емоційно-вольової сфери.

#### ***Основні методики діагностики пізнавальної сфери дітей раннього віку***

Методики на з'ясування рівня розвитку зорового співвідношення:

- ☒ «Дошка Сегена» (2 – 3 форми);
- ☒ складання пірамідки (з кульок, з колечок);
- ☒ розбирання і складання матрьошки (двоскладовою, трьохскладеною);
- ☒ парні картинки (2 – 4);

☼ розрізні картинки (з 2 – 3 частин).

Завдання, спрямовані на діагностику пізнавальної сфери, можуть використовуватися для вивчення емоційно-вольової сфери.

### **Показники:**

- *загальний фон настрою* (адекватний, депресивний, тривожний, ейфорійний), активність, наявність пізнавальних інтересів, прояв збудливості, розгальмування;

- *контактність* (бажання співпрацювати з дорослим). Поверхневість, легкість і неповноцінність контакту пов'язана з інтелектуальним дефектом і характерна для дітей з розумовою відсталістю. Утруднення контакту – при підвищеній тривожності, торпідності, складнощі адаптації до нової обстановки і незнайомих людей, при реакції страху і інших невротичних реакціях. Відхід від контакту, відгородженість спостерігається у аутичних дітей;

- *емоційне реагування на заохочення і схвалення*. У 1 – 1,5 року – радісна, забарвлена позитивними емоціями реакція. У невротизованих дітей при заохоченні разом з радістю відзначається різке підвищення результативності із-за зняття емоційної напруги. При виражених інтелектуальних порушеннях – байдужість до заохочення, відсутність зацікавленості, часто не розуміють сенсу похвали;

- *емоційне реагування на зауваження і вимоги*. При цьому фіксується: реакція дитини на зауваження, виправлення їм своєї поведінки відповідно до зауваження, необхідність суворіших заходів для корекції поведінки;

- *реагування на труднощі і неуспіх в діяльності*. З 2,5 – 3 років діти здатні самостійно виявити помилковість власних дій, це фіксується в елементарних мовних висловлюваннях типу: « ой », « так, не так », « а як? » ,



«правильно», « неправильно». Виявивши помилку, діти зосереджуються та, виправляючи помилки, намагаються досягти бажаного результату, звертаючись, якщо потрібно, по допомогу до дорослого.

**Діагностика рухової сфери.** Параметри оцінки розвитку загальної моторики базуються на загальновікових нормативах розвитку рухової сфери у дітей:

13 міс. – ходить сам;

15 міс. – ходить тривало, присідає, нахиляється, повзе вгору по сходах, сам сідає в крісло, може встати з колін;

18 міс. – сам піднімається і спускається по сходах, може тягнути за собою іграшки, переступає через палицю, що лежить на підлозі;

21 міс. – уміє ходити по поверхні шириною 15 – 20 см на висоті 15 – 20 см від підлоги;

2 роки – може підняти іграшку з підлоги, нагнувшись; переступає через перешкоду, чергуючи крок; потрапляє по м'ячу ногою;

2,5 року – приставним кроком переступає через декілька перешкод, що лежать на підлозі на відстані 20 см один від одного;

3 роки – може декілька секунд простояти на одній нозі; піднімаючись вгору по сходах, ставить по одній нозі на кожен сходинку; спускаючись, ставить на сходинку обидві ноги; стрибає на двох ногах; може їздити на триколісному велосипеді.

Рівень розвитку дрібної моторики можна оцінити по виконанню таких завдань, як побудову вежі, виконання завдань з дошками, застібання гудзиків, малювання. Приведемо деякі нормативи:

18 міс. – повторює штрих;

2 роки – по показу повторює вертикальні лінії і круги;

2,5 року – робить дві лінії або більше при малюнку хреста;

3 роки – копіює круг, повторює по показу хрест, малює людину без тулуба.

Психодіагностичне дослідження психічного розвитку дитини цього вікового періоду завершується складанням заключення, в якому містяться узагальнені дані, що відбивають розвиток його емоційної, пізнавальної, мовної і моторної сфер, характеристики психологічної структури окремих дій і систем дій з виконання завдань, а також спостережувані характерологічні особливості дитини. У випадках виявлення порушення психічного розвитку в заключенні надається характеристика його психічної структури і рекомендації щодо корекції або компенсації з метою оптимізації шляхів подальшого психічного розвитку.

### ***Рекомендації до психолого-педагогічної діагностики дітей дошкільного віку***

**Дошкільне дитинство** – великий і відповідальний період життя, особливо для слабкозорої дитини. У цьому віці відбуваються великі зміни в психічному розвитку: формування власного «Я», усвідомлення відмінності від інших дітей зі збереженим зором. При значному зростанні пізнавальної активності (розвиваються сприйняття, мислення, з'являються зачатки логічного мислення) недолік зорової перцепції може викликати у дитини незадоволення собою, тому що вона не може виконувати наочні дії, встановлювати зв'язки. Тому при діагностиці дитини дошкільного віку треба звернути увагу на розвиток уяви про себе, навколишній світ, на розвиток процесів саморегуляції та довільної поведінки. Зростанню пізнавальних можливостей сприяє становлення смислової пам'яті, довільної уваги. Зростає роль мовлення як в

пізнанні дитиною навколишнього світу, так і в розвитку спілкування і різних видів дитячої діяльності. У дошкільнят з'являється можливість виконання дій за словесною інструкцією, засвоєння знань на основі пояснень, але тільки при опорі на чіткі наочні представлення (це ускладнює процес навчання слабкозорої дитини). Основою пізнання для цього віку є чуттєве пізнання – сприйняття і наочне мислення. Саме від того, як сформовано у дитини-дошкільника сприйняття, наочно-дієве і наочно-образне мислення, залежать його пізнавальні можливості, подальший розвиток діяльності, мовлення і більш високих, логічних форм мислення. У цей віковий період у дітей формуються просторові уявлення, які грають велику роль в загальному психічному розвитку дитини і служать основою для оволодіння елементарними рахунковими операціями і математичними поняттями.

**Важливе якісне придбання дошкільного віку** – поява гри як першого й основного виду спільної діяльності дітей. Разом з грою в дошкільному дитинстві розвиваються так звані продуктивні види діяльності. Інтенсивний розвиток усіх психічних функцій і розширення кола практичної діяльності формують у дошкільника пізнавальне ставлення до навколишньої дійсності. Дошкільний вік характеризується й інтенсивним розвитком особистості дитини. Починається розвиток волі, формується внутрішня оцінка ситуації, вчинку, дій, удосконалюється увага, закладаються основи морального розвитку особистості.

У дітей з порушенням зору розвиваючий вплив провідної діяльності розтягується в часі. Наприклад, в дошкільному віці у сліпих і слабкозорих співіснуючими формами провідної діяльності являються предметна й ігрова (Л. І. Сонцева), а в молодшому шкільному віці – гра та навчання (Д. М. Маллаєв).

А. М. Вітковська зауважує також уповільнений темп формування предметних дій, труднощі використання їх в самостійній діяльності. У дошкільному віці в становлення предметної діяльності активно включається мовлення, що забезпечує її мотивацію і розуміння функціонального призначення предметів.

Психологічна теорія діяльності А. Н. Леонтьєва виділяє принцип предметності навчання, при цьому предмет є об'єктом, на який спрямована дія суб'єкта. Труднощі слабкозорих в оволодінні предметними діями позначаються на формуванні усіх видів діяльності, зокрема ігрової.

У грі проявляються різні типи соціальної поведінки дітей. Д. М. Маллаєв виділив чотири рівні соціальних стосунків, характерних для дітей з порушенням зору при здійсненні ігрової діяльності:

1) орієнтація на свої потреби і бажання при слабкому уявленні про необхідність враховувати інтереси товариша по грі;

2) засвоєння правил поведінки, але небажання зважати на цю необхідність;

3) формальне, пасивне засвоєння правил;

4) соціальних норми і правила поведінки стають визначальними та такими, що регулюють позицію дитини в грі та його взаємини з однолітками і дорослими.

Рівні соціальної поведінки в грі співвідносяться з мірою володіння ігровими діями і наявністю ігрового задуму по сюжету. Діти проходять декілька етапів в розвитку гри: неспецифічні дії з іграшками за відсутності сюжету гри – виникнення елементарних дій з предметами без сюжету гри – поява ігрових дій і нестійкість ігрового замысла – формування співвідношення ігрових дій з сюжетом гри й умінням діяти відповідно до задуму.

Поява в процесі гри конфліктних ситуацій при порушеннях зору значною мірою пов'язана з труднощами організації спільної гри, контролю за діями своїх товарищів по грі, розуміння функціональних стосунків при реалізації узятій на себе ролі, відсутністю спеціальних аксесуарів, сприяючих розумінню ігрової ситуації. Д. М. Маллаєвим запропонована концепція формування гри як засобу корекції недоліків в психічному розвитку, що є результатом впливу глибоких порушень зору. Мається на увазі оптимізація процесу навчання ігровим діям, рольовим позиціям і діям з ігровими матеріалами, включає спеціальні психологічні й ігрові вправи, припускає поетапність їх застосування. Важливе місце належить дорослому, який включається в гру як рівноправний партнер. Елементи навчання, що входять в гру, готують дітей до переходу до оволодіння навчальною діяльністю.

До кінця дошкільного віку формується **готовність до шкільного навчання**. Формування навчальної діяльності у слабкозорих школярів – тривалий і складний процес. Основа цього процесу – формування готовності свідоме та навмисно опановувати знання.

При проведенні обстеження дошкільнят слід дотримуватися ряду умов, які забезпечать об'єктивнішу оцінку їх стану:

- ☒ створення в ході обстеження комфортності, встановлення емоційного контакту;
- ☒ пред'явлення завдань з найбільш легкого варіанту для створення ситуації успіху, бажання подальшої роботи з експериментатором;
- ☒ чергування словесних і наочних методик для попередження стомлення;
- ☒ ігровий характер завдань;
- ☒ облік рівня розвитку пізнавальної діяльності.

Психологічне обстеження розпочинається з бесіди, яка спрямована на встановлення емоційного контакту. Під час бесіди виявляються загальний запас знань і представлень дитини про оточуюче середовище, орієнтування в часі, просторі, емоційні особливості: контактність, інтереси, улюблені ігри і заняття. При відборі методик для діагностичного обстеження дітей дошкільного віку необхідно враховувати психологічні вікові новоутворення: рівень розвитку перцептивних дій, наочно-образного мислення, провідної діяльності – гри, а також типових видів діяльності – конструювання та малювання.

Важливим завданням обстеження дітей 4 – 5-го року життя є вивчення рівня розвитку їх орієнтовно-пізнавальної діяльності. Саме орієнтовно-пізнавальна дія стає основною структурною одиницею пізнання.

У дошкільному віці виділяють наступні рівні орієнтовно-пізнавальних дій:

- ☒ хаотичні дії;
- ☒ перебір варіантів;
- ☒ цілеспрямовані проби;
- ☒ практичне примірювання;
- ☒ зорове орієнтування.

Діти з нормальним інтелектуальним розвитком у віці 4 – 5 років вирішують практичні і проблемно-практичні завдання методом цілеспрямованих проб. У цьому віці у дітей розвивається сюжетна гра і з'являється сюжетно-ролева гра. Крім того, відзначається стійкий інтерес до продуктивних видів діяльності (малювання, конструювання та ін.).

При обстеженні дітей 6-го року життя необхідно враховувати наступні психологічні новоутворення: сюжетно-ролева гра; відображення сюжету в продуктивних видах діяльності. Важливе значення мають

також такі показники розвитку, як рішення завдань методом практичного примірювання, а в деяких випадках – методом зорового орієнтування.

Головна мета обстеження дітей 6 – 7-го року життя – цілеспрямоване вивчення їх психологічної готовності до шкільного навчання.

Поняття **«Психологічна готовність до школи»** включає декілька важливих компонентів: розумову, мотиваційну, емоційно-вольову і комунікативну готовність (уміння дитини будувати свої стосунки з однолітками і з новими дорослими).

Основними параметрами розумового розвитку дошкільника можна вважати:

- ☒ прийняття завдання;
- ☒ розуміння умов завдання;
- ☒ способи виконання (хаотичні дії, примірювання, цілеспрямовані проби, практичне примірювання, зорове орієнтування);
- ☒ навчана в процесі обстеження;
- ☒ ставлення до результату діяльності.

При діагностиці особливостей пізнавальної сфери дітей дошкільного віку використовуються спеціальні завдання, що проводяться у формі «повчального експерименту», а також завдання, що дозволяють виявити рівень сформованості знань і умінь (методики по вивченню пізнавальної діяльності дошкільнят широко описані в спеціальній літературі). Аналіз виконання завдань дозволяє оцінити характер діяльності дитини: чи розуміє вона практичну ситуацію як проблемну, чи аналізує умови, чи може самостійно знайти і використати допоміжні предмети для досягнення мети.

Такий підхід до оцінки дії дитини дозволяє визначити не лише «актуальний» рівень розвитку, але і потенційний, тобто зону найближчого розвитку. Це, у свою чергу, дає

можливість скласти індивідуальну програму корекційного навчання для кожної дитини.

Для обстеження мотиваційної готовності дитини до навчання в школі використовуються різні методи: спостереження під час різних видів дитячої діяльності, бесіда.

Основними показниками стану емоційно-вольової сфери дошкільника служать: володіння правилами поведінки, уміння адекватно реагувати на оцінку виконаного завдання, уміння оцінювати свою роботу, уміння долати труднощі. Важливою умовою психологічної готовності до школи є також володіння деякими елементарними учбовими навичками – звуковим аналізом слова, читанням, обчислювальними навичками. Важлива також готовність руки до письма, певний обсяг знань і уявлень про навколишній світ.

Обов'язковим компонентом психолого-педагогічного вивчення дитини дошкільного віку є обстеження стану мовлення. Логопедичне обстеження здійснюється загальноприйнятими в логопедичній практиці методами і включає вивчення основних компонентів, що становлять мовленнєву систему.

Одним з найважливіших показників рівня розвитку дитини є його ігрова діяльність, а її оцінка може бути одним з діагностичних критеріїв. Для дітей дошкільного віку гра – провідна діяльність, оскільки згідно з дослідженнями О. Н. Леонтьєва:

- ☛ усередині гри виникають і диференціюються нові види діяльності, наприклад навчання;
- ☛ в ній перебудовуються приватні психічні процеси;
- ☛ від неї залежать основні зміни особистості в даний період.



У випадках порушень і патології розвитку найбільш ранні зміни спостерігаються в ігровій діяльності дитини: гра або не відповідає віковому рівню, або набуває своєрідного характеру. Характерними показниками при цьому є відсутність поступового ускладнення гри, недостатність конструктивної творчості, зниження ініціативності в грі, а також її одноманітність, стереотипність, монотонність, відсутність або зниження емоційної реакції, супроводжуючої зміну характеру гри. Несформованість ігрової діяльності спричиняє за собою ряд особливостей психічного розвитку. У дітей характер гри може бути представлений маніпуляцією, процесуальною грою, грою з елементами сюжету.

При маніпуляції дитина не проводить власне ігрових дій. Вона розглядає іграшку, повертає її, постукує, перекладає з місця на місце, але усі ці дії не характерні для цієї іграшки або замінюючого її предмета (наприклад, «пересипає» кубики, постукує однією матрешкою об іншу).

У процесуальній грі удосконалюються ігрові дії, не спрямовані на кінцевий результат. При цьому дія доставляє дитині задоволення і може повторюватися багаторазово (катання машини, нагромадження кубиків без мети що-небудь побудувати).

Гра з елементами сюжету відрізняється від процесуальною більшою свідомістю і цілеспрямованістю. Зникає стереотипність дій, з'являється кінцевий результат.

Вивчення ігрової діяльності проводиться методом спостереження. Його можна провести в реальній обстановці дитячого саду і безпосередньо в кабінеті психолога. При спостереженні спонтанної гри оцінюються її зміст, характер, поведінка дитини і мовний супровід гри. У ситуації обстеження в кабінеті дитині надається можливість обрати іграшки і діяти з ними. Спостереження

розпочинається з моменту, коли дитина підходить до іграшок. Фіксується наявність у нього емоційної реакції на іграшки, інтерес до них, бажання пограти і цілеспрямованість дій (Забрамна С. Д., Левченко І. Ю., Стребелева Є. О.).

### **Оцінюються:**

- виявлення цікавості до іграшок (емоційні реакції і висловлювання, прохання);

- вибір іграшок (відбір тематичний, з метою організувати якусь гру або випадковий, з метою узяти іграшок більше, безвідносно до їх призначення);

- адекватність використання іграшок, тобто відповідність використання предмета його призначенню (неадекватне використання: дитина рве, ламає, облизує, смоче, намагається узяти предмет в рот; безглузді дії з предметами, що не диктуються їх якістю або логікою гри);

- можливість організації і рівень самостійності гри (маніпуляції, процесуальна гра, гра з елементами сюжету);

- характер гри (одноманітна, творча);

- поведінка під час ігрової діяльності (емоційні реакції, мовний супровід, можливість перемикавання на інші ігри, реакція на участь дорослого).

Відсутність гри в ситуації обстеження не є показником відхилень в розвитку, оскільки ця ситуація для дитини незвичайна. Показові ставлення до іграшок, характер рівня гри. Якщо у дитини відсутній інтерес до іграшок або він користується ними неадекватно, дитина не здатна сама організувати гру, а за допомогою дорослого тільки повторює дії, можна думати про зниження розумового розвитку. Відсутність можливості розгорнути сюжетну гру у дітей старше за 4 роки говорить про відхилення в розвитку, а гра на рівні маніпуляції в тому ж віці свідчить про глибоке відставання в розвитку. Наявність цих особливостей при обліку інших показників

може вказувати на зниження інтелекту. Психолого-педагогічне вивчення дитини дошкільного віку завершується складанням характеристики, що відображає розвиток вивчених сфер діяльності, а також характерологічні особливості, готовність до шкільного навчання.

### **Контрольні запитання**

- 1. Які вимоги висувають до організації і проведення діагностики дітей з порушеннями зору?*
- 2. Назвіть основні завдання й особливості психологічної діагностики дітей раннього та дошкільного віку з порушеннями зору.*
- 3. Сформулюйте вимоги до характеру стимульного матеріалу, який використовується для обстеження дітей з порушеннями зору.*
- 4. Які методи психолого-педагогічної діагностики використовуються при обстеженні слабкозорої дитини?*
- 5. Назвіть етапи діяльності психолога в процесі проведення повчального експерименту. За якими параметрами проводиться оцінка результатів діяльності дитини?*

### **Список використаної літератури**

- 1.** Дети-сироты: Консультирование и диагностика развития / под ред. Е. А. Стребелевой. – М., 1998.
- 2.** Психолого-педагогическая диагностика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Левченко И. Ю., Забрамная С. Д., Добровольская Т. А. и др. ; под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. – М. : Издат. центр «Академия», 2003. – 320 с.
- 3.** Синьова Е. П. Тифлопсихология : підручник / Е. П. Синьова – К.: Знання, 2008. – 365с.
- 4.** Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева. – М. : «Полиграф сервис», 2000. – 367 с.

5. Стадненко Н. М. Роль диференціальної діагностики розумового розвитку дітей під час розробки стандартів освіти / Н. М. Стадненко // Дефектологія. – 2001. – № 1. – С. 5 – 7.

### **2.3. Основні напрями корекційної роботи зі слабкозорими дітьми**

Дитина з порушеннями зору має всі можливості для високого рівня психофізичного розвитку і повноцінного пізнання навколишнього світу з опорою на збережені аналізатори. Корекційна робота спрямована на використання спеціальних прийомів і способів спостереження явищ і предметів з опорою на слух, дотик, нюх, що дозволяє формувати у дітей складні синтетичні образи реальної дійсності.

Отже, система компенсації ґрунтується на:

- ☛ Залишковому зорі.
- ☛ Розвитку слухового сприйняття.
- ☛ Отриманні інформації через тактильний аналізатор.
- ☛ Використанні системи умовних позначень, що дозволяють засвоїти читання та письмо (система Брайля).

#### ***Допомога:***

**Охорона залишкового зору.** У слабкозорих зір залишається провідним аналізатором. Вони мають деяку можливість при знайомстві з явищами, предметами, а також при просторовому орієнтуванні та при русі використовувати наявний у них зір. Залишковий зір має істотне значення для розвитку дитини, його навчальної, трудової і соціальної адаптації, тому його повинно ретельно оберігати: потрібні регулярна діагностика,

періодичне консультування у офтальмолога, тифлопедагога, психолога.

### **Задіяти інші канали вступу інформації:**

**Слухове сприйняття** має для слабкозорих величезне значення, оскільки для орієнтації в різних видах діяльності слух, компенсуючи недоліки зорової інформації, розвивається до дуже високої чутливості, що у свою чергу, викликає труднощі при роботі в умовах шуму. За допомогою звуків сліпі і слабкозорі можуть вільно визначати предметні і просторові властивості довкілля. Тому в процесі навчання і виховання дітей з порушеннями зору проводяться вправи на диференціацію – розрізнення і оцінку за допомогою звуку характеру предмета, аналіз і оцінку складного звукового поля: звукові сигнали властиві певним предметам, пристроям, механізмам і є проявом процесів, що відбуваються в них.

**Дотикове сприйняття** розвивається у слабкозорих дуже довго, але може досягти за допомогою спеціальних тренувань високого рівня. Тактильне сприйняття забезпечує отримання комплексу різноманітних відчуттів (дотик, тиск, рух, тепло, холод, біль, фактура матеріалу та ін.) і допомагає визначати форму, розміри фігури, встановлювати пропорційні стосунки.

**Розвивати вольові якості особистості, самостійність і активність у відпрацюванні практичних навичок.** Процес запам'ятовування і збереження інформації для слабкозорих визначається значущістю цієї інформації саме для них при великій кількості повторень і тренувань. У цьому першу допомогу надає тифлокомп'ютеризація навчального процесу і застосування мультимедійних технологій. Комп'ютерні технології дозволяють формувати у слабкозорих школярів складні просторові враження, візуалізують інформацію і забезпечують її дозорованість, надають процесу навчання

динамізм і виразність, підвищують інформаційність і інтенсивність уроку, забезпечують особово-орієнтований підхід, що зрештою підвищує ефективність навчання.

***Напрями корекційної роботи по формуванню зорового сприйняття***

- ☛ Розвиток аналітичного і цілісного сприйняття.
- ☛ Розвиток перцептивної константності.
- ☛ Формування апперцепції й антиципації.
- ☛ Формування узагальненості сприйняття.

***1. Розвиток аналітичного і цілісного сприйняття***

Люстративний матеріал:

- ☛ контурні і силуетні зображення (чорні і кольорові);
- ☛ прості, складні чорно-білі і гетерохромні зображення;
- ☛ площинні (двовимірні) і об'ємні (тривимірні).

Етапи формування аналітичного і цілісного сприйняття:

1 етап – первинне сприйняття зображення як єдиного цілого;

2 етап – сприйняття в цілому його структури і властивостей;

3 етап – повніше і досконаліше сприйняття цілого з його структурою і деталями.

***Практичні завдання:***

- ☛ Складання цілого зображення з його частин.
- ☛ Зоровий пошук за зразком і по пам'яті цільового (заданого) зображення в наборах, що складаються з трьох, п'яти, семи і десяти зображень.

- ☪ Зоровий пошук зображень по поєднанню двох і більше ознак (колір – колір, колір – форма, розмір – форма – колір) в перцептивних полях, що містять від трьох до десяти зображень.
- ☪ Відтворення колірної гамми простих і складних гетерохромних малюнків за зразком і по образу-представленню.

## **2. Розвиток перцептивної константності**

Ілюстративний матеріал: контурні, силуетні, площинні і об'ємні складні зображення з широкою варіативністю ознак (форми, кольору, розміру, орієнтації).

*Практичні завдання:*

- ☪ Упізнання предметів, зображених у фас, профіль, напівпрофіль.
- ☪ Порівняння розмірів зображень, що знаходяться на різних відстанях від очей. Один і той же зоровий кут може бути при різних відстанях у об'єктів з різними розмірами.
- ☪ Зоровий пошук цільового зображення, що відрізняється кольором, розміром, орієнтацією, місцем розташування від інших схожих зображень в перцептивному полі.
- ☪ Порівняння і визначення ідентичності форми двох об'ємних (тривимірних) об'єктів, один з яких зображений фронтально, а інший повернений під певним кутом до зорової осі (20, 40 або 60 градусів).
- ☪ Порівняння малюнків, що змальовують одну й ту ж предметну ситуацію з різних точок спостереження : дитина встановлює, з якого місця ведеться спостереження.

### 3. Формування апперцепції та антиципації

Ілюстративний матеріал:

- ☪ Набори чорно-білих і гетерохромних зображень.
- ☪ Малюнки, на яких представлені контурні завершені та незавершені зображення; цілісні й без одного або двох фрагментів.
- ☪ Малюнки, на яких представлені зображення з частковим накладенням одного на інше.
- ☪ Набори контурних незавершених зображень.
- ☪ Набори цілих зображень і їх частин з різною інформативною значущістю.
- ☪ Контурні зображення, «замальовані» іншими контурами в перцептивному полі.
- ☪ Малюнки, що містять замасковані зображення.
- ☪ Стилізовані, символічні зображення.

*Практичні завдання:*

- ☪ Ознайомлення дітей з великим набором зображень.
- ☪ Порівняння на малюнку одного і того ж (наприклад, птах) контурного завершеного та незавершеного зображення; домальовування другого зображення по зразку.
- ☪ Упізнання зображень, частково перекритих іншим зображенням (чорний прямокутник частково перекриває контурні круг, овал, трикутник, інший прямокутник).
- ☪ Упізнання зображень по неповному контуру.
- ☪ Упізнання складних гетерохромних зображень по їх частинах з різною інформативною значущістю.
- ☪ Зоровий пошук контурних зображень, «замальованих» іншими контурами.
- ☪ Упізнання зображень в умовах маскування, яке здійснюється прямими, ламаними, хвилястими лініями різного кольору в перцептивному полі.
- ☪ Упізнання символічних, стилізованих зображень.



#### **4. Формування узагальненості сприйняття**

##### *Практичні завдання:*

- ☪ Угрупування зображень по одному, двом і більше ознакам.
- ☪ Порівняти два зображення одного класу, знайти в них схожість і відмінності.
- ☪ Віднесення зображених предметів як в широкий, так і у вузький за об'ємом класи (рід і вид).
- ☪ Формування понятійних узагальнень.
- ☪ Порівняння різнорідних зображень, що мають виражені відмітні ознаки, однорідних зображень, що мають класові відмінності, визначення особливостей, що характеризують об'єкт який відрізняється від усіх інших об'єктів.
- ☪ Угрупування зображень по мнемонічному образу (зразку, який дитини запам'ятала) і за словесним завданням без зразка.
- ☪ Узагальнення декількох об'єктів складного малюнка, що складається з безлічі зображень, що відносяться до різних класів.
- ☪ Зоровий пошук зображень серед множини інших по семантичному образу (словесному опису).

##### ***Контрольні запитання***

1. *На чому ґрунтується система компенсації слабкозорої дитини?*
2. *У чому полягає корекційна спрямованість навчання дітей з порушеннями зорової функції?*
3. *Назвіть напрями корекційної роботи по формуванню зорового сприйняття.*

### **Список використаної літератури**

- 1.** Вавіна Л. С. Розвиваємо у дитини вміння бачити: від народження до 6 років: поради батькам / Л. С. Вавіна, В. М. Ремажевська. – К. : Літера ЛТД, 2008. – 128 с.
- 2.** Григорьева Л. П. Развитие восприятия у детей : пособие для коррекционных занятий с детьми с ослабленным зрением в семье, детском саду, начальной школе / Л. П. Григорьева, М. Э. Бернадская, И. В. Блиникова, О. Г. Солнцева – М. : Школа-Пресс, 2001. – 224 с.
- 3.** Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. Г. Литвак. – СПб., 1998.
- 4.** Липа В.А. Психологические основы педагогической коррекции / В. А. Липа. – Славянск : Предприниматель Маторин Б. И., 2012. – 386 с.
- 5.** Никулина Г. В. Дети с амблиопией и косоглазием: психолого-педагогические основы работы по развитию зрительного восприятия в условиях образовательного учреждения общего назначения : учеб. пособие / Г. В. Никулина, Л. В. Фомичева, Е. В. Артюкевич. – СПб. : Изд-во РГПУ имени А. И. Герцена, 1999. – 345 с.
- 6.** Основы коррекционной педагогики / под ред. В. А. Липы. – Донецк : Либідь, 2002. – 319 с.

## **Розділ 3. СИСТЕМИ ОСВІТИ ДІТЕЙ ІЗ ВАДАМИ ЗОРУ**

### **3.1 Структура системи спеціальної освіти України**

На сьогодні спеціальна освіта в Україні представлена системою диференційованого навчання, яке здійснюється у навчальних закладах, а також установах інноваційного типу (реабілітаційних, оздоровчих, соціально-педагогічних, психолого-медико-педагогічних центрах та ін.). Варто зазначити, що спеціальні заклади для дітей-інвалідів, дітей з порушеннями психофізичного розвитку в нашій країні мають різну відомчу підпорядкованість: Міністерству освіти і науки підпорядковуються спеціальні дошкільні та шкільні заклади, психолого-медико-педагогічні та навчально-реабілітаційні центри, Міністерству охорони здоров'я – оздоровчі центри, центри раннього втручання, будинки дитини, Міністерству соціальної політики та праці та Міністерству у справах сім'ї, молоді та спорту — дитячі будинки-інтернати, центри соціально-педагогічної реабілітації, спеціальні дитячі будинки. Така міжвідомча розпорошеність спеціальних установ для дітей з особливими освітніми потребами створює цілу низку труднощів, оскільки міжвідомчі бар'єри стають на заваді проведенню повного обліку дітей з вадами розвитку, розбудови єдиної системи соціально-педагогічної допомоги та підтримки.

Система спеціальної освіти в Україні має вертикально-горизонтальну структуру (А. А. Колупаєва). Вертикальна структура базується на вікових особливостях учнів та рівнях загальноосвітніх програм. Горизонтальна структура враховує психофізичний розвиток дитини, особливості її пізнавальної діяльності і характер порушення.

Вертикальна структура визначається віковими періодами:

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

У період від 0 до 3 років (раннє дитинство) діти перебувають на домашньому утриманні, у дитячих дошкільних закладах, діти-сироти – у будинках дитини. Спеціальну допомогу діти з порушеннями психофізичного розвитку можуть одержувати в центрах раннього втручання, центрах реабілітації, психолого-медико-педагогічних центрах та спеціальних дошкільних закладах. Для дітей дошкільного віку з порушеннями психофізичного розвитку функціонують: спеціальні дитячі дошкільні заклади, дитячі навчальні заклади компенсуючого типу, спеціальні групи при дошкільних навчальних закладах комбінованого типу, дошкільні групи при спеціальних школах, реабілітаційні центри. Основними державними освітніми закладами для дітей з особливостями психофізичного розвитку шкільного віку є: спеціальні загальноосвітні школи-інтернати, навчально-реабілітаційні центри та спеціальні класи при цих закладах.

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

Горизонтальна структура спеціальної освіти в Україні представлена 8-ма типами спеціальних закладів: для дітей з порушеннями слуху, слабчуючих, з порушеннями зору, слабкозорих, з тяжкими порушеннями мовлення, з порушеннями опорно-рухового апарату, для розумово відсталих, затримкою психічного розвитку.

Досвід функціонування спеціальних закладів в Україні дозволяє констатувати значні досягнення, що мають ці освітні осередки. До безперечних досягнень можна віднести: створення в спеціальних навчальних закладах достатньої матеріальної бази, забезпечення відповідних умов для надання корекційної допомоги, організацію професійно-трудової підготовки, навчання та відпочинку. У спеціальних закладах діти з порушеннями розвитку здобувають освіту, яка спрямована на одержання знань з основ наук, розвиток особистісних якостей, корекцію порушень розвитку й подальшу соціалізацію. Корекційні заняття забезпечують не лише виправлення порушень психофізичного розвитку, а й забезпечують вплив на особистість в цілому з метою досягнення позитивних результатів в її навчанні, вихованні та інтеграції у суспільство (В. М. Синьов).

Спеціальні школи в основному забезпечені сучасними навчально-методичними матеріалами, які розроблені у відповідності до вимог сьогодення.

Варто відмітити у роботі спеціальних закладів такий важливий напрям художньо-естетичне виховання, що є важливою складовою навчально-виховної роботи. Досягнення вихованців з особливостями розвитку у сфері прикладної творчості та художньої самодіяльності є значущими й неодноразово відмічалися винагородами на форумах різного рівня.

Втім, поряд з незаперечними позитивами варто виокремити суттєві недоліки сучасної системи спеціальної освіти, перш за все:

– її уніфікованість, що унеможливує забезпечення освітніх потреб всіх учнів, що мають особливості психофізичного розвитку, утруднює впровадження різноваріантних навчальних програм та внесення необхідних змін та додатків до навчальних планів;

– ізолюваність дітей з психофізичними порушеннями в спеціальних школах-інтернатах, які на сьогодні є основними спеціальними освітніми закладами, і яка має багато негативних соціальних наслідків, зокрема, відчуження від «сім'ї»; соціальна інфантильність учнів; обмеженість розвитку життєвих компетенцій тощо;

– недостатня соціально-практична спрямованість навчального процесу, наслідками якої є: низький рівень сформованості соціально-побутової компетентності учнів, незадовільна орієнтація в системі соціальних норм і правил та відсутність навичок самостійної життєдіяльності;

– недостатня індивідуалізованість та особистісна зорієнтованість навчально-виховного процесу наслідками якої є труднощі емоційного та особистісного розвитку учнів, неадекватні уявлення про свої якості, здібності й можливості;

– низька ефективність корекційно-розвивальних занять, що зумовлює низький рівень комунікативної компетентності, замкнутості, ізолюваності;

– відсутність ліцензованого психолого-педагогічного інструментарію для діагностики порушень, що утруднює правильне комплектування спеціальних закладів й організацію відповідного навчання;

– недостатнє науково-методичне та навчальне забезпечення освітнього процесу дітей з важкими патологіями, атиповими порушеннями, що потребують додаткових освітніх та корекційно-реабілітаційних послуг.

Важливість освітніх інтеграційних процесів підкреслював Л. Виготський, який указував на необхідність створення такої системи навчання, яка б органічно пов'язувала спеціальне навчання з навчанням дітей з нормальним розвитком. Учений наголошував: «При всіх перевагах наша спеціальна школа відрізняється тим основним недоліком, що вона замикає свого вихованця... у

вузьке коло шкільного колективу, створює відрізаний і замкнений світ, в якому все прилаштовано і пристосовано до дефекту дитини, фіксує її увагу на тілесному недоліку і не вводить її у справжнє життя. Наша спеціальна школа натомість, щоб виводити дитину з ізольованого світу, як правило, розвиває в ній навички, які призводять до ще більшої ізольованості і посилюють її сегрегацію. Через ці недоліки не лише паралізується загальне виховання дитини, а й спеціальна виучка зводиться майже нанівець».

Ствердження філософії суспільно-соціального облаштування, як єдиної спільноти людей, привело до усвідомлення негативних наслідків ізоляції, зокрема дітей з особливими потребами у спеціальних закладах, що і було відзначено ООН: «Навіть найсучасніші заклади з хорошим обладнанням і досить кваліфікованим персоналом є якимись безликими, оскільки в основі інституціоналізації лежить припущення, що інтерновані діти не можуть жити самостійно, як інші члени суспільства і тому стають пасивними та залежними. Сам факт їхньої ізоляції від суспільства сприяє цій тенденції і розвитку того, що прийнято називати «інституційним менталітетом», а це, в свою чергу, являє представляє собою новий вид інвалідності, оскільки перешкоджає реінтеграції у суспільство».

Важкі порушення сенсорної сфери сліпих дітей та дітей зі зниженим зором впливають на їхній розвиток, вимагають особливого підходу до навчання та організації умов життєдіяльності. Завданням тифлопедагогіки як науки є розробка наступних основних проблем: психолого-педагогічне і клінічне вивчення особливостей психічного і фізичного розвитку дітей з вадами зору; шляхи і умови компенсації, корекції і відновлення порушених і недорозвинених функцій сліпих та слабкозорих дітей; вивчення умов формування й усебічного розвитку

особистості при різних формах порушення функцій зору. Важливе місце займає питання визначення типів навчальних закладів і освітніх форм навчання і виховання дітей з вадами зорової функції. З метою створення адекватних передумов для післяшкільної професійно-трудової та соціальної адаптації в Україні створюється гнучка освітня система, згідно якої діти з вадами зору можуть отримувати освіту у навчальних закладах інституалізованого, інтеграційного та інклюзивного типів. Це положення зазначається у Законі України «Про загальну середню освіту» та конкретизовано у 29 статті «Права та обов'язки батьків та осіб, які їх замінюють» п.1 «Батьки або особи, які їх замінюють, мають право: обирати навчальні заклади та форми навчання для неповнолітніх дітей, захищати законні інтереси дітей».

Для реалізації основних положень Концепції ООН про права дитини, забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей спеціальне навчання здійснюється у закладах трьох типів:

1. Спеціальні школи та дошкільні заклади (школи-інтернати).
2. Інтегроване навчання в умовах загальноосвітнього дошкільного закладу та школи.
3. Інклюзивне навчання – спільне перебування дітей із різними порушеннями психофізичного розвитку з їхніми здоровими однолітками.

Незважаючи на варіативність освітніх форм, основною стратегічною метою діяльності спеціальних закладів усіх типів є соціалізація та соціально-трудова адаптація осіб з вадами психофізичного розвитку у середовищі. Варто зазначити, що розкриття потенційних можливостей дітей з порушеннями зорової функції багато в чому залежить від вибору батьками форми навчання (інтернатної чи інклюзивної), адже вони визначають, за



певних умов, різний ступінь соціальної адаптованості. Проте, батьки мають бути готові до того, що в засвоєнні нової соціальної ролі учня слабкозорим та сліпим дітям доводиться стикатися з певним колом проблем, які обґрунтовуються освітніми умовами у яких перебуває дитина, а саме:

1. Проблема готовності до шкільного навчання. У багатьох дітей 6 – 7 років не сформована мотиваційна, емоційно-вольова готовність до школи, спостерігається нерівномірність психофізичного розвитку, є специфіка розвитку навичок спілкування і взаємодії з ровесниками і дорослими.

2. Проблема вибору типу загальноосвітнього закладу. В силу особливого розвитку зорової функції та її специфічного впливу на пізнавальну сферу, діти з проблемами зору потребують створення спеціальних корекційно-розвивальних і навчальних умов.

3. Проблема взаємин між батьками і дітьми. Вступивши до спеціальної школи (як правило, інтернатного типу), дитина практично повністю втрачає зв'язок із сім'єю, і тоді з'являються дисгармонійність у стосунках батьків і дітей, холодність, емоційна відчуженість. Наслідком такої розлуки з батьками бувають депресивні стани, зниження загальної і пізнавальної активності, виникнення невротичних реакцій заїкання, яктації, енурезу тощо).

4. Проблема соціальної ізоляваності. Перебування дітей із проблемами зору в колективі таких самих ровесників призводить до зниження у них потреби у побудові взаємовідношень зі зрячими дітьми.

Поділяючи твердження тифлологів минулого про значення міжособистісної взаємодії інвалідів по зору зі зрячими людьми, сучасною тифлологією детермінується, з одного боку, висновок про значення спілкування для

процесу соціалізації людини, становлення її саморозвитку, компенсації сліпоти. З іншого – висновок про негативний вплив глибоких порушень зору і їх наслідків на процес міжособистісної взаємодії. «Дефекти зору залежно від часу їх появи і глибини можуть в тій чи іншій мірі обумовлювати виникнення умов, які перешкоджають формуванню чи проявленню активної життєвої позиції, установленню дружніх і ділових відносин з оточуючими». З огляду на це, вибір адекватних освітніх умов для окремо взятої дитини має ґрунтуватися на таких факторах, як час втрати зору і ступінь сліпоти, адже вони зумовлюють специфіку характерологічних якостей особистості, її ставлення до оточення і самої себе.

### **Контрольні запитання**

1. Дайте стислу характеристику горизонтальної та вертикальної структури системи спеціальної освіти України.
2. Яким чином міжвідомча розпорошеність спеціальних установ створює проблеми для обліку та створення комплексної системи медико-соціально-психолого-педагогічного супроводу дітей з вадами психофізичного розвитку?
3. У яких установах дитина з особливими освітніми потребами може отримувати реабілітаційну допомогу у період раннього дитинства ( від 0 до 3 років); дошкільний період ( з 3 до 6- 7 років) та період шкільного та професійного навчання?
4. Які виділяють типи спеціальних закладів?
5. Заповніть таблицю «Позитивні та негативні риси інституціалізованих та інклюзивних освітніх моделей»:

Освітня модель	Переваги	Недоліки
Інституціалізована		
Інклюзивна		

### **Список використаної літератури**

1. Воспитание детей с задержкой психического развития в процессе обучения / под ред. Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, Н. А. Ципиной. – М. : 1981. – 120 с.
2. Кантор В. З. Инвалиды по зрению в педагогической системе социально-культурной реабилитации : монография / В. З. Кантор. – СПб. : Изд-во РГПУ им. Герцена, 2002. – 268 с.
3. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Пед. думка, 2007. – 458 с.
4. Права інвалідів в Україні : зб. правових документів. – К. : Сфера, 1998. – 300. – С. 63.
5. Юхимчик Н. Н. Исследование проблем социальной адаптации детей и молодежи с проблемами зрения // Актуальні проблеми виховання та навчання студентів із особливими потребами : зб. наук. праць / за заг. ред. П. М. Таланчука, Г. В. Онкович. – К. : Ун-т «Україна», 2000. – С. 68 – 74.

### **3.2. Особливості освіти дитини з вадами зору в інституалізованих умовах**

Законом України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» визначено, що спеціальні загальноосвітні навчальні заклади для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, є складником системи реабілітації дітей-інвалідів та забезпечують якість реабілітації (абілітації) відповідно до державного стандарту у галузі освіти.

Інституалізована освітня система співвідноситься з медичною суспільно-соціальною моделлю, яка панувала до початку 60-х років ХХ ст. і передбачала, що людина з

особливостями розвитку насамперед потребує певного лікування, піклування, перебування у спеціальних умовах, найчастіше сегрегативних (М. Айшервуд, Л. Бартон, П. Бурдье).

Саме ця освітня модель наголошує на створенні освітньої системи, у якій особа з порушеннями розвитку навчається у середовищі дітей, які мають подібні освітні потреби. У цих спеціальних закладах роками створювалися та вдосконалювалися спеціальні освітньо-виховні умови: технології, методи, програми, підручники, посібники та інші засоби, необхідні для отримання дітьми з обмеженими можливостями розвитку реабілітаційних послуг, ці заклади мають значні соціально-педагогічні можливості у підготовці осіб з обмеженнями життєдіяльності до післяшкільної соціалізації.

Організація спеціальних закладів ґрунтується на спеціальних принципах, які стосуються осіб з вадами зору, зокрема:

- ☛ Диференційованість закладів залежно від категорії та ступеня порушення зорової функції;
- ☛ Поєднання загальноосвітнього та професійно-трудового навчання;
- ☛ Корекційна спрямованість навчання та виховання.

Дошкільні установи для дітей з порушенням зору є державними установами громадського виховання дітей сліпих, слабкозорих, включаючи дітей з косоокістю та амбліопією, у віці від 2 – 3 до 7 років. Окрім освітньої складової, робота в дошкільному закладі спрямована на корекцію відхилень в розвитку, відновлення залишкових функцій зору, оздоровлення дітей. Значна увага приділяється розвитку усієї компенсувальної системи, перш за все слуху, дотику, мобільності та орієнтування в просторі, а також формуванню навичок самообслуговування. Проводиться робота щодо гігієни,

охорони і розвитку залишкового зору, корекції пізнавальної, рухової сфери, формування навичок орієнтування в просторі і самообслуговування. Розвиток зорових функцій доповнюється розвитком слуху і дотику. Діти готуються до систематичного навчання в школі.

Спеціальна школа (школа-інтернат для дітей з вадами зору) у своїй діяльності керується Конституцією України (254к/96-ВР ), Законами України «Про освіту» ( 1060-12 ), «Про загальну середню освіту» (651-14 ), «Про дошкільну освіту» (2628-14 ), «Про охорону дитинства» (2402-14 ), «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (2961-15), «Про психіатричну допомогу» (1489-14), нормативно-правовими актами Президента України, Кабінету Міністрів України, наказами Міністерства освіти і науки України, інших центральних органів виконавчої влади, рішеннями місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, Положенням про загальноосвітній навчальний заклад, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 14.06.2000 N 964964-2000-п ) (із змінами), цим Положенням та власним статутом.

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» (2961-15 ) спеціальна школа (школа-інтернат) для дітей з вадами зору за змістом реабілітаційних заходів належить до установ психолого-педагогічної реабілітації та здійснює комплексну реабілітацію дітей-інвалідів відповідно до державних соціальних нормативів у сфері реабілітації. Згідно Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку для сліпих дітей та зі зниженим зором створюються спеціальні школи I – III ступенів (підготовчий; 1 – 12 класи). Враховуючи особливості навчальної діяльності дітей з ушкодженим зором, їх навчання в школах для сліпих та слабкозорих

розпочинається з підготовчого класу. У цей період необхідні для шкільного навчання, отримані в дошкільному віці здібності розвиваються, збагачуються у процесі шкільного навчання, в ньому ж вони і формуються (Синьова Є. П.).

До спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей з тяжкими вадами зору зараховуються діти 6(7) років:

- ☉ з гостротою зору 0,04Д і нижче на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією;
- ☉ з гостротою зору 0,05-0,08Д на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією, у разі складних порушень зорових функцій,
- ☉ прогресуючих очних захворювань, що призводять до сліпоті.

До спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей зі зниженим зором зараховуються діти 6(7) років:

- ☉ з гостротою зору 0,05-0,4Д на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією; при цьому враховується стан інших зорових функцій (поле зору, гострота зору на близькій відстані, форми та перебіг патологічного процесу);
- ☉ з більш високою гостротою зору у разі прогресуючих або частих рецидивних захворювань, а також за наявності астенопічних явищ, що виникають під час читання та письма на близькій відстані.

У всіх випадках діти повинні читати шрифт № 9 таблиці для визначення гостроти зору зблизька зі стерпною корекцією звичайним оптичним склом на відстані не ближче 15 см.

Не зараховуються до спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей сліпих, зі зниженим зором діти:

- ☉ з розумовою відсталістю тяжкого, глибокого ступеня;

- ☛ з глибокими відхиленнями у поведінці;
- ☛ зі значними порушеннями рухової сфери, які самостійно не пересуваються і не обслуговують себе;
- ☛ зі стійким денним і нічним енурезом і енкопрезом.

Особливості організації навчального процесу при інституалізованій формі (спеціальних дошкільних закладів, спеціальних шкіл-інтернатів) ґрунтуються на фундаментальних працях Л. Виготського, А. Гольдберга, І. Єременка, Г. Костюка, І. Моргуліса, Д. Ніколаєнко, І. Соколянського. Зміст навчання дітей з вадами зорової функції відповідає програмі загальноосвітньої масової школи, адаптованої до модально-специфічних закономірностей розвитку дітей з порушеннями зорової функції. Проте терміни навчання збільшуються.

У закладах для сліпих дітей наповнюваність класів складає – до 6 дітей, а для дітей зі зниженим зором – до 12 дітей.

Навчання і виховання в школах сліпих і слабкозорих мають ряд спеціальних принципів і завдань, спрямованих на відновлення, корекцію і компенсацію порушених і недорозвинених функцій, організацію диференційованого навчання.

У зв'язку з цим школи для сліпих і слабкозорих дітей повинні виконувати наступні функції:

- навчально-виховну;
- корекційно-розвивальну;
- санітарно-гігієнічну;
- лікувально-відновлюючу;
- соціально-адаптаційну;
- профорієнтаційну.

Це забезпечує нормалізацію розвитку дітей з порушеним зором, відновлення порушених зв'язків з оточуючим середовищем (соціальним, природним та ін.

Специфіка роботи шкіл для сліпих і слабкозорих дітей полягає в наступному:

- обліку загальних закономірностей і специфічних особливостей розвитку дітей з опорою на збережені можливості;

- модифікації навчальних планів і програм, збільшенні термінів навчання, перерозподілі навчального матеріалу і зміні темпів його проходження;

- диференційованому підході до дітей, зменшенні наповнюваності класів і виховних груп, застосуванні спеціальних форм і методів роботи, оригінальних підручників, наочних посібників, тифлотехніки;

- спеціальному оформленні навчальних класів і кабінетів, створенні санітарно-гігієнічних умов, організації лікувально-відновлюючої роботи;

- посиленні роботи з професійно-трудової соціалізації і самореалізації випускників.

У спеціальних закладах, навчально-реабілітаційних центрах для дітей зі значним та стійким зниженням зору учні користуються спеціальними посібниками, оптичними засобами для використання залишкового зору, тифлотехнічними пристроями, рельєфними посібниками. Навчальні кабінети облаштовуються інтерактивними дошками, мультимедійним устаткуванням, електронними телезбільшувачами тексту, унікальними тифлотехнічними засобами, теле-, відео- та аудіоапаратурою, рельєфно-графічними посібниками, муляжами, приладами прямого читання тощо.

### ***Контрольні запитання***

1. *Дайте характеристику медичної суспільно-соціальної моделі.*
2. *У чому полягають принципи організації спеціальних закладів?*



3. *Охарактеризуйте напрямки корекційної діяльності спеціальних дошкільних закладів.*
4. *Які категорії осіб з вадами зору можуть навчатися у спеціальних школах-інтернатах?*
5. *Які документи потрібні для оформлення дитини з вадами зору до спеціальної школи-інтернату?*
6. *Які світоглядні моделі стали передумовою створення інституціалізованих, інтегрованих та інклюзивних умов?*
7. *Яка матеріально-технічна база має бути створена для навчання дітей з вадами зору у спеціальній школі-інтернаті?*

### **Список використаної літератури**

1. Бистрова Ю. О. Комплексна медико-педагогічна реабілітація дітей з вадами зору в умовах навчально-реабілітаційного центру / Ю. О. Бистрова, Н. А. Колодна, С. А. Лупирь, А. М. Петруня, І. В. Хворостяна, Д. С. Горячев // Вроджена та генетично зумовлена сліпота та слабкозорість. Проблеми діагностики, обстеження та комплексне лікування : матеріали IV наук.-практ. конф. дитячих офтальмологів України. – Алушта, АР Крим, 2009. – С. 37 – 38.

2. Колодна Н. А. Соціально-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах навчально-реабілітаційного центру / Н. А. Колодна // Освіта Луганщини. – Луганськ, 2010. – № 2. – С. 9 – 10.

3. Про затвердження Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, наказ : електронний ресурс. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z1219-08>.

4. Синьов В. М. Українська корекційна педагогіка та психологія на шляху інтеграції у світовій науковий простір / В. М. Синьов // Педагогіка духовності: поступ у третє тисячоліття : матеріали Міжнар. наук. конф. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2005. – С. 175 – 179.

5. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова. – К. : Знання, 2008. – 365 с.

### **3.3. Особливості освітнього процесу дітей зі зниженим зором в умовах колективної освітньої інтеграції**

Освітня інтеграція – можливість учнів з порушенням психофізичного розвитку навчатися у звичайних класах загальноосвітньої школи, при цьому ці діти мають опанувати програму масової або спеціальної школи, їм надаються освітні послуги. Як колективна форма освітньої інтеграції можуть функціонувати спеціальні класи (групи), в яких діти з особливостями психофізичного розвитку здобувають освітній рівень спеціальної школи-інтернату відповідно типу або загальноосвітнього закладу.

Освітня (педагогічна) інтеграція передбачає надання можливості учням з порушенням психофізичного розвитку навчатись у звичайних загальноосвітніх школах, при цьому діти мають опанувати програму загальноосвітньої школи, їм надаються традиційні освітні послуги, найчастіше вони перебувають у спеціальних класах, не включаючись у процес спільного навчання зі здоровими однолітками.

Головним завданням інтегрованого навчання є забезпечення права дітей з особливими освітніми потребами на здобуття загальної середньої освіти у загальноосвітньому просторі (відповідно до державних стандартів) у комплексному поєднанні з корекційно-реабілітаційними заходами.

Розвиток у слабкозорої людини інтегративних можливостей (вміння самостійно жити серед зрячих) забезпечує її інклюзію (включення) у широке соціальне середовище.

Залежно від рівня розвитку дитини інтегроване навчання може здійснюватись за однією з моделей: *повна*

*інтеграція* (за якої діти з психологічною готовністю до спільного навчання із здоровими однолітками та рівнем психофізичного та мовного розвитку, що відповідає віковій нормі, включаються по 1 – 3 чол. до звичайних груп дошкільного навчального закладу чи класів загальноосвітнього навчального закладу. При цьому вони обов'язково мають одержувати корекційну допомогу за місцем навчання та проживання); *комбінована інтеграція* (за якої діти з близьким до норми рівнем психофізичного та мовного розвитку, перебуваючи по 1 – 3 особи у класі (групі) загальноосвітнього навчального закладу, у процесі навчання постійно одержують допомогу вчителя-дефектолога (помічника вчителя); *часткова інтеграція* (за якої діти з особливими освітніми потребами об'єднуються із здоровими однолітками для оволодівати освітнім стандартом, вливаються лише на частину дня до „масових” класів (груп) по 1 – 3 особи) і *тимчасова інтеграція* (за якої дітей з особливими потребами об'єднують із здоровими ровесниками 2 – 4 рази на місяць для проведення спільних виховних заходів).

Інтегроване навчання дітей з вадами зору має як переваги, так і проблеми. Переваги, зокрема, проявляються у:

- подоланні ізоляції вихованців;
- можливості отримання освіти за місцем проживання без відриву від сім'ї;
- орієнтації дітей з вадами зору на нормальних однолітків;
- реальній соціальній адаптації з раннього віку;
- оздоровленні емоційної сфери нормальних однолітків;
- навчанні дітей спілкуватися та працювати разом;

□ формуванні у здорових дітей почуття відповідальності за товаришів, які потребують допомоги, емпатії, співчуття.

Недоліки інтегрованого навчання:

□ недостатня розробленість законодавчо-правової бази;

□ проблема кадрового забезпечення, адже за статистичними даними у різних регіонах України спеціальні школи і реабілітаційні заклади забезпечені у кращому випадку на 50% кваліфікованими педагогічними кадрами, які мають спеціальну дефектологічну освіту;

□ слабка інформованість громадськості про проблеми дітей з психофізичними вадами;

□ невідповідність спеціалістів до роботи в системі інтеграції;

□ труднощі у науково-методичному забезпеченні навчально-виховного і корекційного процесу.

Крім економічних, організаційних і педагогічних проблем, питання інтегрованого навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах масової школи має серйозну психологічну передумову, яка пов'язана насамперед з психологічним комфортом дитини в новому для неї середовищі.

Навчання дітей з вадами зору, інтегрованих у загальноосвітній навчальний заклад здійснюється за навчальними планами освітньої установи розробленими на основі типових навчальних планів для дітей з вадами зору (інваріантної частини і конкретизованої варіативної) і програмами для дітей з вадами зору. Навчально-виховний процес має бути комплексним та корекційно-спрямованим, передбачається проведення занять тифлопедагогом, спеціальним психологом, соціальним педагогом з урахуванням рекомендацій лікаря-офтальмолога.

Програми спеціальних класів загальноосвітніх шкіл для сліпих і слабкозорих дітей з української мови, математики, ознайомлення з навколишнім світом, природознавства, відповідають аналогічним програмам загальноосвітньої масової школи за об'ємом і змістом матеріалу, що вивчається. При цьому спеціальні освітні програми побудовані з урахуванням особливостей розвитку сліпих і слабкозорих дітей. У них врахована необхідність корекційно-компенсаторної роботи, спрямованої на розвиток сприйняття, конкретизацію уявлень, вдосконалення наочно-образного мислення, формування прийомів і способів самоконтролю і регуляції рухів з використанням спеціальних форм, прийомів і способів. Оскільки сприйняття навчального матеріалу сліпими і слабкозорими за швидкістю, повнотою і точністю поступається сприйняттю людей, що не мають вад зорової функції, а уявлення цих дітей про оточуюче бідні, фрагментарні, а у ряді випадків спотворені, збільшений час на виконання вимірювальних дій, проведення спостережень, дослідів, екскурсій і предметних уроків.

Програма з математики передбачає збільшення підготовчого періоду. У зміст навчання математиці включений матеріал, спрямований на збагачення досвіду і оволодіння орієнтовними навичками в мікро- і макропросторі. Велика увага приділяється формуванню конкретних уявлень про величину, форму, кількість, просторове положення предметів і креслярсько-вимірювальних дій.

Особливістю програми з української мови в початкових класах спеціальних шкіл для сліпих і слабкозорих дітей є те, що вони передбачають збільшення тривалості підготовчого періоду. Це пов'язано з особливостями пізнавальної діяльності цих дітей і

недостатньою підготовкою їх до школи в порівнянні із зрячими однолітками.

Діти з порушеннями зору можуть навчатися в класі загальноосвітньої масової школи, якщо для них створені там спеціальні освітні умови: спеціальна освітленість, наявність тифлотехнічних засобів, спеціальних підручників, психолого-педагогічний супровід дітей фахівцями-тифлопедагогами, тифлопсихологами; освітній процес повинен мати корекційну спрямованість в тій же мірі, що і в спеціальній школі. Для дітей з порушеним зором мають бути організовані спеціальні корекційні заняття: ритміка, лікувальна фізкультура, корекція вад розвитку, заняття з соціально-побутового і просторового орієнтування, розвитку мовлення.

### **Контрольні запитання**

1. Чи був Л.С.Виготський прибічником системи інтегрованої освіти? Обґрунтуйте власну думку.
2. Порівняйте визначення «інтеграції» А. Колупасової, М. Малофєєва, А.Шевцова. У чому їх подібність?
3. Які виділяють моделі інтеграції?
4. За якими програмами навчаються особи з вадами зорової функції у системі колективної освітньої інтеграції?
5. Які спеціальні освітні умови мають бути створені для дітей з порушеннями зору в класі загальноосвітньої масової школи?
6. Які корекційні заняття мають бути організовані для дітей з порушеним зором в умовах колективної інтеграції?

### **Список використаної літератури**

1. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский // Собрание сочинений : в 6-ти т. / Л. С. Выготский. – Т. 5. – М. : Изд-во Акад. пед. наук, 1983. – 369 с.
2. Волошина Т. А. Реформування спеціальної освіти – крок до реабілітації та інтеграції дітей з особливими

освітніми потребами / Т. А. Волошина, А. Ф. Михайліченко // Розвиток системи інклюзивної освіти в Україні : матер. наук.-практ. конф., 26 листопада 2010 року. – Донецьк, 2011. – С. 101.

3. Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Пед. думка, 2007. – 458 с.

4. Гребенюк Т. М. Соціально-психологічна адаптація інвалідів з вадами зору до навчання у вищих навчальних закладах : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.08 / Т. М. Гребенюк. – К., 2008. – 215 с.

### **3.4. Особливості освітнього процесу дітей зі зниженим зором в умовах освітньої інклюзії**

Нині людство переходить до нової освітньої системи, яка ґрунтується на «теорії включення». Основоположним у теорії включення є те, що не особистість має прилаштовуватися до суспільних, соціальних, економічних стосунків, а навпаки – суспільство має створити умови для задоволення особливих потреб кожної особистості.

**Інклюзивне навчання** – це система освітніх послуг, що ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього навчального закладу.

Інклюзія передбачає не лише інтеграцію учнів з особливими освітніми потребами, зокрема інвалідів по зору, в загальноосвітній простір, але і формування нового ставлення суспільства до потреб особистості, переосмислення освітньої філософії в цілому, пристосування шкіл до потреб учнів.

Упровадження інклюзивної освіти учнів з порушеннями зору передбачає отримання кожною дитиною з інвалідністю з перших місяців життя усієї необхідної медичної, соціальної і психологічної допомоги, що дозволить максимально розкрити потенціал кожної особистості, підготувати її до навчання у школах загального типу без відриву від родини.

Інклюзивне навчання осіб з вадами зору організовується у загальноосвітніх навчальних закладах, незалежно від типу, форми власності та підпорядкування, шляхом комплектування класів учнями з типовим розвитком та учнями з порушеннями зорової функції. Рішення про створення класів з інклюзивним навчанням приймається засновником (власником) загальноосвітнього навчального закладу за погодженням з відповідним органом управління освітою та органом державної санітарно-епідеміологічної служби. Органи управління освітою визначають базові загальноосвітні навчальні заклади для організації інклюзивного навчання; прогнозують витрати для створення безперешкодного доступу, відповідної навчально-матеріальної бази, придбання транспортних засобів для підвезення учнів до місця навчання та додому, забезпечують підвищення кваліфікаційного рівня педагогічних працівників для роботи з дітьми в умовах інклюзивного навчання, сприяють провадженню інноваційної діяльності.

Зарахування учнів з вадами зору до класів з інклюзивним навчанням здійснюється за бажанням батьків або осіб, які їх замінюють, на підставі письмової заяви батьків, відповідно до порядку, встановленого для загальноосвітніх навчальних закладів, та висновку психолого-медико-педагогічної консультації.

Згідно з Постановою Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх



навчальних закладах від 15 серпня 2011 р. № 872 для забезпечення ефективності навчально-виховного процесу наповнюваність класів з інклюзивним навчанням становить не більш як 20 учнів, з них: одна-три дитини зі зниженим зором; не більш як двоє дітей сліпих. Навчання дітей з порушеннями зору в класах з інклюзивним навчанням здійснюється за типовими навчальними планами, програмами, підручниками та посібниками, рекомендованими Міністерством освіти і науки, молоді та спорту для загальноосвітніх навчальних закладів, у тому числі спеціальними підручниками.

Навчально-виховний процес у класах з інклюзивним навчанням здійснюється відповідно до робочого навчального плану загальноосвітнього навчального закладу, складеного на основі типових навчальних планів загальноосвітніх навчальних закладів, з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами.

На основі зазначеного робочого навчального плану розробляється індивідуальний навчальний план для дітей з вадами зору з урахуванням висновку психолого-медико-педагогічної консультації. Висновок ПМПК ґрунтується на якісно-кількісному аналізі результатів виконання психодіагностичних завдань дитиною у ході дослідження та ураховує наступні фактори: конкретний зоровий діагноз та рекомендації лікаря-офтальмолога; рівень соціальної адаптації дитини та її орієнтації у просторі; психологічна готовність дитини та її батьків до сумісного навчання зі здоровими однолітками; можливість створення школою відповідних умов для дитини та фаховий психолого-педагогічний супровід.

Поряд з навчально-виховним та корекційним процесом має діяти психологічна служба, головною метою якої є успішна соціальна адаптація, особистісний розвиток,

належний повноцінний психолого-педагогічний супровід кожного учня; психодіагностична, психопрофілактична робота з вихованцями та просвітницька – з педагогами та батьками.

Розклад уроків для дітей з порушеннями зорової функції складається з урахуванням індивідуальних особливостей їх навчально-пізнавальної діяльності, динаміки розумової працездатності протягом дня і тижня та з дотриманням санітарно-гігієнічних вимог.

В індивідуальному навчальному плані передбачається від трьох до восьми годин на тиждень для проведення корекційно-розвивальних занять з урахуванням висновку психолого-медико-педагогічної консультації та типових навчальних планів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з вадами зору. Такі години враховуються під час визначення гранично допустимого тижневого навчального навантаження дітей з особливими освітніми потребами. Корекційно-розвивальні заняття проводяться тифлопедагогом та тифлопсихологом. Відповідно до висновку психолого-медико-педагогічної консультації та за згодою батьків для дітей з особливими освітніми потребами педагогічні працівники, у тому числі вчителі-дефектологи, розробляють індивідуальну навчальну програму з урахуванням навчальних програм загальноосвітніх навчальних закладів, яка затверджується керівником навчального закладу та переглядається двічі на рік (у разі потреби частіше) з метою її коригування.

Учителі масових шкіл повинні ретельно ознайомитися з умовами навчально-виховного процесу в спеціальних школах-інтернатах, з'ясувати для себе його специфіку та особливості. Така співпраця сприятиме подоланню інформаційного дефіциту, ізольованості, більш

чіткому визначенню корекційно-розвиткових занять в умовах інтегрованого та інклюзивного навчання.

При наявності у класі дитини з вадами зорової функції, вчителів варто пам'ятати, що для таких дітей характерно відставання, порушення й своєрідність розвитку рухової активності, просторової орієнтації, формування уявлень і понять, способів предметно-практичної діяльності, особливостей емоційно-вольової сфери, соціальної комунікації. Важкі порушення сенсорної сфери порушують природний шлях розвитку дитини, вносять своєрідність у процес її навчання. Характерний для сліпих і слабкозорих дітей вербалізм уявлень призводить до формального заучування та викладу знань, набутих з комунікативного оточення та інформаційних джерел. Нечіткість, уповільненість, вузькість сприймання обумовлюють труднощі впізнавання, розрізнення предметів і явищ довкілля, їх форм, характерних зовнішніх ознак тощо. Недорозвиненість дотику, загальної й дрібної моторики спричиняють неточність координованих рухів, уповільнене виконання дій, орієнтувальні утруднення.

Варто організувати корекційно-розвиваюче середовище для такої дитини. Учні в інклюзивному класі розсаджують залежно від гостроти зору, з урахуванням максимальної корекції окулярами. Діти, які страждають на альбінізм, ністагм і природжене помутніння кришталика, розміщуються у затемнених місцях класу. До шкільного режиму вводяться обов'язкові правила для учнів з вадами зору. Дітям забороняється бігати (щоб запобігти зіткненням), стрибати через скакалку (короткозорим), грати у футбол, читати книжки з низьким нахилом голови, читати і писати за недостатнього освітлення, безперервно читати або писати понад 20 хвилин.

Варто пам'ятати, що сліпота або слабкозорість накладають відбиток на характер роботи дитини. Такі учні

працюють значно повільніше, ніж учні масової школи, довго розпізнають букви або цифри, ще довше пишуть і перевіряють виконану роботу, у зв'язку із цим доцільно використовувати диктофон, на який можна записувати фрагменти уроків, прибор прямого читання. До того ж учитель повинен пам'ятати, що час зорової роботи в слабкозорої дитини обмежений, тому зорову роботу слід чергувати з усною чи дотиковою. Для зняття зорової втоми після 10 – 15 хвилин зорового навантаження застосовувати спеціальні розслаблюючі вправи (наприклад «пальмінг»). Слабкозора дитина повинна сидіти так, щоб бачити написане на дошці без напруження та окулярів. Робоче місце дитини має бути гарно освітленим.

Величезне значення має фронтальна робота, на яку для слабкозорої дитини готуються спеціальні картки, посібники. При виконанні завдання варто слідкувати за поставою дитини: відстань від очей до робочої поверхні має бути не меншою за 30 см, а для читання використовувати підставки. Учитель під час уроку обов'язково проговорює все те, що пише, його мовлення має бути максимально чітким, виразним.

Оцінювання навчальних досягнень дітей з вадами зору здійснюється згідно з критеріями оцінювання навчальних досягнень учнів та обсягом матеріалу, визначеним індивідуальною навчальною програмою. Система оцінювання навчальних досягнень дітей з вадами зору повинна бути стимулюючою.

Діти з особливими освітніми потребами залучаються до позакласної та позашкільної роботи з урахуванням їх інтересів, нахилів, здібностей, побажань, віку, індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності та стану зорової функції.

На нашу думку, інклюзивне навчання не може бути повною альтернативою існуючої в Україні системи

спеціальної освіти, яка охоплює майже 99 % дітей з особливими потребами, у тому числі і з вадами зору, адже досвід роботи спецшкіл-інтернатів підтверджує їх необхідність як закладів для дітей, що потребують особливої комплексної державної допомоги.

Якщо ж за станом здоров'я дитина не може знаходитись у колективі, їй пропонують індивідуальне навчання за програмою для дітей з порушеннями зору.

### ***Контрольні запитання***

- 1. Дайте визначення поняття «інклюзивне навчання».*
- 2. У яких навчальних закладах може організовуватись інклюзивне навчання осіб з вадами зору?*
- 3. Які документи потрібні для оформлення дитини з вадами зору до інклюзивної школи?*
- 4. Які заходи потрібні для організації корекційно-розвиваючого середовища для дитини з вадами зору в умовах освітньої інклюзії?*
- 5. Чи може бути інклюзивне навчання повною альтернативою існуючої в Україні системи спеціальної освіти? Обґрунтуйте власну думку.*
- 6. Які навчальні плани мають використовуватись при інклюзивному навчанні осіб з вадами зору?*

### **Список використаної літератури**

**1.** Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Пед. думка, 2007. – 458 с.

**2.** Критерії оцінювання навчальних досягнень учнів початкових класів спеціальної загальноосвітньої школи для дітей з порушеннями зору / проект і наук. ред. Бондар В. І. та ін. – Луганськ, 2002. – 123 с.

**3.** Про затвердження плану заходів щодо введення в дію наказу МОЗ України від 17.08.2007 N 490, наказ :

електронний ресурс. – Режим доступу :  
<http://mozdocs.kiev.ua/view.phpid=7402>

4. Розвиток системи інклюзивної освіти в Україні // Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції, 26 листопада 2010 року – Донецьк, 2011. – 314 с.

5. Чернишов О. І. Інноваційний потенціал інклюзивної освіти Донеччини / Чернишов О. І. // Розвиток системи інклюзивної освіти в Україні : матер. наук.-практ. конф., 26 листопада 2010 року. – Донецьк, 2011. – С. 55 – 56.

### **3.5. Організація індивідуального навчання учнів із вадами зорової функції**

На сьогодні інтереси держави в сфері корекційної освіти націлені на те, щоб дати всім дітям з відхиленнями в розвитку доступну освіту відповідно до їх здібностей і можливостей в адекватному їхньому здоров'ю середовищі. Інтеграція осіб з вадами у психофізичному розвитку у суспільство є найвищим рівнем їх соціальної та професійної адаптації і сучасна спеціальна школа має наближувати таку дитину до досягнення цього рівню. Держава забезпечує особам з обмеженими можливостями здоров'я умови для отримання безкоштовної освіти відповідно до їх здібностей і можливостей, у тому числі сприяє розвитку інтегрованого навчання. Реалізація державної політики у сфері спеціальної освіти здійснюється на основі програми розвитку спеціальної освіти, яка є складовою частиною загальнодержавної програми розвитку освіти. Проте у випадках, коли дитина з порушеннями зорової функції за станом психофізичного здоров'я не може відвідувати освітній заклад організовується її індивідуальне навчання, яке здійснюється у загальноосвітніх навчальних закладах усіх

типів і форм власності. В умовах виконання Закону України «Про освіту», «Про середню освіту», наказу Міністерства освіти і науки України від 20.12.2012 р. № 732 «Про затвердження Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах» і внесенні змін до Положення про індивідуальну форму навчання в загальноосвітніх навчальних закладах від 05.02.2003 р. № 61, від 15.10.2004 р. № 797 і від 19.05.2008 р. № 432, з метою отримання учнями загальної середньої освіти по індивідуальній формі навчання з урахуванням індивідуальних здібностей і можливостей, стану здоров'я організовується індивідуальне навчання в освітніх закладах усіх типів та форм власності. Важливим в усіх випадках є питання раціональної організації індивідуального навчання для того, щоб в умовах сім'ї воно здійснювалося на належному рівні, щоб дитина здобувала якісну освіту відповідно до вимог Державних стандартів загальної середньої освіти, початкової та спеціальної освіти.

Проблема організації індивідуального навчання дітей з порушеннями у психофізичному розвитку є однією з найактуальніших у теорії і практиці спеціальної педагогіки. Це обумовлено передусім зростанням чисельності дітей з вадами у розвитку, неспроможних відвідувати шкільні установи, які перебувають в домашніх умовах та навчаються за індивідуальною формою. Проблема індивідуального навчання знайшла своє відображення в працях П. Євстафієвої, К. Єльніцького, І. Олесницького, М. Скворцова, К. Смирнова.

Індивідуальна форма навчання – форма організації навчально-виховного процесу, спрямована на забезпечення права осіб, які потребують корекції фізичного та / або розумового розвитку, на здобуття освіти з урахуванням індивідуально-особистісних особливостей розвитку.

Індивідуальне навчання у загальноосвітніх навчальних закладах організовується згідно Положення про індивідуальну форму навчання у загальноосвітніх навчальних закладах, затвердженого наказом МОН України № 732 від 20.12.2002 р. і зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 8 січня 2003 р. за № 9/7330, наказу МОН України № 797 від 15.10.2004 р. «Про внесення змін до Положення про індивідуальну форму навчання у загальноосвітніх навчальних закладах», листа МОН України № 1/9 від 11.01.2005 р. щодо кількості годин для організації індивідуального навчання для дітей окремих категорій, наказу МОН України № 432 від 19.05.2008 р. «Про внесення змін до Положення про індивідуальну форму навчання у загальноосвітніх навчальних закладах».

Право на організацію індивідуального навчання в загальноосвітньому закладі за місцем проживання або за вибором батьків мають діти з вадами зору, які за станом здоров'я тимчасово або постійно не відвідують навчальні заклади, які перебувають на тривалому лікуванні. Право на індивідуальне навчання мають також учні, які мають порушення зорової функції (у разі якщо батьки, або особи що їх замінюють, відмовляються направляти дитину до відповідної спеціальної загальноосвітньої школи (школи-інтернату). Перелік захворювань, наявність яких надає право на навчання вдома, затверджується спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі освіти і науки спільно з центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я. Так, зокрема, у Луганській області Управлінням охорони здоров'я та Головнім управлінням освіти розроблена постанова (від 724.07.1997 № 138) в якій визначений перелік захворювань, згідно яких дитина (з психоневрологічними



хворобами) потребує індивідуальної форми навчання за програмою масової загальноосвітньої школи, а саме:

- ☉ Шизофренія, психози різної етіології у стадії загострення;
- ☉ Епілепсія у стадії загострення;
- ☉ Неврози; реактивні розлади; неврозоподібні стани, а саме: енкопрез, стійкий денний енурез, заїкування тяжкого ступеню у стадії декомпенсації;
- ☉ Виражені енцефалостенічні прояви різної етіології;
- ☉ Психопатії, психопатоподібні стани у стадії декомпенсації;
- ☉ Показники для індивідуального навчання дітей за програмою допоміжної школи:
- ☉ Олігофренія легкого ступеню, ускладнена наступними синдромами:
  - ☉ Розгнуртими денними епілептичними нападами ;
  - ☉ Порушеннями опорно-рухового апарату;
  - ☉ Вираженим енцефалостенічним станом;
  - ☉ Синдромом рухливого розгальмування;
  - ☉ Енкопрезом і денним енурезом;
  - ☉ Реактивним станом;
  - ☉ Епілепсія зі слабоумством;
- ☉ Шизофренія, афективний стан у стадії декомпенсації;
- ☉ Травматичне і ендокринологічне слабоумство у ступені декомпенсації;
- ☉ Плинні органічні процеси в стадії загострення.

Діти, які мають означену вище психоневрологічну патологію навчаються лише індивідуально, часткове перебування на уроках у класі таким дітям протипоказане, адже це може погіршити нервово-психічний стан дитини. Проте учні, які навчаються індивідуально, є учасниками навчально-виховного процесу навчального закладу, вони беруть участь у позакласних та виховних заходах закладу,

їх права та обов'язки визначаються Законами України «Про освіту», «Про загальну середню освіту» та іншими нормативно-правовими актами.

Цією постановою також регламентується організація полегшеного режиму навчання (додатковий вихідний день, звільнення від деяких уроків, неповне переведення дитини на індивідуальне навчання) для дітей із соматичними та психоневрологічними захворюваннями, а саме:

- ☒ Шизофренією, психозами різної етіології у ступені неповної компенсації;
- ☒ Епілепсією в стадії загострення;
- ☒ Церебральною недостатністю;
- ☒ Вираженими енцефалостенічними станами після тяжких травм черепа і важких інфекційних захворювань.

Ці категорії дітей можуть частково перебувати на уроках у класі.

Навчання вдома здійснюється навчальним закладом, у якому постійно навчаються особи з вадами зору чи найближчим до їх місця проживання відповідним навчальним закладом, що має державну акредитацію, на підставі висновку психолого-медико-педагогічна консультації для встановлення навчального маршруту дитини.

Підставою для організації індивідуального навчання є:

- ☒ заява батьків або осіб, які їх замінюють;
- ☒ наказ директора навчального закладу;
- ☒ погодження місцевого органу управління освітою;
- ☒ витяг з протоколу діагностичного обстеження психолого-медико-педагогічної консультації.

Цим документом визначається програма за якою має навчатися учень і яка відповідає його психофізичним можливостям щодо засвоєння навчального матеріалу.

Витяг з протоколу діагностичного обстеження ПМПК та заява батьків поновлюються щорічно, тому що право на індивідуальне навчання має підтверджуватися кожного року витягом із протоколу діагностичного обстеження дитини в умовах ПМПК.

В разі організації індивідуального навчання директором школи до відділу освіти подається подання на ім'я начальника відділу освіти, а також копія висновку психолого-медико-педагогічної консультації (додаток 3.). В разі організації індивідуального навчання для дітей-інвалідів також подається копія посвідчення дитини-інваліда.

Директор школи подає до відділу освіти копію наказу про організацію індивідуального навчання та копію індивідуального навчального плану. На початок навчального року (до 10.09.) директор школи подає до відділу освіти список дітей, які навчаються індивідуально і поновлює його у разі організації індивідуального навчання учня протягом навчального року.

Після закінчення терміну індивідуального навчання учень може продовжити навчання у навчальному закладі, учнем якого він є, на загальних підставах (якщо школяр підлягає оцінюванню та атестації за програмою загальноосвітньої масової школи).

Склад педагогічних працівників, які організують індивідуальне навчання затверджується наказом директора навчального закладу. Індивідуальне навчання здійснюється педагогічними працівниками які мають відповідну педагогічну освіту (корекційну), адже першочерговим завданням вчителя дітей з вадами зору є не тільки забезпечення учня знаннями згідно навчальної програми, але і реалізація виховної функції та здійснення корекційної роботи. Окремої програми корекції не існує, вся корекційна робота проводиться на матеріалі навчальних

предметів. Ефективність корекційної спрямованості індивідуального навчання можна оцінити за такими критеріями:

- ☒ якісне і кількісне полегшення структури дефекту;
- ☒ виправлення недоліків і перехід скоригованої вади до позитивних можливостей дитини;
- ☒ підвищення актуального рівню розвитку і, як наслідок, розширення зони найближчого розвитку;
- ☒ свідоме користування дітьми набутиим досвідом.

Таким чином, лише педагог який має спеціальну педагогічну освіту здатний організувати єдиний процес навчання, виховання, та розвитку дитини. Викладачі, відповідно до узгодженого із батьками розкладу, відвідують дітей, проводять з ними заняття за місцем проживання. Але це не означає, що діти відірвані від шкільного життя. За бажанням вони мають право відвідувати заняття, виховні заходи свого класу.

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

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

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

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

До категорії дітей, які потребують корекції фізичного та / або розумового розвитку відносять дітей (законопроект «Про освіту осіб з обмеженими можливостями здоров'я (спеціальну освіту)» від 20.06.2005 №6218):

- ☒ Сліпих;

- ☒ Зі зниженим зором;
- ☒ Глухих;
- ☒ Зі зниженим слухом;
- ☒ Розумово відсталих;
- ☒ З порушеннями опорно-рухового апарату;
- ☒ З важкими порушеннями мовлення;
- ☒ Із затримкою психічного розвитку.

### ***Підготовка індивідуального навчального плану на дитину з вадами зору у системі індивідуального навчання***

З урахуванням кількості годин, які відводяться для організації індивідуального навчання учнів та Типових навчальних планів загальноосвітніх навчальних закладів або Типових навчальних планів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку вчителем розробляється індивідуальний навчальний план на учня. **Навчальний план** – це державний документ, яким встановлюються структура навчального року; навчальні предмети, порядок їх вивчення за роками навчання і відповідний бюджет часу. Типові навчальні плани враховують особливості психофізіологічного розвитку дітей та мову навчання.

Типові навчальні плани мають інваріантну складову, сформовану на державному рівні, обов'язкову для всіх спеціальних навчальних закладів, та варіативну, в якій передбачено додаткові години на вивчення предметів інваріантної складової. Розрахунки тижневого навантаження на учнів які мають порушення зорової функції здійснюються з урахуванням годин, виділених на предмети інваріантної складової Типових навчальних планів.

Розробка стандартів індивідуального навчання дітей з особливими освітніми потребами нерозривно пов'язана з визначенням їхніх можливостей до навчання, із здатністю набувати знання і самостійно користуватися ними, тобто із научуваністю. Перед складанням індивідуального навчального плану вчителю доцільно буде детально проаналізувати рекомендації ПМПК та провести діагностику актуального рівню розвитку дитини з вадами зору, виявити наявні знання і прогалини у них та специфічні закономірності засвоєння матеріалу. Врахування індивідуальних психологічних особливостей дитини, її стартового інтелектуального, емоційного, мотиваційного потенціалу і порівняння їх з реальними показниками навченості та розвитку стає основою для своєчасного коригування особистісного розвитку. Ефективне навчання та виховання при індивідуальній освітній формі крім навчання передбачає запобігання проблемі поглибленої дивергенції (розходження) двох аспектів розвитку – біологічного та соціального.

У процесі проведення обстеження учитель звертає увагу на основні моменти навчальної діяльності учня: працездатність, активність, цілеспрямованість, наявність або відсутність планових дій. Відмічаються характер, глибина і час порушення пізнавальних процесів; структура розладу; стан зору, слуху, координація рухів; характерологічні та типологічні особливості. Тільки після вивчення індивідуальних особливостей учня на основі навчальної програми складається план індивідуальної роботи на весь рік.

Варто наголосити на тому, що при складанні індивідуального навчального плану на учня треба враховувати мову навчання. Якщо дитина має вади зору та буде навчатися російською мовою, то необхідно використовувати Типовий навчальний план спеціальних

загальноосвітніх навчальних закладів для сліпих дітей з навчанням мовами національних меншин. Адже включення російської мови в індивідуальний навчальний план буде необґрунтованим, якщо при плануванні використовувався Типовий навчальний план спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для сліпих дітей з навчанням українською мовою.

Залежно від структури дефекту та модально специфічних закономірностей аномального розвитку кількість годин, відведена на певну навчальну дисципліну буде варіювати. Так, зокрема, дітям у яких порушення зору сполучене з первинною акалькулією буде недоцільно в індивідуальний навчальний план перенасичувати математикою, адже дитина в міру своїх психічних здібностей не засвоїть цей матеріал, і це викличе у неї стан розумової перевтоми. При цьому варто наголосити, що виконання інваріантної складової Типових навчальних планів при здійсненні навчання за індивідуальною формою учнів будь-якого класу є обов'язковим. При цьому важливим є збереження сумарної кількості годин.

### ***Підготовка і оформлення календарного та поточного планування при організації індивідуального навчання***

Навчання дітей з порушеннями зорової функції організовується відповідно до спеціальної навчальної програми для даного класу.

Спеціальна навчальна програма – це державний документ, в якому конкретизується зміст навчальних предметів Типових навчальних планів у вигляді переліку основних питань, об'єднаних у певні системи темами і розділами програми. Навчальні програми містять точно визначений зміст і обсяг навчального матеріалу, який здатні засвоїти діти з патологією розвитку. Програма

навчання визначається висновком психолого-медико-педагогічної консультації згідно з клінічним діагнозом дитини та зоною її найближчого розвитку (В. Є. Коваленко).

Відповідно до спеціальної навчальної програми для даного класу вчитель складає індивідуальний календарний план роботи. Найчастіше календарний план вчителем індивідуального навчання складається на півріччя. Складаючи календарний план вчитель має чітко усвідомлювати які знання, вміння і навички відповідно до програмних вимог мають бути сформовані у учня згідно кількості часу, відведеного на певну освітню галузь за індивідуальним навчальним планом. Календарний план складається вчителем на кожний предмет і містить загальні розділи (Таблиця 1).

**Таблиця 1**

**Розділи індивідуального календарного плану**

№	Зміст програми за темами	Корекційна мета	Тип уроку	Дата проведення	Наочність

Складений план перевіряє і затверджує заступник директора з навчальної роботи.

Вчитель індивідуального навчання також веде Журнал індивідуального навчання, який заводиться на кожного учня, який навчається за індивідуальним планом. У цьому документі фіксуються основні відомості про учня, а також клас, класний керівник учня, та підстава навчання за індивідуальним планом. У журнал записується інформація про предмети, які вивчає учень, кількість навчальних годин, час їх проведення та дані викладання.

Журнал складається з п'яти розділів:



1. Облік навчальних досягнень учня (відомості про навчальний матеріал та оцінювання учня);
2. Табелі успішності учня;
3. Облік виховної роботи (інформація про проведені з учнем виховні заходи);
4. Облік гурткової роботи (відомості про гуртки, секції, які відвідує учень);
5. Відомості про батьків.

Журнал є документом для оплати праці осіб, які здійснюють індивідуальне навчання. У кінці навчального року Журнал індивідуального навчання вчитель подає в навчальну частину. Після перевірки заступником директора з навчальної роботи виконання програми журнал здається в шкільний архів, де зберігається протягом 5 років згідно з Інструкцією про ведення ділової документації у загальноосвітніх навчальних закладах I–III ступенів.

Кожного школяра індивідуального навчання заносять у списки учнів класу, до якого він прикріплений. Учителю дає відомості про учня класному керівникові, який записує одержані відомості про учня в класному журналі до графи «Відомості про учнів». У шкільному класному журналі виставляються оцінки тільки за семестр і річні, а також робиться запис рішення педагогічної ради щодо переведення учня до наступного класу.

Відповідно до Положення про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат України для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку на кожному уроці після 15–20 хвилин занять проводиться п'ятихвилинна фізпауза з використанням лікувально-коригуючих вправ.

Поточне планування здійснюється вчителями (поурочні плани) відповідно до календарного плану. У

поурочних планах зазначається тема та тип уроку, його мета, обладнання та хід згідно структурних компонентів.

Важливим етапом підготовки вчителя до уроку є правильне комплексне планування мети і завдань уроку.

У спеціальній педагогіці розглядається виділення триєдиної мети, а саме: навчальної, виховної та корекційно-розвивальної. Навчальна мета має бути спрямована на розв'язання кола загальноосвітніх завдань, реалізація яких забезпечить формування у учнів системи практичних і наукових знань, умінь і навичок згідно програмних вимог.

Виховна мета уроку спрямована на формування у учнів наукового світогляду, забезпечення морального, трудового, естетичного, духовного, патріотичного та фізичного виховання.

Корекційно-розвивальна мета уроку – виправлення та розвиток в учнів інтелектуальної, емоційно-вольової, мотиваційної та рухової сфери особистості, пізнавальних інтересів і навчальних здібностей. Залежно від типу, структури та змісту уроку можна коригувати якусь конкретну сферу розвитку дитини. Корекційно-розвивальна мета має бути конкретно сформульована, адже написання мети: «розвиток мислення і мовлення» є недоцільним, адже мислення має рівні, складається з певних операцій та має різні функції.

Урок учнів із вадами зорової функції суттєво відрізняється від уроку у загальноосвітній масовій школі, адже складається з наступних етапів: загальнокорекційного, основного та заключного.

Основним завданням загальнокорекційного етапу є підготовка дитини до діяльності на уроці, активізація психічних процесів. Реалізації цих завдань сприяє етап нервово-психічної підготовки до уроку, на якому вчитель організовує серію різноманітних підготовчих вправ для

подальшої активної розумової праці. Залежно від навчального предмету, теми, типу уроку, ці вправи можуть бути різними: дидактична гра (мовна, математична, географічна); співи; слухання магнітофонних записів; вправи на розвиток дрібної моторики, уваги, мислення. На цей етап найчастіше відводиться 7 – 9 хвилин уроку.

Наступний етап уроку – основний. Найчастіше він починається з повідомлення теми і мети уроку, формування мотивації для засвоєння нового матеріалу. Залежно від типу уроку завдання основного етапу можуть бути різними, а саме: ознайомлення учнів із новим матеріалом, закріплення та узагальнення знань або корекція невірно засвоєних знань, поглиблене вивчення матеріалу або перевірка наявних знань, умінь та навичок. При цьому вчителю варто враховувати що найпродуктивнішим часом для розумових навантажень є проміжок часу від 7 до 20-ї хвилини уроку, а потім спостерігається зниження працездатності. Для того, щоб цей час пройшов динамічно треба реалізовувати всі спеціальні дидактичні принципи та чергувати різні види діяльності.

Кожен урок має бути логічно завершеним, тому в структурі уроку виділяється заключна частина. Основними завданнями заключної частини є: підведення підсумків роботи на уроці, пояснення домашнього завдання; релаксація; приведення до порядку робочого місця; створення установки на відпочинок.

***Оцінювання навчальних досягнень учнів  
з порушеннями зорової функції  
у системі індивідуального навчання***

Особливу увагу вчителю індивідуального навчання варто приділити процесу оцінювання знань, вмінь та навичок учнів з вадами зору, тому що не можна повністю

перенести показники і вимірювання навчальних досягнень, розроблених для учнів масової школи на оцінювання учнів з особливими освітніми проблемами, оскільки вади зорової функції порушують природний шлях розвитку дитини, вносять своєрідність у процес її навчання. Характерний для сліпих і слабкозорих дітей вербалізм уявлень призводить до формального заучування та викладу знань, набутих з комунікативного оточення та інформаційних джерел. Нечіткість, уповільненість, вузькість сприймання обумовлюють труднощі впізнавання, розрізнення предметів і явищ довкілля, їх форм, характерних зовнішніх ознак тощо. Недорозвиненість дотику, загальної й дрібної моторики спричиняють неточність координованих рухів, уповільнене виконання дій, орієнтувальні утруднення.

Критерії оцінювання навчальних досягнень мають стати об'єктивними вимірниками забезпечення якісної освіти дітей з порушеннями зору, а також своєрідним орієнтиром для педагогів і батьків стосовно того, як успішно навчається і розвивається кожна дитина і якої допомоги потребує. Основними науково-методичними підходами до розробки системи контролю і критеріїв оцінювання навчальних досягнень сліпих і слабкозорих учнів є наступні:

- принципове ставлення до змісту освіти та системи оцінювання навчальних досягнень учнів масової школи як до цілком доступних чинників освіти дітей з порушеннями зору, які спроможні опанувати нею на рівні компетенції нормально зрячого однолітка;

- методологічна переорієнтація системи показників і критеріїв оцінювання на позитивний підхід до найменших навчальних досягнень учнів, переосмислення їхнього змісту як діагностико-прогностичної та корекційно-компенсаторної системи навчання і розвитку дітей з порушеннями зору;

- необхідність врахування в процесі удосконалення змісту і розробки критеріїв оцінювання навчальних досягнень учнів спеціальної школи їх потреб, психофізичних особливостей, пізнавальних та особистісних можливостей;

- орієнтування системи оцінювання на постійну підтримку прагнень учнів з вадами зору до самостійності, саморозвитку та самоосвіти, до продуктивної творчої діяльності.

Визначення рівня навчальних досягнень учнів є особливо важливим з огляду на те, що навчальна діяльність у кінцевому підсумку повинна не просто дати учневі суму знань, умінь та навичок, а сформувати його компетентність як загальну здатність, що базується на знаннях, досвіді, цінностях, здібностях, набутих завдяки навчанню. Отже, поняття компетентності не зводиться тільки до знань і навичок, а належить до сфери складних умінь і якостей особистості.

Виявлення рівня навчальних досягнень сліпих і слабкозорих учнів відбувається в процесі контролю, який забезпечує зворотний зв'язок між учителем і учнями. Структурними компонентами контролю є виявлення і вимірювання (перевірка) та оцінювання навчальних досягнень учнів. Облік результатів контролю у (нормі оцінних суджень та висновків чи балів ведеться вчителем у класних журналах, щоденниках, зошитах).

Об'єктами контролю у процесі навчання є знання, вміння та навички, досвід творчої діяльності учнів, досвід емоційно-ціннісного ставлення до навколишнього світу.

Основними функціями перевірки й оцінювання навчальних досягнень учнів є діагностична, коригуюча, прогностична, стимулююче-мотиваційна, навчальна, розвивальна. виховна.

Здійснення контролю (перевірка й оцінювання) в процесі індивідуального навчання визначається основними дидактичними принципами, такими як:

- а) систематичність;
- б) всебічність;
- в) об'єктивність.

У початкових класах застосовуються різні види контролю: попередній, поточний, тематичний, підсумковий, самоконтроль тощо.

Попередній контроль проводиться, як правило, з діагностичною метою перед вивченням теми, розділу. Він дає змогу визначити готовність учня до оволодіння предметним змістом. На основі результатів попереднього контролю планується робота з коригування опорних знань, уміть і навичок, їхнє цілеспрямоване повторення і систематизація.

Поточний контроль здійснюється на всіх етапах процесу вивчення урочної теми і на спеціально організованому етапі перевірки й оцінювання. Особливість цього виду контролю полягає в тому, що він є компонентом процесу формування окремих елементів знань та вмінь, передбачених конкретною темою. Це визначає його основні цілі: перевірка з метою встановлення рівнів розуміння і первинного оволодіння змістом поурочної теми, встановлення зв'язків між її елементами та засвоєним змістом попередніх тем, закріплення знань, умінь і навичок та їхня актуалізація для засвоєння нової теми.

Інформація поточного контролю – основа коригування методики роботи вчителя на уроці, запобігання відставанню окремих учнів, раціонального керування учінням, запорука досягнення поурочних цілей.

Результати поточної перевірки на окремому етапі в структурі уроку можуть оцінюватися в оцінних судженнях (1 – 2 класи) або балах (3 – 4 класи).

Тематичний контроль проводиться після вивчення однієї або кількох програмових тем (розділу). Він якісно відрізняється від поточного контролю тим, що спрямований на виявлення рівнів оволодіння системою більш узагальнених елементів знань і способів діяльності, зв'язків між ними, вміння застосовувати їх за зразком і в новій ситуації, висловлювати оцінні судження.

Загальна оцінка за програмову тему (розділ) виставляється з урахуванням поточних досягнень учнів, виконання самостійних завдань та тематичної контрольної роботи.

Підсумковий контроль здійснюється в кінці півріччя і навчального року. Його мета – з'ясувати рівень навчальних досягнень учня, тобто визначити структуру засвоєних знань і вмінь (власне предметних, процесуальних, оцінних) і рівень оперування ними (репродуктивний, творчий).

Підсумковий контроль передбачає підсумкову перевірку та оцінювання. Підсумкова виставляється з урахуванням поточних і тематичних навчальних досягнень школярів з навчального предмета.

Усна перевірка дає змогу виявити зміст, яким володіє учень, вміння будувати відповідь у логічній послідовності, її темп, словниковий запас, а також рівень розвитку зв'язного мовлення, логічного мислення та інших навчально-пізнавальних процесів. Вона дає змогу одразу коригувати відповіді, спонукати учнів до усвідомлення недоліків, причин їх виникнення і до виправлення помилок, до засвоєння досвіду аналізувати й оцінювати власну діяльність і діяльність інших учнів. Однак такий вид контролю потребує більшого часу, обмежує можливості перевірки. Крім того, результати його

детально не фіксуються, вчитель не може їх глибоко проаналізувати, порівняти, зробити необхідні висновки. Тому усну перевірку слід поєднувати з письмовою.

Види і характер письмових робіт, їх різноманітність, частотність використання залежать від специфіки змісту навчального предмета та можливостей учнів з порушеннями зору.

Самостійна робота як правило, короткотривала і використовується під час поточного контролю. Якщо самостійна робота проводиться на етапі засвоєння нових знань чи умінь, то її результати аргументовано аналізуються вчителем спільно з учнями без оцінювання. На етапі закріплення і застосування вона може оцінюватися.

Об'єктом оцінювання виступають структурні компоненти навчальної діяльності, а саме: *змістовний компонент* (повнота, правильність, усвідомленість знань та їх застосування); *операційно-організаційний компонент* (правильність, швидкість та свідомість дій; самостійність виконання діяльності, якість виконаної роботи, цілеспрямованість діяльності та хід виконання учнем навчальних завдань при новизні їх умов); *емоційно-мотиваційний компонент* (ставлення до навчання: характер, дійовість, сталість).

Виявлені під час перевірки результати навчально-пізнавальної діяльності учнів оцінюються.

Оцінювання — це процес встановлення рівня навчальних досягнень учня в оволодінні змістом предмета порівняно з програмними вимогами. Оцінка виражається в оцінних судженнях і висновках учителя, які є її якісними (словесним, вербальним) показниками, або в балах, тобто в кількісних показниках.

Об'єктивність і точність оцінок забезпечуються критеріями оцінювання.



Аналіз об'єктів контролю в початкових класах дає змогу визначити критерії оцінювання навчальних досягнень учнів:

- ☉ якість знань (предметних, про способи діяльності, оцінних): міцність, повнота глибина узагальненість, системність, дійовість;
- ☉ рівень сформованості вмінь (предметних, розумових, загальнонавчальних, оцінних): копіювання зразка способу діяльності, виконання способу діяльності за зразком, за аналогією і в нових ситуаціях;
- ☉ рівень оволодіння (частково-пошуковий, пошуковий) досвідом творчої діяльності: вміннями виконувати процедури творчої діяльності та вирішувати проблему;
- ☉ рівень самостійності учня під час виконання завдань, відсутня готовність до сприймання допомоги, виконує зі значною допомогою, виконує з незначною допомогою, виконує без допомоги.

Зазначені критерії дають змогу виділити чотири інтегровані рівні навчальних досягнень учнів початкових класів: початковий, середній, достатній, високий та їх загальнодидактичні характеристики.

**I рівень — початковий.** Учень засвоїв знання у формі окремих фактів, елементарних уявлень, які може відтворити; різними видами умінь володіє на рівні копіювання зразка виконання способу діяльності; самостійну роботу виконує під безпосереднім керівництвом учителя, але допомогу не може сприйняти одразу, а потребує детального кількарядового пояснення.

**II рівень — середній.** Учень володіє знаннями у формі понять, відтворює їх зміст, ілюструє прикладами, може встановлювати засвоєні внутрішньопонятійні зв'язки; відповідь будує у засвоєній послідовності; вміннями володіє на рівні виконання способів діяльності за

зразком, за аналогією; самостійну роботу виконує зі значною допомогою.

**III рівень — достатній.** Учень володіє поняттями, відтворює їх зміст, ілюструє не тільки вже відомими, а й новими прикладами, встановлює відомі внутрішньопонятійні і міжпонятійні зв'язки; вміє розпізнавати об'єкти, які охоплюються засвоєними поняттями; під час відповіді може відтворити засвоєний зміст в іншій послідовності, не змінюючи логічних зв'язків; самостійні роботи виконує з незначною допомогою вчителя; володіє вміннями виконувати окремі етапи вирішення проблеми і застосовує їх у співробітництві з учителем (частково-пошукова діяльність).

**IV рівень — високий.** Учень володіє системою понять в їх ієрархічній підпорядкованості, встановлює як внутрішньопонятійні, так і міжпонятійні зв'язки; вміє розпізнавати об'єкти, які охоплюються засвоєними поняттями різного рівня узагальнення, під час відповіді перебудовує засвоєний зміст у новій логічній послідовності, відповідь аргументує новими прикладами; вміє застосовувати способи діяльності в нових ситуаціях; самостійні роботи виконує під опосередкованим керівництвом; володіє вміннями самостійно вирішувати проблеми за аналогією пошукова діяльність).

Зазначені рівні навчальних досягнень молодших школярів оцінюються вербально в 1 – 2 класах, за 12-бальною шкалою оцінок — в 3 – 4 класах.

Учитель індивідуального навчання повинен пам'ятати, що оцінка впливає на емоційний стан дитини, викликаючи як позитивні так і негативні емоції, створюючи емоційний комфорт чи дискомфорт. Негативні емоції, як правило, викликаються неаргументованою оцінкою, тому аргументувати слід усі виставлені оцінки.

Незважаючи на варіативність освітніх форм, основною стратегічною метою діяльності спеціальних закладів усіх типів є соціалізація та соціально-трудова адаптація осіб з вадами психофізичного розвитку. Зміна освітньої форми не обґрунтовує високий ступінь адаптованості усіх дітей з вадами зору, і отже не може бути корисна абсолютно всім, тому варто проводити феноменологічну діагностику розвитку дитини, аби створити оптимальне її можливостям освітнє середовище.

### ***Контрольні запитання***

- 1. У чому полягає актуальність проблеми індивідуального навчання осіб з вадами зору?*
- 2. Які категорії осіб мають право на організацію індивідуального навчання?*
- 3. Які підстави існують для організації індивідуального навчання?*
- 4. Складіть індивідуальний навчений план на дитину 10 років з гостротою зору з гостротою зору 0,05-0,08 Д на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією, у разі складних порушень зорових функцій.*
- 5. Охарактеризуйте критерії оцінювання навчальних досягнень учнів з порушеннями зорової функції у системі індивідуального навчання.*

### **Список використаної літератури**

**1.** Миронова С. П. Олігофренопедагогіка : компактний навч. курс / С. П. Миронова. – Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський державний університет, редакційно-видавничій відділ, 2008. – 204 с.

**2.** Коваленко В. Є. Індивідуальне навчання як організаційна форма освіти осіб з порушеннями психофізичного розвитку / В. Є. Коваленко // Розвиток системи інклюзивної освіти в Україні. – Донецьк, 2011. – С. 249 – 252.

**3.** Коваленко В. Є. Організація індивідуального навчання учнів з порушеннями психофізичного розвитку: методичні рекомендації для організації індивідуального навчання учнів з особливими освітніми потребами / В. Є. Коваленко. – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2011. – 34 с.

**4.** Критерії оцінювання навчальних досягнень учнів початкових класів спеціальної загальноосвітньої школи для дітей з порушеннями зору / проект і наук. ред. Бондар В. І. та ін. – Луганськ, 2002. – 123 с.

**5.** Про Концепцію державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами: рішення колегії Президії АПН України 23.06.09 № 7/5 – 7 // Інформаційний збірник Міносвіти України. – 1999. – № 19. – С. 12 – 27.

## **Розділ 4. ПРОФЕСІЙНО-ТРУДОВА СОЦІАЛІЗАЦІЯ УЧНІВ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРОВОЇ ФУНКЦІЇ**

### **4.1. Сутність професійно-трудової соціалізації в психолого-педагогічному аспекті**

Одним із центральних і доленосних у житті кожної людини постає питання про пошук, вибір і оволодіння професією. Робота відіграє важливу роль у житті кожної людини і робить великий вплив на його стан і самопочуття. Правильно обрана професія підвищує позитивне уявлення про себе, скорочує частоту фізичних і психічних проблем, пов'язаних із здоров'ям (К. М. Гуревич). Зміна соціально-економічних умов життя в суспільстві, нестабільність ринку праці вказують на необхідність зміни підходу до професійної орієнтації школярів і перетворення учня з об'єкта педагогічних дій на суб'єкт власної орієнтації на професію. На наш погляд, це неможливо без пізнання людиною самого себе, усвідомлення й оцінки нею своїх індивідуальних можливостей, та їхньої відповідності вимогам професії.

Для людей із порушеннями зору удвічі важливо зробити правильний вибір професії. Слабкозорим учням дуже важко адаптуватися до зовнішнього середовища, «виходити» на спілкування зі здоровими людьми, які навіть не можуть собі уявити їхній фізичний стан. Ці діти в силу власної недуги почувають себе невпевнено, хоча дуже часто мають чудові особистісні якості. І їм не обійтися без допомоги педагогів і психологів: розібратися у власних можливостях, здібностях, інтересах і бажаннях, отримати необхідну інформацію про доступні й уподобані професії, про можливості оволодіння ними. Одна з головних цілей роботи з дітьми – допомогти їм розкритися

через активні методи навчання спочатку в своєму колективі, відчутти себе впевненіше, і потім дати їм початкову професійну освіту, щоб соціалізація в суспільстві після школи проходила для них менш хворобливо.

Завдання професійної орієнтації завжди перебували в сфері уваги вчених. Різні аспекти підготовки слабкозорих учнів до вибору професії досліджували багато фахівцями. Зміст і форми профорієнтаційної роботи в спеціальних школах для дітей із порушеннями зору розглядали В. П. Єрмаков, Л. К. Єрмилов, І. Є. Кузнєцов, А. Я. Фесенко; клініко-офтальмологічні аспекти профорієнтації – В. П. Жохов, Є. С. Лібман; психологічні особливості професійного самовизначення – О. С. Забабуріна; психолого-педагогічні основи професійної освіти інвалідів по зору – О. Л. Олексієв, В. З. Деніскіна, І. Н. Зарубіна та ін.; основи використання тифлотехнічних засобів у компенсації зорової недостатності – О. Л. Олексієв, В. С. Сверлов, С. В. Федоренко та ін.

Проте аналіз нормативних документів і методичних рекомендацій з організації профорієнтаційної роботи в школах-інтернатах для дітей з порушеннями зору, зміст програми з курсу «Технологія» показав, що в них недостатньо уваги приділяють формуванню в слабкозорих учнів умінь здійснювати самостійний і усвідомлений вибір професії. Між тим цей процес у цієї категорії школярів є ускладненим.

Кілька вчених вказують на обмеженість у таких підлітків знань і уявлень про себе й функціональні можливості своїх органів чуття (Л. І. Плаксіна, Є. П. Синьова); неадекватність їхньої самооцінки та труднощі ідентифікації; знижену активність і самостійність (О. Г. Літвак); ігнорування ними

особливостей свого психічного, фізичного й рухового розвитку.

Усе це призводить до некомпетентності слабкозорих учнів у виборі професії. Її можна подолати при здійсненні цілеспрямованої корекційної роботи з формування в цієї категорії школярів сукупності специфічних знань і вмінь.

До них ми зараховуємо знання про дефект зору та зумовлені ним особливості психофізичного розвитку, про обмеження й протипоказання до умов і характеру праці за наявності захворювань очей, про способи охорони зору й компенсацію зорової недостатності, про методи та прийоми самовиховання. Але одних цих знань недостатньо, щоб сформувати здатність слабкозорих школярів до здійснення самостійного й усвідомленого вибору професії. Необхідно звернути увагу на вироблення в них умінь шукати необхідну інформацію, аналізувати обрану професію з позиції її безпеки для свого зору та здоров'я, оцінювати свої професійні можливості (передусім зорові), скласти план підготовки до професії й організувати себе на самокорекцію й подолання наявних недоліків. Наявність саме цих специфічних знань і умінь визначає стан соціальної компетентності у виборі професії в слабкозорих учнів, під якою треба розуміти сукупність знань про світ праці та про себе як суб'єкта професійної діяльності; умінь оцінювати й розвивати свої можливості відповідно до вимог професії та ринку праці – усе це в сукупності визначає успішність соціалізації випускника.

**Соціалізація** – це «процес входження індивіда в суспільство, активного засвоєння їм соціального досвіду, соціальних ролей, норм, цінностей, необхідних для успішної життєдіяльності в цьому суспільстві» (Т. Парсонс).

Соціально-психологічна реальність формується насамперед через різні форми спілкування, які дозволяють

людині відчутти вплив середовища, прийняти його, знайти «своїх» за власними відчуттями й приєднатися до них, позбавитися внутрішньої самотності, – це надає сил і впевненості в собі, щоб зробити свій життєвий вибір.

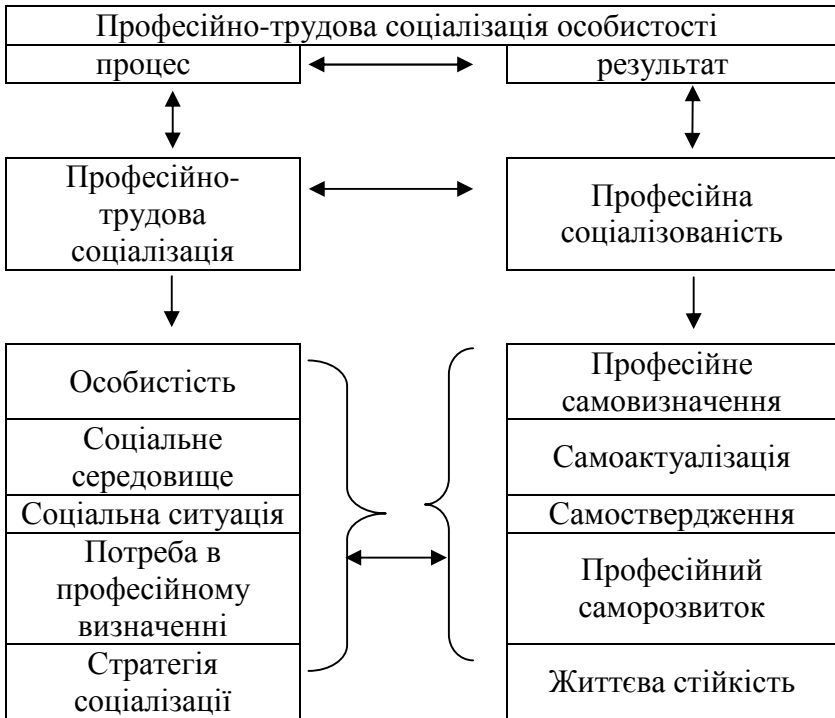
Особистісне самовизначення нерозривно пов'язане з професійним. Молода людина обирає професію відповідно до свого світогляду, орієнтації на реалізацію певних потреб. Проте тут виникає проблема чіткості уявлень про бажану професію і співвідношення вимог професії з можливостями людини. Особистісне самовизначення є провідним і визначальним в професійному самовизначенні.

**Професійно-трудова соціалізація** – це психологічно обґрунтований, педагогічно доцільно організований процес і результат взаємодії особистості з соціальним середовищем, для якого характерні професійний життєво стійкий вибір, професійне самовизначення, самоствердження й самоактуалізація в професійному плані, саморозвиток особистості (Ю. О. Бистрова).

Схематично сутність професійно-трудової соціалізації в психолого-педагогічному аспекті можна представити таким чином (Схема 4. 1.).



Схема 4.1.



Розглядаючи професійно-трудова соціалізацію особистості як процес, відзначимо, що це систематизований комплекс заходів, спрямованих на самоактуалізацію й самореалізацію особистості в праці. При цьому професійне становлення людини не обмежується підлітковим або юнацьким віком, а є процесом тривалим, складним, який протікає впродовж усього життя (Д. Сьюпер).

Психолого-педагогічні аспекти професійно-трудова соціалізації, що переважають професійний вибір і становлення особистості, постають об'єктом наукового дослідження з першого десятиліття ХХ століття. Виділимо

два основні підходи до цієї проблеми: з позиції теорії рис і чинників (трьохфакторна модель Ф. Парсонса) і з позиції теорії розвитку (Е. Гінзберг, Д. Сьюпер).

Вибір професії довгий час розглядався як пошук відповідності між вимогою професії й індивідуальністю. Такий підхід стали називати діагностичним. Головний психолого-педагогічний недолік діагностичного підходу полягає в тому, що сама людина, якій потрібна допомога у виборі професії, вилучається з процесу ухвалення життєво важливого рішення. Психологи, педагоги й дефектологи самі обирають для неї професію. Проте варто зазначити, що прибічники теорії Ф. Парсонса зробили великий внесок у розвиток досліджень у галузі професійного вибору. Саме на основі цієї теорії було висунуто принципи, що пояснюють феномен вибору професії. Для практичної реалізації цих принципів розробляють методи діагностики, консультаційної і корекційної роботи (Е. М. Борисова, Т. Д. Ілляшенко, Г. П. Логінова, Н. М. Стадненко, В. В. Тарасун, А. П. Чернявська).

У середині ХХ століття виник інший підхід до професійно-трудової соціалізації (професійного вибору й становлення) з позиції теорії розвитку. Основу його складають положення психодинамічних теорій Е. Гінзберга, Д. Сьюпера. Щаблева модель професійного розвитку, яку розробив Д. Сьюпер, охоплює усе людське життя. Професійний шлях особистості він поділяє на п'ять етапів: зростання, пошук, зміцнення, стабілізація та спад. Період вибору професії й професійного становлення є другим ступенем п'ятищаблевої моделі й охоплює вік від 14 до 25. У цей час індивід випробовує власні сили в різних ролях з орієнтацією на власні реальні професійні можливості. На думку Д. Сьюпера, людина повинна обрати професію з урахуванням свого образу «Я», інтелекту, соціальних здібностей, інтересів, цінностей особистості,

ставлення до праці, роботи й професії, потреб, рис особистості, професійної зрілості.

Основу професійного самовизначення повинна складати ціннісно-смилова база особистості. Її формування як ще одного складника професійно-трудової соціалізації відбувається впродовж усього життя людини і змінюється під впливом соціальних чинників. Тому головна (ідеальна) мета професійного самовизначення – це поступове формування в учнів внутрішньої готовності самостійно й усвідомлено планувати, коригувати та реалізовувати перспективи свого розвитку (професійного, життєвого та особистісного).

Професійний розвиток особистості (самопізнання, самовизначення) слід розглядати як:

- результат впливу соціальної ситуації розвитку (Л. І. Божович); результат активної практичної перевірки самими молодими людьми власних професійних здібностей, схильностей та інтересів (В. М. Синьов);

- процес переробки й систематизації зовнішніх дій на людину й виникнення в цих процесах нового змісту, саморегуляції особистістю власної психічної діяльності (П. О. Шавир);

- процес розвитку школяра як суб'єкта діяльності (Є. О. Клімов);

- проблему визначення свого способу життя (С. Л. Рубінштейн).

Для досягнення оптимального результату професійно-трудової соціалізації осіб з порушеннями зору потрібно грамотне організоване медико-соціально-психолого-педагогічне забезпечення спадкоємності й послідовності власне процесу розвитку й становлення особистості.

На жаль, школярі з порушеннями зору після закінчення школи-інтернату або навчально-

реабілітаційного центру недостатньо готові до отримання професії в неспеціалізованих ВНЗ, коледжах і технікумах. Про це свідчить великий відсоток сліпих і слабкозорих студентів, які не закінчують вищі й середні спеціальні заклади. Такі випускники значно відстають від здорових однолітків у галузі фізичної підготовленості, що негативно впливає на рівень їхньої працездатності; мають обмежені можливості отримання інформації з різних джерел (бібліотеки, книжки та періодична література, телебачення та ін.); мають негативні психологічні настанови (невпевненість унаслідок наявності дефекту зору, відсутність комунікативних навичок, адекватної поведінки в колективі однолітків, неправильне ставлення до власного дефекту тощо).

Таким чином, для вирішення цих проблем необхідно створити певні психолого-педагогічні умови організації освітнього процесу з метою успішної професійно-трудової соціалізації дітей з порушеннями зору:

- впровадити медико-психолого-педагогічну модель супроводу з метою забезпечення послідовності й спадкоємності професійно-трудової соціалізації;

- розробити корекційну програму, що передбачає формування в слабкозорих учнів знань про стан свого зору, здоров'я, недоліки психофізичного розвитку й умінь їх подолання; знань про світ праці для людей з порушеннями зору та способи компенсації зорової недостатності; вмінь оцінювати й розвивати власні можливості відповідно до вимог професії, які і є основою їхньої соціальної компетентності, що забезпечує здатність до самостійного й усвідомленого вибору професії в умовах ринку праці;

- впровадити поетапну систему профорієнтаційної роботи з 1 по 12 клас;

- збагатити зміст освітнього процесу реалізацією передпрофільної підготовки в 9 – 10 класах і профільного та довузівського навчання в 11 – 12 класах;

Про впровадження медичної реабілітаційної моделі й психолого-педагогічного забезпечення освітнього процесу дітей з порушеннями зору йшлося вище. Підсумуємо результати дослідження з урахуванням проблеми професійно-трудої соціалізації випускників шкіл-інтернатів і навчально-реабілітаційних центрів.

Система психолого-педагогічного забезпечення професійно-трудої соціалізації учнів з особливими освітніми потребами як цілеспрямована діяльність із підготовки молоді до самовизначення й усвідомленого вибору професії ґрунтується на ідеї концептуального характеру – взаємозв'язку діагностичного, корекційно-реабілітаційного та виховного підходів. Вона виходить із таких принципів: свідомості, відповідності, активності, розвитку й ставить завдання сформуванню готовності до суспільно-корисної праці, до вибору професії. До системи забезпечення входять такі основні компоненти: мета й завдання, основні напрями, форми й методи профорієнтаційної роботи зі школярами.

**Спільна мета системи** – підготовка учнів до обґрунтованого зрілого вибору професії, що враховує індивідуальні можливості й задовольняє і особистісні інтереси, і громадські потреби та запити ринку.

**Завдання:**

- надання профорієнтаційної підтримки учням у процесі вибору профілю навчання та сфери майбутньої професійної діяльності;

- отримання діагностичних даних про переваги, схильності й можливості учнів для усвідомленого визначення профілю навчання;

- забезпечення широкого діапазону варіативності профільного навчання за рахунок комплексних і нетрадиційних форм і методів, що використовують на уроках, курсах за вибором, факультативному занятті та в системі виховної роботи;

- додаткова підтримка груп школярів, у яких легко спрогнозувати складнощі працевлаштування – учні зі складними дефектами тощо;

- створення гнучкої системи взаємодії старшого ступеня школи із закладами додаткової й професійної освіти, а також з підприємствами міста, регіону.

При незмінній спільній меті конкретна мета й завдання роботи кожної школи-інтернату або реабілітаційного центру залежать від потреб кадрів у певних професіях, міри гостроти цих потреб, від можливостей і умов в цьому регіоні або місті. Успішна реалізація поставлених завдань значною мірою залежить і від якості роботи за кожним із цих напрямів.

Структуру професійно-трудової соціалізації можна подати у вигляді трикутника. Основа трикутника є врахуванням індивідуально-психологічних особливостей учня, один із боків – знання вимог професії до людини, другий бік – врахування вимог ринку професій.

Про успішну професійно-трудова соціалізацію можна вести мову лише в тому випадку, якщо випускник враховуватиме усі три чинники: свої професійні бажання (хочу), індивідуальні психофізіологічні можливості (можу) і потреби кадрового ринку праці в регіоні, де він живе (треба). Тільки при правильному розумінні співвідношення та значущості цих компонентів є можливою науково обґрунтована організація послідовної системи роботи з профорієнтації.

### **Контрольні запитання**

1. Дайте визначення поняття «професійно-трудова соціалізація» та розкрийте її сутність.
2. Назвіть основні чинники успішного професійного самовизначення особистості.
3. Охарактеризуйте шаблеву модель професійного розвитку Д. Сьюпера.
4. У чому сутність системи психолого-педагогічного супроводу професійної соціалізації осіб із порушеннями зору?

### **Список використаної літератури**

1. Алєнкіна О. А. Професійно-трудова соціалізація молодёжи с ограниченными возможностями здоров'я : учеб.-метод. пособие / О. А. Алєнкіна, Т. В. Чернікова. – М. : Глобус, 2009. – 152 с.
2. Быстрова Ю. А. Феноменология психолого-медико-педагогического сопровождения профессионально-трудоваї реабілітації лиц с нарушениями здоровья / Ю. А. Быстрова // Специальное образование : материалы VII Международной научной конференции. – СПб., 2011. – Том II. – С. 63 – 65.
3. Климов Е. А. Психологическое профессиональное самоопределение / Е. А. Климов. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.
4. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2000. – 720 с.
5. Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії / В. М. Синьов. – К. : МП Леся, 2010. – 779 с.

#### **4. 2. Етапи та зміст профорієнтаційної роботи**

Професійно-трудова соціалізація як процес передбачає цілеспрямовану роботу з конструювання цілісної системи профорієнтації з урахуванням вікових та

індивідуально-типологічних особливостей школярів, рівня готовності мотивації до здійснення свідомого професійного вибору. Висунуто профорієнтаційні завдання з урахуванням їх умовного розподілу на три критерії: **когнітивний** (інформування про світ професій, стан ринку праці, зміст певної трудової діяльності, про професійні освітні програми і заклади; **мотиваційно-ціннісний** (формування в учнів усієї гамми сенсостворювальних і професійних цінностей); **діяльнісно-практичний** (складання, уточнення, корекція і реалізація професійних планів).

У професійній орієнтації виділяють основні напрями: професійна просвіта (профінформація й профпропаганда), професіографія, професійна діагностика, професійна консультація, професійний відбір (підбір) і професійна адаптація.

***Професійна просвіта*** – науково організоване інформування про зміст трудової діяльності, шляхи придбання професій, потреби ринку праці, а також вимоги професій до індивідуально-психологічних особливостей особистості. Профпропаганда сприяє формуванню позитивної мотивації до професій, у яких суспільство випробовує необхідність.

***Професіографія*** – одне з напрямів профорієнтації. Це опис професій (спеціальностей), що включає їх вимоги до психофізіологічних якостей людини. Результатом професіографії є професіограми і психограми. Професіограма – комплексний, систематизований опис конкретної професії (виду трудової діяльності), її характеристика, що охоплює відомості про умови праці, права й обов'язки працівника, а також необхідних для оволодіння професією особових якостей, знаннях, уміннях і навичках. Професіограма розкриває найістотніші



характеристики професії й професійно важливі якості людини.

**Профдіагностика** – невід’ємний компонент в системі профорієнтації, який охоплює усі щаблі шкільного навчання. Діагностична робота вибудовується так, щоб максимально виявити потреби, інтереси і схильності кожної дитини на кожному віковому етапі. Вивчення індивідуальних психологічних особливостей може здійснюватися різними способами: від простого спостереження за досягненнями в освоєнні навчальних дисциплін до використання різних анкет, опитувальників, традиційних і модифікованих методик для самовизначення школярів.

Це досить об’ємна робота, що вимагає залучення не лише адміністрації, психологів, соціальних педагогів, але й учителів. З метою організації взаємодії усіх учасників навчально-виховного процесу сьогодні в школах розробляють комплексно-цільові програми соціально-психологічного супроводу професійного самовизначення учнів, які передбачають пропедевтику й навчання, консультаційну роботу й діагностику.

**Профконсультація** – частина системи професійної орієнтації, регулятор професійного самовизначення особистості. Це безпосередня допомога школяру у виборі конкретної професії на основі вивчення особистості, її можливостей і зіставлення отриманої інформації з вимогами професії, що забезпечує максимальний врахування об’єктивних і суб’єктивних умов професійного вибору. Профконсультація стимулює роздуми школяра про перспективи свого особистісного та професійного самовизначення, надаючи йому певні орієнтири для оцінки власної готовності до реалізації намічених професійних планів. Профконсультація може бути підготовчою, завершувальною й уточнювальною. Професійний відбір є

прогностичною процедурою відбору осіб, професійно придатних до певного виду діяльності (професії, спеціальності). У процесі профвідбору передбачають діагностику досить стійких психофізіологічних функцій психічних процесів, властивостей і станів. Окрім природжених, діагностуються й набуті в процесі життєдіяльності соціально-психологічні якості – комунікативність, схильність до лідерства, конформізм, спрямованість особистості, зокрема й інтерес як мотиваційно-зумовлене ставлення до професії. З професійним відбором пов'язана проблема професійної придатності. **Професійна придатність** – відповідність даних особистості вимогам обраної професії. Професійна придатність характеризує можливості людини з оволодіння якоюсь професійною діяльністю. Її визначають за такими критеріями, як успішність оволодіння професією та міра задоволеності людини своєю працею.

**Професійна адаптація** – активний процес пристосування особистості до виробництва, умов ринку праці, особливостей конкретної діяльності, нового соціального оточення, трудового або навчального колективу. Адекватну самооцінку особистості власної професійної придатності можна розглядати як один з чинників її успішної адаптації. Успішність адаптації є критерієм правильного, обґрунтованого вибору професії.

Усі перераховані складники профорієнтації взаємозв'язані, перебувають у взаємодії та доповнюють один одного, утворюючи певну структуру, в межах якої й відбувається професійно-трудова соціалізація школярів.

Профорієнтаційна робота в школі містить **чотири етапи**:

**1 етап – початкова школа.** На цьому етапі учні знайомляться зі світом професій через такі форми роботи,

як екскурсії, бесіди, ранки, усні журнали, зустрічі з цікавими людьми, участь в професійних проектах.

Вже в початковій школі учням можна надати можливість вибору власної освітньої траєкторії. Учні обирають заняття за інтересами, заняття в гуртках, можуть розвивати свої творчі здібності через навчання в класах естетично-гуманітарної спрямованості.

**На 2 етапі (5 – 8 класи)** – профорієнтаційна робота продовжується через ділові ігри, профорієнтаційні ігри, ігри-занурення, ігри-подорожі. Ці форми роботи дозволяють учням детальніше вивчити світ професій, уявити себе в цьому світі.

**На 3 етапі (9 – 10 класи)** – робота передбачає цілеспрямовану профорієнтаційну роботу серед учнів, спрямовану на сприяння усвідомленому вибору профілю навчання, а надалі – і професії. На цьому етапі активізують діагностична робота за участю психолога, проводять уроки вибору професії. У цей період учні починають займатися дослідницькою діяльністю, роблять перші кроки в складанні професіограм.

**4 етап (11 – 12 класи)** у системі профорієнтаційної роботи є найвідповідальнішим і спрямований на сприяння старшокласникам в їх професійному самовизначенні. У цей період розгортається консультативна діяльність серед учнів і їхніх батьків.

Використовують різні форми роботи з учнями старшого віку: бесіди, консультації з питань вибору профілю навчання, інформування про способи здобуття бажаної освіти, вимоги професії до людини, оплати праці. Триває робота зі створення професіограм, у яких відбито психофізичні особливості професій, розширюють базу даних про навчальні заклади, про рідкісні професії, гностичні професії.

У середній ланці учням надають можливість залучитися до допрофільної підготовки.

Ефективним напрямом у системі профорієнтаційної роботи є створення учнівських портфоліо. Для учнів початкових класів ми пропонуємо створення колективного портфоліо (портфоліо професій), для середньої ланки портфоліо особового зростання учня, для старшокласника портфоліо компетентності. Ця діяльність формує в учнів старшого ступеня й середньої ланки вміння ставити цілі, планувати й організувати свою діяльність, розширює можливості самонавчання, розвиває навички рефлексивної діяльності. Результати діяльності учня середньої ланки, відбиті в його портфоліо, враховуються при виборі профілю навчання.

До основних результативних **критеріїв і показників ефективності профорієнтаційної роботи**, передусім належать:

1. Достатня інформація про професію і шляхи її отримання. Показником достатності інформації є чітке уявлення учнем вимог професії до людини, конкретного місця її отримання, потреб суспільства в цих фахівцях.

2. Потреба в обґрунтованому виборі професії. Показники сформованості потреби в обґрунтованому професійному виборі професії – це самостійна активність школяра з отримання необхідної інформації про ту або іншу професію, бажання (що не обов'язково реалізовується, але виявляється), проби своїх сил в конкретних областях професійної діяльності.

3. Упевненість школяра в соціальній значущості праці, тобто сформоване ставлення до нього як до життєвої цінності.

4. Міра самопізнання школяра. Від того, наскільки глибоко він зможе вивчити власні професійно важливі якості, багато в чому залежатиме обґрунтованість його вибору. При цьому слід враховувати, що тільки кваліфікований фахівець може надати школяру досить повну й адекватну інформацію про його професійно важливі якості.

5. Наявність у школяра обґрунтованого професійного плану. Обґрунтованість професійного вибору справедливо вважають одним із основних критеріїв ефективності профорієнтаційної роботи. Показником обґрунтованості є вміння співвідносити вимоги професії до людини зі знаннями своїх індивідуальних особливостей, ті з них, які безпосередньо впливають на успіх в професійній діяльності (професійно важливі якості).

Процесуальними критеріями ефективності профорієнтаційної роботи визначають такі:

- індивідуальний характер будь-якої профорієнтаційної дії (урахування індивідуальних особливостей школяра, характеру сімейних взаємин, досвіду трудових дій, розвитку професійно важливих якостей);

- спрямованість профорієнтаційних дій насамперед на різнобічний розвиток особистості (надання свободи у виборі професії, створення можливості для випробовування сил в різних галузях професійної діяльності, пробудження активності в самостійному виборі сфери професійної діяльності й визначенні професійного плану).

## Критерії і показники готовності старшокласників до професійного самовизначення

Критерії	Показники	
	9 – 10 класи	11 – 12 класи
<b>Когнітив-ний</b>	1. Знання своїх схильностей, здібностей, індивідуальних якостей	
	2. Володіння способами самодіагностики й саморозвитку	
	3. Знання різноманіття світу праці та професій; необхідності професійного вибору відповідно до власних бажань, схильностей, здібностей	3. Знання предметного аспекту професійної діяльності; загальних і спеціальних професійно важливих якостей (ПВЯ).
	4. Розуміння специфіки профільного навчання, його значення для професійного самовизначення	4. Знання своїх інтересів, схильностей, здібностей
<b>Мотивацій-но-цінніс-ний</b>	1. Зацікавленість в отриманні знань.	1. Стійкі пізнавальні інтереси.
	2. Позитивне ставлення до продовження навчання відповідно до обраного профілю.	2. Ставлення до обраної професійної діяльності (розуміння громадської й особистісної значущості професійної діяльності, яку обирають; присутність інтересу до обраної професії в системі ціннісних орієнтацій).
	3. Усвідомлена мотивація на профільне навчання як умова для досягнення поставленої мети вибору бажаної професійної діяльності.	3. Адекватна самооцінка ПВЯ
	4. Усвідомлення необхідності вибору профілю навчання на основі співвідношення своїх професійних намірів з особовими схильностями й	

	можливостями. 5. Адекватне ставлення до себе як суб'єкта вибору профілю навчання, самостійність і активність при здійсненні вибору	
<b>Діяльнісно-практичний</b>	1. Вияв вольових зусиль в професійно-орієнтованих цілях	досягненні поставлених
	2. Вияв свого творчого потенціалу, комунікативності та самостійності в досягненні найвищих результатів професійно важливих навчальних дисциплін, що цікавлять.	2. Готовність до дослідницької, освітньої та комунікативної діяльності в обраній сфері. 3. Орієнтація на творчість. 4. Прагнення до вдосконалення ПВЯ.

### **Контрольні запитання**

1. Які етапи виділяють у профорієнтаційній роботі зі слабкозорими дітьми?
2. Охарактеризуйте основні напрями роботи з професійної орієнтації.
3. Назвіть основні критерії й показники ефективності профорієнтаційної роботи.
4. Дайте визначення поняття «професійна придатність», поясніть, чому важливо це враховувати при виборі професії людиною з вадами зору.

### **Список використаної літератури**

1. Баріхашвілі І. І. Психологічні основи профорієнтації і професійного самовизначення / І. І. Баріхашвілі, М. П. Ворона, Г. В. Грищенко, І. М. Старіков. – К. : Видав. дім «Професіонал», 2009. – 208 с.

2. Быстрова Ю. А. Феноменология психолого-медико-педагогического сопровождения профессионально-трудовой реабилитации лиц с нарушениями здоровья / Ю. А. Быстрова // Специальное образование : материалы VII Международной науч. конф. – СПб., 2011. – Том II. – С. 63 – 65.

3. Климов Е. А. Психологическое профессиональное самоопределение / Е. А. Климов. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

4. Петруня А. М. Організація комплексного супроводу навчально-реабілітаційного процесу дітей з порушеннями зору в освітніх закладах нового типу / А. М. Петруня, Ю. О. Быстрова, С. А. Лупир // Освіта Донбасу. – № 3. – 2012. – С. 40 – 44.

5. Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії / В. М. Синьов. – К. : МП Леся, 2010. – 779 с.

#### **4. 3. Діагностика та шляхи корекції професійного самовизначення учнів із порушеннями зору**

Вибір професії після закінчення школи – перший у житті більшості людей обов'язковий, змушений вибір, якого не можна уникнути. У нашому суспільстві саме цей момент життя є переломним для соціальної позиції. Професійне самовизначення є провідним новоутворенням в юнацькому віці. Проблему професійного самовизначення, з погляду її психологічного змісту, можна розглядати з трьох аспектів: як проблему самореалізації особистості, як проблему вибору й прийняття рішень і як проблему адаптації в широкому розумінні.

Таким чином, **професійне самовизначення особистості** – це складний багатокomпонентний процес, спрямований на вирішення людиною важливих питань



само актуалізації, здійснення вибору й знаходження свого місця в життєвому просторі. Процедура вибору професії вимагає психологічної допомоги, консультування, підтримки, і насамперед – діагностики.

У додатках наведено низку діагностичних методик, спрямованих на виявлення кола інтересів, готовності учнів до вибору професії, самоспрямованості особистості учня, його самовизначення (додаток 6.).

При складанні та розробці психолого-діагностичного матеріалу для профорієнтаційної роботи зі слабкозорими підлітками психолог повинен урахувати такі рекомендації:

- первинна опора на психофізіологічні особливості розвитку дитини, а вже потім на особистісні;
- виходячи з першої рекомендації психолог повинен добирати певні діагностичні методики, що відповідають вимогам психофізичного розвитку дитини у цьому віці;
- також, виходячи з перших двох положень, психолог повинен пропонувати підліткам лише ті професії та спеціальності, які вони можуть опанувати (враховуючи рівень психофізичного розвитку дитини) та працевлаштуватися за ними у майбутньому;
- психолог повинен урахувати можливості дитини навчатися за обраною професією: добирати до банку професій професійні навчальні заклади, які функціонують на момент консультування дитини, та можливості навчання в них цієї дитини;
- також психолог має враховувати можливості працевлаштування дитини за обраною професією та можливості її подальшої соціальної адаптації.

Зважаючи на подані рекомендації, психологу доцільно буде планувати свою роботу таким чином, щоб

педагоги навчального закладу та батьки учнів працювали з психологом у тандемі та мали спільну мету. Пропонуємо основні поради, яким чином це можна зробити:

1. Зрозуміти мету роботи: визначити мету-максимум й мету-мінімум у роботі з конкретним класом, групою або в конкретній школі.

2. Виділити перелік основних проблем і пріоритетних напрямків роботи (з урахуванням специфіки групи).

3. Розписати всі заняття за днями й годинами.

4. Розподілити всі теми (проблеми) за днями (за принципом: від проблем, що загально орієнтують, до більш конкретних).

5. Скласти перелік практичних методик, що ілюструють теоретичні питання (бажано, щоб за часом вони охоплювали навіть більшу частину, ніж теорія, – це важливо для роботи зі школярами).

6. Розпланувати практичні заняття за днями в співвідношенні з теоретичними проблемами (важливий принцип чергування: трохи теорії – практика, трохи теорії – практика).

7. Підібрати різні методики: тести, опитувальники, анкети, ігри, ігрові вправи, розбір ситуацій, дискусійні форми роботи тощо. (використовувати принцип різноманітності: комусь більше подобається працювати з тестами, комусь більше грати).

8. Розрахувати все за часом.

9. Підібрати кілька теоретичних питань і практичних методик про запас (на випадок, якщо раптом якісь теми й методики в конкретному класі «не підуть» або якщо вони «пройдуть» занадто швидко й залишиться вільний час, що нема чим заповнити).

10. Скласти невеликі конспекти для всього курсу занять.

Потрібно підібрати деякі методики так, щоб учні могли обговорити результати зі своїми батьками. Рекомендується також частіше використовувати зі школярами форми роботи, що активізують (ігри, дискусії, обговорення ситуацій та інше), але при цьому не перетворювати заняття на безперервну гру, адже навіть дітям це може набриднути або ж вони стануть сприймати ваші заняття як суцільну розвагу. Ігрові методи можуть займати в роботі зі старшокласниками близько 25 – 30 % загального часу занять.

Основні правила при підготовці й проведенні конкретних профорієнтаційних занять наступні:

1. Визначити мету даного заняття: мета для учнів (зовнішня – у вигляді доступних для розуміння інструкцій) і мета для себе (внутрішня).

2. Підібрати методики й теоретичний матеріал відповідно до мети.

3. Спланувати все заняття за часом (за хвилинами), при цьому бажано спочатку якимось зацікавити учнів (підібрати відповідні методики або питання для обговорення), далі запропонувати щось серйозне, ближче до кінця – знову більше інтриги.

4. Не обов'язково прагнути до повної визначеності (використовувати «ефект незавершеної дії»).

5. Разом з тим, важливо зробити заняття цілісним і логічно завершеним (відповідно до зовнішньої мети, тобто формальна інструкція методики або ціль заняття повинна бути виконана).

6. Підбирати тільки ті методики, якими психолог володіє, враховуючи загальний рівень готовності самих учнів працювати з методиками.

7. При плануванні групового заняття пам'ятати, що часто його природним продовженням є індивідуальна

профконсультація (для бажаючих), тобто не всі проблеми вирішуються в класі.

8. Підтримувати дисципліну за допомогою:

- § високої динаміки проведення занять (щоб навіть відволікатися не встигали);
- § підвищеної уваги до лідерів класу (частіше давати їм «особливі» завдання, просити чимось допомогти, пропонувати головні ігрові ролі в складних іграх тощо);
- § введення незвичних правил (наприклад, „можна голосно сміятися й навіть іржати, але тільки стоячи” та інше);
- § припинення даної форми роботи (наприклад, ігри) і переходу до усного викладання матеріалу або письмової роботи, якщо дисципліна незадовільна (особливо при проведенні ігрових занять);
- § використання вербальних і, головне, невербальних засобів впливу (звичайно, якщо психолог ними володіє).

10. Намагатися самостійно освоїти складні методики:

- § спочатку провести методику на собі (розібратися з усіма процедурними тонкощами);
- § потім на близькій людині (відчути всю процедуру);
- § тільки після цього на підлітках (спочатку на тих, у кого прості проблеми, і лише потім на тих, у кого складні проблеми або недостатньо довірливі відносини);
- § перед використанням складної методики скласти коротку пам'ятку з основними етапами й конкретними діями (дослівні конспекти своїх занять не рекомендується робити навіть починаючим психологам, особливо в роботі зі школярами).

Проблеми професійного самовизначення необхідно розглядати в більш широких контекстах планування життя

й знаходження свого місця в суспільстві. Гарна профорієнтаційна програма здебільшого повинна бути проблемною. У дискусійній формі потрібно обговорювати не тільки проблеми працевлаштування в сучасному світі, але й поліпшення цього світу через основну справу свого життя, тобто через професію.

Звичайно, що такі дискусії в підліткових класах повинні управлятися й контролюватися психологами-профконсультантами. Для цього важливо розробляти принципово нові методи й форми роботи, а не просто тестувати школярів, надаючи їм рекомендацій. Більш цікаві форми роботи – це такі, коли підліток, що самовизначається, поступово починає відчувати свою причетність до культурно-історичного процесу, бачити себе майбутнім соціальним суб'єктом, громадянином своєї країни.

У роботі шкільного профконсультанта важливе місце посідає індивідуальна робота з підлітками. Індивідуальні профконсультації є не тільки доповненням до групових форм і методів роботи, але і їхнім природним продовженням. Іноді психологи скаржаться, що підлітки не йдуть до них на консультації. Рекомендується на групових заняттях (або в роботі з класом) давати тести й опитувальники не стільки для об'єктивної діагностики, скільки для мотивації школярів до індивідуального обговорення отриманих результатів. І тоді проблема мотивації частково буде вирішена. При цьому варто пам'ятати, що індивідуальна профконсультація – справа добровільна.

Пріоритетні напрямки профорієнтаційної роботи зі слабкозорими підлітками і юнаками:

**5 – 6 клас:** професійна освіта та знайомство з окремими професіями, їхньою суспільною значущістю. Пропагування професій, найбільш затребуваних

суспільством та оволодіння якими є доступним для слабкозорих випускників.

**7 клас:** систематизація знань про світ професій залежно від цілей і умов праці. Знайомство з психологічними основами професійного вибору. Первинна профдіагностика.

Заняття з підлітками націлені головним чином на розвиток у підлітків професійної свідомості, формування особистісного змісту вибору конкретної професії, розвиток уміння співвідносити суспільні цілі вибору сфери діяльності зі своїми ідеалами й реальними можливостями.

Для підлітків розроблено програму психологічного супроводу вибору профілю навчання учнями середньої ланки (додаток 7).

**8 – 9 клас:** поглиблення знань про вимоги професії до людини; розвиток механізмів самопізнання; корекція самооцінки й формування уявлень про подальшу життєву перспективу за допомогою виконання професійних проб; формування професійно-важливих якостей в обраному виді праці; контроль і корекція професійних планів; оцінювання результатів досягнень в обраній діяльності; соціально-професійна адаптація.

Профорієнтаційні заняття проводять систематично упродовж навчального року. Тривалість одного заняття може варіювати від однієї академічної до однієї астрономічної години, залежно від специфіки й провідного виду діяльності (наприклад, час заняття може зростати при проведенні психодіагностичної роботи, організації екскурсії, виконанні професійної проби учнями).

При проведенні профконсультації можна використовувати таку схему-алгоритм:

1. Розглянути медичний стан учня (якщо він у цілому задовільний, виконати дію 2, а якщо ні – дія 2-а).

2. Провести по спеціальній програмі вступну лекцію або бесіду.

2-а. Пореконувати медичну профконсультацію.

3. Виявити в учня професійні мотиви.

4. Виявити конкретні професійні інтереси (якщо інтереси є, виконати дію 5, а якщо немає – 5-а й далі 5-б).

5. Звернутися до відповідної довідкової літератури.

5-а. Знайти в довіднику професії, що користуються попитом.

5-б. Розширити у опантанта знання про світ професій.

6. Визначити відповідність мотивів учня потребам суспільства у виявлених професіях (якщо відповідність висока, перейти до дії 7, якщо ні – до 7-а,7-б).

7. Виявити в класі групи за інтересами.

7-а. Знайти в довіднику інформацію про невідомі учню професії.

7-б. Зробити висновок про доцільність переходу або до пункту 5-б, або до 11-а і здійснити цей перехід.

8. Визначити специфіку вимог виявлених професій до працівника (якщо вимоги підвищені, перейти до дії 9, якщо ні – до 9-а).

9. Намітити програму психодіагностичного обстеження учня (при необхідності повернутися до пункту 2-а).

9-а. Намітити педагогічну програму для подальшої роботи з підлітком і перейти до пункту 11.

10. Провести психодіагностичне обстеження (якщо учень відповідає особливим вимогам наміченої професії, перейти до пунктів 9-а й 11, якщо ні – до 11-а).

11. Підвищити впевненість учня в правильності зробленого вибору.

11-а. Намітити програму безконфліктної переорієнтації учня на професію (або галузь діяльності), яка більше відповідає його можливостям та здібностям.

12. Переконатися в позитивному ефекті проведеної роботи (якщо все нормально, перейти до пунктів 3 і 4, а якщо ні – намітити більш поглиблену науково-практичну профорієнтаційну роботу з цією людиною).

Можна виділити такі основні варіанти організації взаємин психолога-профконсультанта з учнем у консультаційному процесі:

1. *Діагностико-рекомендаційну консультацію*, яка базується на попередній профдіагностиці клієнта й наступній видачі йому рекомендацій щодо придатності або непридатності його до професії. У більшості випадків клієнт залишається у пасивній позиції обстежуваного, тобто говорити про діалог і взаємодію часто не доводиться.

2. *«Вільну бесіду»*, коли важливі питання самовизначення обговорюються у вільному стилі й можна перескакувати з однієї на іншу, близьку тему. Часто все це створює деякий логічний хаос, і тому потрібно намагатися не втратити головну логічну нитку (або навіть суть) розмови. Оскільки клієнт звичайно не в змозі простежити логіку такої розмови, то ініціативу доводиться брати психологу-профконсультанту. Але тоді консультант стає ініціатором бесіди, а клієнт неминуче посідає пасивну позицію.

3. *Справжній діалог, взаємодію, співробітництво з клієнтом*. Реально досить складно організувати таку взаємодію, і нерідко для цього потрібно провести спеціальну підготовчу роботу (до того ж у клієнта повинна бути сформована потреба в діалозі, а також готовність брати участь у спільній роботі з психологом).

Для підвищення ефективності профорієнтаційної роботи зі слабкозорими підлітками і юнаками рекомендується задіяти ряд фахівців корекційного закладу – вихователів, класного керівника, психолога, соціального педагога.



У зв'язку з цим основними напрямками роботи **педагогів** (класного керівника й вихователя класу) є:

- 1) професійна освіта учнів;
- 2) організація інтелектуально-пізнавальної діяльності в системі додаткової освіти в рамках розширення знань про світ професій;
- 3) розвиток творчого й художньо-естетичного потенціалу учнів.

Пріоритетні напрямки діяльності **соціального педагога**:

- 1) формування соціально необхідних знань і навичок для правильного професійного вибору вихованців;
- 2) налагодження та підтримка співробітництва з районним центром профорієнтації й зайнятості населення, підприємствами з організації профорієнтаційних заходів, а також зв'язку з окремими навчальними закладами;
- 3) оформлення документації для вступу випускників у навчальні заклади.

Головні аспекти роботи **психолога**:

- 1) знайомство учнів з основами психологічних знань з професійної орієнтації;
- 2) сприяння соціальному становленню старшокласників;
- 3) розвиток мотивації самопізнання, спонукання учнів до усвідомлення власних індивідуальних особливостей і їхнє співвіднесення з вимогами, які ставить професія;
- 4) корекція деяких особистісних особливостей, що перешкоджають правильному вибору професії й успішній професійно-трудоваї соціалізації.

Діяльність фахівців повинна бути комплексно спрямованою на досягнення спільної мети.

### ***Контрольні запитання***

1. Які особливості психолог повинен враховувати при складанні та розробці психолого-діагностичного матеріалу для профорієнтаційної роботи зі слабкозорими підлітками та юнаками?
2. Назвіть основні методики діагностики професійної орієнтації школярів.
3. Назвіть пріоритетні напрямки діяльності психологічної служби для підвищення ефективності профорієнтаційної роботи зі слабкозорими підлітками та юнаками.
4. Як правильно організувати професійну консультацію для дитини з порушенням зору?

### **Список використаної літератури**

1. Бондар В. І. Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці : навч. посіб. / В. І. Бондар. – К. : Наш час, 2005. – 176 с.

2. Борисова Е. М. Психологическая диагностика в школьной профориентации / Е. М. Борисова, К. М. Гуревич // Вопросы психологии. – 1986. – № 1. – С. 77 – 82.

3. Гребенюк Т. М. Соціально-психологічна адаптація інвалідів з вадами зору до навчання у вищих навчальних закладах : дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.08 / Т. М. Гребенюк. – К., 2008. – 215 с.

4. Климов Е. А. Психологическое профессиональное самоопределение. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

5. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова. – К. : Знання, 2008. – 365 с.

## **Розділ 5. ДОСВІД РОБОТИ РУБІЖАНСЬКОГО НАВЧАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ «КРИШТАЛИК»**

### **5.1. Структура і зміст навчально-виховного та реабілітаційного процесу в РНРЦ «Кришталік»**

Система роботи з дітьми-інвалідами, які потребують корекції зору, повинна забезпечити комплексність й безперервність психолого-педагогічної, соціальної, фізичної та медичної допомоги для створення оптимальних умов їхнього розвитку.

Сьогодні втілення в практику нових медико-соціальних і психолого-педагогічних підходів до вирішення проблеми професійної соціалізації осіб із порушеннями зору є завданням державного значення і центром докладання консолідованих зусиль системи освіти, охорони здоров'я і соціальних служб.

Прикладом сучасного навчального закладу для дітей зі значним та стійким зниженням зору, в якому реалізують всі зазначені напрями реабілітаційної роботи є Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік» (директор Н. А. Колодна), де навчається 160 учнів з Луганської області та найближчих областей. Центр є експериментальним закладом регіонального рівня, базовим науково-дослідницьким майданчиком кафедри дефектології та психологічної корекції Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, кафедри офтальмології Луганського державного медичного університету та кафедри педагогіки і психології Луганського обласного інституту післядипломної професійної освіти. Мета наукового експерименту центру: розробити та запровадити в практичну медицину та психолого-педагогічну практику комплекс необхідних

діагностико-корекційних, лікувальних та профілактичних заходів, спрямованих на відновлення втрачених функцій органу зору, зниження показників інвалідизації дитячого населення області та психолого-педагогічну реабілітацію дітей зі значним та стійким зниженням зору.

Перший етап експерименту – організаційно-діагностичний – етап збору інформації, медичної та психологічної діагностики, початкового тестування, прогнозування, адаптації та початкової психокорекції.

За результатами тестування та індивідуальних співбесід із дітьми та батьки визначали індивідуальні потреби в психолого-педагогічній і соціальній реабілітації. Соціальний педагог і практичний психолог розробили індивідуальну програму реабілітації (ІПР).

До обстеження дитини долучалися фахівці з медичної реабілітації, які надавали свої рекомендації та призначення. Виконувалося клінічне відкрите дослідження за оцінкою ефективності комплексної реабілітації дітей із порушеннями зору різних видів і ступеня тяжкості.

Другий етап експерименту – корекційний. Корекційно-виховний процес у Рубіжанському центрі ґрунтується на принципі індивідуального та диференційованого підходу до кожної дитини залежно від медичного діагнозу та психологічних особливостей.

Експеримент ще триває. Його завершальним етапом є професійно-трудова соціалізація випускників із порушеннями зору як результат успішної комплексної співпраці фахівців системи освіти, охорони здоров'я та соціального захисту.

Комунальний заклад «Рубіжанський навчально-реабілітаційний центр «Кришталік» є державним навчально-виховним і корекційно-розвивальним освітнім закладом, що задовольняє потреби дітей з вадами психофізичного розвитку в освіті, вихованні, соціальній

допомозі та реабілітації, який забезпечує умови для відновлення здоров'я, соціальної-професійної адаптації.

Стратегією розвитку освіти в центрі є «створення життєздатної системи» безперервної освіти на основі «вільного освітнього простору» для забезпечення можливостей постійного духовного самовдосконалення особистості та формування її інтелектуального потенціалу як найвищої цінності нації.

***Основними напрямками діяльності колективу є:***

☛ використання сучасних інформаційних технологій, професійної підготовки в умовах закладу нового типу;

☛ забезпечення можливостей досягнення кожним учнем оптимального для нього рівня розвитку;

☛ забезпечення оптимальних умов педагогічно доцільного середовища для дітей із вадами зору з урахуванням рівня розвитку, здібностей та здоров'я дітей;

☛ забезпечення повноцінної інтеграції учнів у соціальне середовище;

☛ забезпечення спрямованості всіх предметів навчального плану на корекцію, реабілітацію та адаптацію дітей з вадами зору в системі соціальних відносин.

**Система освіти** в РНРЦ «Кришталік» представлена початковою школою (підготовчий – 4 класи) – 1 рівень; основною (5 – 10 класи) – 2 рівень та старшою школою (11 – 12 класи) – 3 рівень.

Основним змістом освіти в навчально-реабілітаційному центрі «Кришталік» є:

☛ забезпечення реалізації права громадян на повну загальну середню освіту;

☛ забезпечення високого рівня знань учнів та високого рівня професійної майстерності випускників центру;

☛ виховання соціально-активної особистості, яка поєднує в собі високу мораль, духовність і культуру,

почуття патріотизму, соціальну справедливість, шанобливе ставлення до національних, культурних та історичних цінностей України;

☼ виховання свідомого ставлення до свого здоров'я та здоров'я інших громадян як найвищої соціальної цінності, формування засад здорового способу життя, збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я вихованців;

☼ розвиток особистості учня, його здібностей і обдарувань, наукового світогляду;

☼ реалізація права вихованців на вільне формування політичних і світоглядних переконань;

☼ створення соціальних умов для корекційної спрямованості навчання та виховання, подолання вторинних дефектів у фізичному та психічному розвитку;

☼ виявлення найбільш здібних та обдарованих учнів, надання їм оптимальних можливостей для отримання освіти, реалізації їхніх творчих здібностей, здійснення фундаментальної підготовки для навчання у вищих навчальних закладах;

☼ здійснення індивідуального, диференційованого підходу в навчанні та вихованні з урахуванням характеру порушення зору;

☼ взаємодія з соціальним середовищем як засобом інтеграції дітей з порушенням зору в сучасну систему соціальних відносин;

☼ профорієнтаційна робота серед учнів старших класів;

☼ системна, цілеспрямована робота з батьками;

☼ створення умов для організації самоосвіти, підвищення кваліфікації.

Крім загальноосвітніх предметів учні вивчають основи етики, світову літературу, англійську мову (починаючи з 1 класу).

Особливе місце посідають спеціальні курси: «Психологія особистості та статі», «Сходинки до інформатики» та інші.

Провідна діяльність дітей у центрі – навчальна. Головним складником навчання є корекційно-компенсаторна робота: охорона зору, створення полегшеного режиму, дозування зорового навантаження.

У РНРЦ «Кришталік» активно застосовуються інтерактивні та інші нестандартні форми проведення уроків, виховних заходів (робота в малих групах, індивідуальна робота, групова дискусія, мозковий штурм та ін.). Поставлена гурткова робота (12 гуртків, серед них духовий, хоровий, ВІА, різноманітні спортивні секції). Провідну роль у навчально-виховному процесі відіграє корекційна робота та медична реабілітація.

Фахівці проводять ефективну індивідуальну та групову корекційну психолого-педагогічну роботу, яку здійснюють за такими напрямками:

- психокорекційні тренінги з формування суспільної діяльності та міжособистісних стосунків;
- особистісно орієнтована психотерапія;
- соціально-психологічний тренінг;
- програми групових занять з формування навичок життєвої компетенції та соціально-адаптивних вмінь;
- психоритміка, психогімнастика, музикотерапія;
- корекційна робота з формування вищих форм зорового сприйняття;
- корекція просторового орієнтування;
- логопедична робота, корекція мовленнєвих порушень.

Тривалість корекційних занять у початкових класах становить 30 хв. Вони коротші за звичайний урок, тому відбуваються наприкінці дня. Не завжди уроки корекції відбуваються в стінах класу, іноді їх переносять у залу,

сад, на вулицю. Обсяг роботи визначає сам педагог залежно від контингенту учнів, ступеня їхнього розвитку і можливостей. Уроки корекції нерозривно пов'язані з програмним матеріалом, доповнюють, розширюють і поглиблюють його, сприяють кращому засвоєнню.

Заняття з ЛФК у центрі «Кришталік» мають специфічні завдання:

☛ удосконалення навичок просторового орієнтування, удосконалення м'язових відчуттів, навичок орієнтування на слух, корекція скутості та недостатності рухів, подолання невпевненості підчас пересування у просторі;

☛ розвиток координації, рухливості суглобів, здібності до диференціації м'язових зусиль, розвиток регуляції рухів.

Правильно організована робота з корекції розвитку, допомагає вирішити загальне завдання школи – зберегти зір і, розвинувши його функції, дати дітям знання в обсязі загальноосвітньої школи.

Як вже було наголошено, медична реабілітація є однією з найважливіших напрямків діяльності системи охорони громадського здоров'я та запорукою успішної соціалізації та інтеграції слабкозорої дитини в загальноосвітній простір. Тому в РНРЦ «Кришталік» значна увага приділяється лікувальним вправам:

☛ заняття лікувальною фізкультурою;

☛ зорова гімнастика;

☛ рухливі перерви;

☛ діяльність шкільного об'єднання «Кришталь»

тощо.

При вступі дитини до Центру, у період адаптації, заняття ЛФК проводять з лікувальною метою, а також з метою попередження розвитку вторинних відхилень в опорно-руховому апараті, серцево-судинній і дихальній



системах. Практичною частиною уроку є комплекс корегувальної гімнастики, в якому використовують вправи з гімнастичними палицями для корекції постави, для витягнення хребта діти займаються на профілакторі «Євмінова», для профілактики й лікування клишоногості виконують вправи на масажному килимку «Гофр». У кінці заняття діти люблять грати в ігри в сухому басейні : ігри «Плавці», «Морські хвилі», з великими й малими сенсорними м'ячами грають в «Перекоти поле». Діти, у яких виявлено порушення постави, продовжують заняття і в масажному кабінеті. Їм призначають лікувально-оздоровчий масаж, а також масаж за допомогою апарату «Сераджем». Роботу проводять у тісному контакті з педагогами, батьками.

У закладі працює офтальмологічний кабінет. Медико-соціальна служба надає послуги лікаря офтальмолога, масажиста, психолога, логопеда. Діти центру перебувають під постійним піклуванням медичних працівників.

Двічі на рік відбувається поглиблений медичний огляд дітей. Покращення фізичного стану дитини, своєчасно призначене плеоптоортопичне, медичне або хірургічне лікування може призвести до покращення стану органів зору, підвищення гостроти зору, що в результаті надасть випускникам центру більші можливості під час подальшого працевлаштування та адаптації в житті.

У навчально-реабілітаційному центрі створено необхідні умови для навчання та розвитку дітей зі зниженим зором. До їхніх послуг 17 навчальних кабінетів, серед них: комп'ютерний, тифлоклас, обслуговувальної праці, лінгафонний кабінет, корекційної гімнастики, логопедичний, кабінет соціально-побутового орієнтування.

Для ефективності навчально-виховного процесу класні кімнати та ігрові кімнати оснащені магнітофонами,

програвачами, лупами та засобами оптичної корекції, телевізорами. Штучне освітлення в класах відповідає санітарно-гігієнічним нормам. Учні мають індивідуальні настільні лампи.

Для всебічного розвитку кожної дитини в центрі створюють розвивальне середовище, яке сприяє соціальній та особистій життєдіяльності дитини.

Завдання створення розвивального середовища в початковій школі:

- ☒ відновлення втрачених функцій і збереження природних механізмів розвитку дитини;

- ☒ організація поступового переходу від дошкільних до шкільних форм організації діяльності; спадкоємність усіх шаблів освіти;

- ☒ формування передумов для успішного освоєння дітьми загальнонавчальних умінь і навичок.

Простір класу розподіляється на простір для заняття, для гри та для відпочинку.

Для фізичного розвитку дітей діють два спортивні зали (один із них лікувальної фізкультури), дитяче спортивне містечко.

Навчальний і побутовий комплекс навчально-реабілітаційного центру «Кришталік» – майстерні, спортивний майданчик, подвір'я з клумбами, молодими саджанцями – своєрідне містечко в місті, де створено найсприятливіші умови для навчання та розвитку слабкозорих дітей.

### ***Контрольні запитання***

1. *Охарактеризуйте систему освіти в навчально-реабілітаційному центрі.*

2. *Проаналізуйте основний зміст освіти в навчально-реабілітаційному центрі.*

3. *Визначте завдання створення розвивального середовища в початковій школі.*

4. *Назвіть основні форми медичної реабілітації.*

### **Список використаної літератури**

1. Бистрова Ю. О. Комплексна медико-психолого-педагогічна реабілітація дітей з вадами зору в умовах навчально-реабілітаційного процесу / Ю. О. Бистрова // Науковий часопис. Серія 21 : Тифлопедагогіка. – Випуск 5. – К., 2008. – С. 12 – 18.

2. Колодна Н. А. Соціально-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах навчально-реабілітаційного центру / Н. А. Колодна // Освіта Луганщини. – Луганськ, 2010. – № 2. – С. 9 – 10

3. Либман Е. С. Причины слепоты и слабовидения, потребность в медицинской реабилитации детей школьного возраста / Е. С. Либман, Е. В. Шахова, Е. К. Мирошникова // Офтальмологический журнал. – 1994. – №1. – С. 5-7.

4. Лупырь С. А. Организация реабилитации детей с патологией органа зрения на базе учебно-реабилитационного центра «Хрусталик» в городе Рубежное Луганской области / С. А. Лупырь, И. В. Хворостяная, Н. А. Колодная // Матеріали міжнародної наук. конф., присвяченої 100-річчю з дня народження академіка Н. О. Пучковської «Сучасні аспекти клініки, діагностики та лікування очних хвороб». – Одеса, 2008. – С. 15 – 16.

5. Основы коррекционной педагогики / под ред. В. А. Липы. – Донецк : Либідь, 2002. – 319 с.

6. Синьов В. М. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні / В. М. Синьов, А. Г. Шевцов // Дефектологія. – 2004. – № 2. – С. 6 – 10.

## 5.2. Діяльність медико-соціально-психолого-педагогічної служби супроводу РНРЦ «Кришталік»

З метою створення умов для подальшої соціальної реабілітації та інтеграції зорово-депривованої особистості у Рубіжанському навчально-реабілітаційному центрі «Кришталік» функціонує медико-соціально-психолого-педагогічна служба (МСПС): професійне об'єднання адміністрації, психолога, соціального педагога, логопеда, вихователів і викладачів. Ця структура організовує процес медико-соціально-психолого-педагогічного супроводу вихованців навчально-реабілітаційному центру «Кришталік» протягом усього періоду навчання (схема 5.1.).

Схема 5.1.



Систему медико-соціально-психолого-педагогічного супроводу дітей із порушеннями зору зорієнтовано на дитину та її родину. Вона поєднує соціальну,

загальноосвітню, педагогічну, медичну та технічну допомогу дітям та їхнім сім'ям. Це система соціально-педагогічних, медико-реабілітаційних та корекційно-відновлювальних заходів, які застосовуються для слабкозорих дітей з метою зменшення або відновлення втрачених функцій органу зору, зниження показників інвалідизації, набуття знань, умінь та навичок, формування здатності до самореалізації та життєтворчості, які б давали змогу дитині з обмеженими фізичними можливостями інтегруватися в колективи загальноосвітніх шкіл та вищих навчальних закладів. При роботі з учнем у період адаптації необхідно враховувати усіх учасників навчально-виховного процесу: діти, батьки, педагоги, розглядати процес адаптації усебічно й, аналізуючи, застосовувати методи педагогічного впливу індивідуально до кожної дитини.

Основними принципами супроводу дитини в умовах Рубіжанського навчально-реабілітаційного центру «Кришталік» є:

1. Принцип системності – системне бачення педагогічних явищ і процесів, що відбуваються в Центрі.

2. Принцип гуманістичної орієнтації освіти – ставлення до дитини як до основної цінності в системі людських відносин, основною рисою яких є гуманність.

3. Принцип індивідуальної освіти учнів – визначення індивідуальної траєкторії соціального розвитку кожного учня, виділення спеціальних завдань, що відповідають його особливостям, залучення дітей до різних видів діяльності, розкриття потенціалів особистості, надання учневі можливості для самореалізації й саморозвитку.

4. Принцип соціальної адекватності – відповідність змісту й засобів навчання й виховання соціальній ситуації, в якій організовується освітній процес.

5. Принцип створення виховного середовища – створення в освітньому закладі таких стосунків, які формували б соціальність дитини.

6. Зміст розвивальної роботи насамперед відповідає тим компонентам психолого-педагогічного статусу школярів, формування і повноцінний розвиток яких на цьому віковому етапі є найактуальнішим.

7. Зміст корекційної роботи передусім відповідає тим компонентам психолого-педагогічного статусу школяра, рівень розвитку і зміст яких не відповідає психолого-педагогічним і віковим вимогам.

8. Розвивальну й психокорекційну роботу організовують насамперед на основі підсумків діагностичної діяльності.

Процес медико-соціально-психолого-педагогічного супроводу розпочинається з першого етапу – діагностичного та змінюється основним. Мета проведення першого етапу – це діагностика психічного, фізичного й соціального розвитку дитини з метою створення розвивального, психологічно й соціально комфортного середовища, яке сприяє соціалізації дитини. Засідання МСППС проводять в міру необхідності й готовності діагностичних, аналітичних матеріалів, необхідних для вирішення конкретної проблеми. Організація засідань складається з двох етапів:

*підготовчий* – збір, узагальнення діагностичних, аналітичних даних, формування попередніх висновків, рекомендацій;

*основний* – обговорення аналітичних даних і попередніх висновків, розробка рекомендацій. Засідання МСППС може бути проведено за запитом керівника в екстреному порядку. Фахівці медико-соціально-психолого-педагогічної служби на першому етапі супроводу учня ставлять перед собою завдання:

1. Діагностика рівня психологічної готовності дитини до шкільного навчання й індивідуальних особливостей її діяльності.

2. Дослідження й аналіз соціального оточення дитини, що вступила до школи. Виявлення причин, які можуть призвести до шкільної дезадаптації.

3. Виявлення симптомів, визначення характеру відхилень в розвитку мовлення, структурі порушення.

4. Поглиблене дослідження офтальмологом зорових функцій дитини, що вступає до школи.

5. Розробка індивідуальної, медико-корекційної допомоги для кожного школяра.

У роботі з дитиною фахівці Служби дотримуються основних принципів, а саме:

☛ своєчасність – залучення до роботи служби на початковому етапі;

☛ індивідуалізація – індивідуальний похід з урахуванням індивідуальних особливостей;

☛ комплексність – повне й усебічне вивчення особистості дитини;

☛ ефективність – відновлення дитини й активне її залучення до навчальної діяльності;

☛ спадкоємність – єдність програм, безперервність, зворотний зв'язок;

☛ багатфункціональність – використання комплексу різноманітних методів обстеження дитини;

☛ інтеграція – отримана інформація має акумулюватися в замкнуту систему, яка забезпечує таємницю й анонімність респондентів.

Методи роботи на першому етапі застосовуються різноманітні, зокрема такі, як:

☛ Вивчення представленої документації (медичних відомостей, висновків лікарів психоневрологічних закладів, психолого-педагогічних характеристик тощо);

- ☒ Спостереження;
- ☒ Тестування;
- ☒ Бесіда;
- ☒ Анкетування;
- ☒ Експеримент;
- ☒ Консультування;
- ☒ Аналіз продуктів навчальної діяльності.

Перший етап триває упродовж 2 місяців (вересень і жовтень), і має певний порядок. Починається він з прийому й ознайомлення з пакетом документів на дитину, яка вступає до школи. Потім відбувається індивідуальна бесіда з батьками, укладення договору. На засіданні медико-соціально-психолого-педагогічної служби відбувається первинне обстеження дитини, знайомство з сім'єю.

Результати реалізації цього етапу:

- ☒ систематизація первинних відомостей про соматичний і нервово-психічний статус дитини;
- ☒ визначення міри адаптованості в дитячому колективі;
- ☒ особливості емоційно-вольових виявів;
- ☒ визначення рівня працездатності, стомлюваності;
- ☒ специфіка взаємовідносин з дорослими й однолітками.

Потім відбувається основний етап роботи фахівців МСПС з дитиною та її сім'єю, який дозволяє провести аналіз отриманих даних щодо індивідуального розвитку учня. Проводять уточнення схеми медичного супроводу (перспективне планування гігієнічного нормування навантажень, медикаментозне й фітотерапевтичне лікування).

Результати діагностичного обстеження виносять на консилиум, куди запрошуються: завідувач, батьки, психолог, лікар, педагоги. Заслуховують педагогів,



психолога, медичних працівників. Озвучують інформацію, отриману з бесід із батьками. Подають результати діагностики нервово-психічного розвитку дітей.

Консиліум дозволяє вирішувати питання з батьками щодо консультивання інших фахівців, виробляти загальну педагогічну стратегію навчання і виховання кожної дитини з урахуванням даних діагностики й систематичних спостережень.

Після обробки отриманих результатів під час МСПП консиліуму, фахівці МСППС оформлюють індивідуальні програми розвитку та рекомендації для подальшої роботи з дитиною в лікувальний журнал, який передають педагогам. Лікувальний журнал – це індивідуальне портфоліо учня центру, яке в своїй роботі використовує кожен фахівець задля комплексного медико-соціально-психолого-педагогічного супроводу дітей із порушеннями зорової функції. Упродовж усього навчально-виховного, лікувально-профілактичного процесу (з моменту вступу й на кожному етапі дорослішання дитини) фіксується динаміка розвитку, зміни гостроти зору, рекомендації для корекції загальних недоліків розвитку.

Підсумком діяльності основного етапу є аналіз отриманої інформації з метою визначення оптимального освітнього маршруту для дитини а також створення рекомендацій для організації комплексної та узгодженої допомоги дитині. Узагальнювальні дані підготовчого та основного етапів супроводу можна відобразити в таблиці (додаток 4.).

Упродовж навчання дитини в РНРЦ «Кришталік» здійснюють моніторинг результативності медико-соціально-психолого-педагогічної діяльності, проводять динамічну діагностику. Завданнями цієї діагностики є:

- ☒ уточнення діагнозу;
- ☒ уточнення індивідуального освітнього маршруту;

❖ уточнення корекційно-розвивальної програми.

Медико-соціально-психолого-педагогічний супровід є не простим поєднанням різноманітних методів діагностико-корекційної роботи з дітьми, а постає як комплексна технологія, особлива культура підтримки й допомоги дитині у вирішенні завдань особистісного розвитку, виховання, соціалізації. Передбачається, що вчитель, вихователь, психолог, лікар, які здійснюють медико-соціально-психолого-педагогічний супровід, не лише володіють методиками діагностики, консультування, корекції, але й здатністю до системного аналізу проблемних ситуацій, програмування і планування діяльності, спрямованої на їх вирішення, співорганізацію учасників освітньо-виховного процесу.

Варто наголосити, що процес медико-соціально-психолого-педагогічного супроводу різних груп дітей здійснюється по-різному, з урахуванням сенситивності кожного вікового періоду. Так, у молодшому шкільному віці особливу увагу приділяють процесу адаптації до умов освітнього закладу, створенні навчальної мотивації, визначенні її здібностей та можливостей з метою формування в дітей підліткового віку когнітивних передумов професійно-трудової соціалізації шляхом створення профільних класів, гурткової роботи, тематики проведення позакласних заходів. Як зазначав Р. Штайнер, насамперед людину слід готувати до того, аби вона приєдналася до людей. З цією метою процес супроводу дитини в РНРЦ «Кришталік» розділено на етапи:

- ❖ адаптація дитини в школі;
- ❖ наступність у 5 класі;
- ❖ профільна орієнтація;
- ❖ удосконалення професійного самовизначення.

Цілі й завдання першого етапу: створення педагогічних, соціально-психологічних умов для

успішного навчання та корекції наявних проблем психологічного й фізіологічного характеру.

Цілі та завдання другого етапу: створення й упровадження системи заходів для оптимізації процесу адаптації дитини при зміні умов навчання, для стабільного оздоровчого ефекту, для професійного самовизначення.

Цілі й завдання третього етапу: продовження використання системи оздоровчих заходів; відновлення зорових функцій; професійна орієнтація та вдосконалення професійного самовизначення з урахуванням стану здоров'я дитини.

Ефективність супроводу визначають не лише за даними психологічної, педагогічної, медичної діагностики, але й за загальними показниками:

☒ задоволеність учня й батьків перебуванням у закладі;

☒ упевненість дитини (тенденція до формування позитивної, адекватної Я-концепції);

☒ здатність дитини до співпраці з іншими дітьми й дорослими;

☒ успішність оволодіння адекватними віковому етапу й особливостям дитини видам діяльності.

Отже, тактичною метою діяльності служби МСПП є створення варіативних умов для здобуття якісної освіти, враховуючи особливості психофізичного розвитку дітей та побудова вертикальної лінії спадкоємності в супроводі дітей зі зниженим зором між фахівцями центру.

Успішна навчальна діяльність – важливий складник соціалізації слабкозорих дітей. Навчально-виховний процес у Рубіжанському центрі побудовано на принципі індивідуального та диференційованого підходу до кожної дитини залежно від медичного діагнозу.

Навчання має встановлений порядок, свій робочий режим, для кожного учня визначено методики, підібрано

хід реабілітаційного процесу, індивідуальні форми та методи навчання.

Корекційно-педагогічну роботу здійснюють за напрямками:

- спеціальні корекційні заняття з розвитку зорового сприймання, лікувальна фізкультура, ритміка, корекція мовленнєвих порушень;

- організація корекційного впливу на уроках з математики, малювання, розвитку мовлення, фізичної культури, трудового навчання, СПО.

З метою забезпечення належної ефективності медико-лікувальної роботи проводять заняття з лікарем-офтальмологом за схемами відповідно до зорових дефектів, що найчастіше зустрічаються у дітей. Також офтальмологічна служба пропонує корекцію зору, плеоптоортоптичне лікування косоокості та амбліопії за допомогою апаратного лікування світло-кольоро-стимуляції «КЭМ-ЦТ», панорамної фотостимуляції сітківки фігурними сліпучими полями з використанням послідовних образів, лазерної стимуляції за допомогою приладу «ЛАСТ-1», комп'ютерних методів лікування за допомогою програм «Павук» і «Хрестики». Позитивні результати медичної реабілітації забезпечують умови для успішної корекції й розвитку особистості дитини з порушеннями зору, значно полегшують процес соціальної адаптації учнів Рубіжанського центру.

Крім спільної з лікарем лікувальної роботи педагоги проводять також корекційно-компенсаторну роботу з виправлення вторинних дефектів, що сформувалися як наслідок основного захворювання очей.

Порушення зорової системи, що має важливе значення для розвитку дитини та її життєдіяльності, завдає великої шкоди формуванню психічних процесів, рухової сфери, фізичному розвитку дитини. У дітей із зоровими

порушеннями розрізняють внутрішньосистемні вторинні відхилення – порушення функцій в самій зоровій системі внаслідок первинного дефекту.

Можна виділити такі внутрішньосистемні відхилення, як: порушення функцій розрізнення кольорів; порушення фіксації погляду; порушення окоміру; порушення здатності встановлювати просторові зв'язки між предметами; порушення просліджувальної функції; порушення цілісності сприйняття; порушення макро- та мікроорієнтування у просторі.

У діяльності Центру приділяють увагу міжсистемним вторинним відхиленням. Для корекції порушень в руховій сфері проводять заняття з ЛФК та ритміки. Під час занять учитель обирає методи і прийоми роботи, враховуючи не тільки дефекти опорно-рухового апарату, а й зоровий діагноз (первинний дефект). Діти із залишковим зором (ністагм, аномалії рефракції, амбліопія, альбінізм) при читанні та письмі приймають положення з низько опущеною головою, що негативно впливає на розвиток серцево-судинної системи, дихальної системи, опорно-рухового апарату, які призводять до кривоший, сколіозу, лордозу, остеохондрозу – це вторинні дефекти. Показання до призначення індивідуальних занять з лікувальної фізкультури надають шкільний лікар-офтальмолог, педіатр, які й контролюють фізичні навантаження дітей на уроці 1– 2 рази на місяць.

Корекційні заняття дефектолога щодо подолання порушень психічної діяльності, вад мовлення також здійснюються з урахуванням особливостей розвитку дітей, що мають зорові вади. Заняття психолога проходять у сенсорній кімнаті. Сенсорна кімната – це організоване особливим чином навколишнє середовище, що складається з великої кількості різноманітних стимуляторів, які впливають на органи зору, слуху, нюху, тактильні та

вестибулярні рецептори. У Рубіжанському центрі в сенсорній кімнаті зроблено акцент на розвиток і стимуляцію органів зору, для цього існує обладнання:

*М'яке середовище* забезпечує залишок, комфорт і безпеку. Головною метою є створення умов для релаксації й спокійного стану. Тому всі вироби м'якого середовища виконані у спокійних тонах: сухий басейн, пуфик-крісло з гранулами «Острівець розваг».

*Зорове середовище* – спокійна музика та розливчаті світлові ефекти, що повільно змінюються, діють на людину заспокійливо та розслаблюють. Яскраві ефекти використовують для зорової та слухової стимуляції. Тому кімнату оснащено «Світловим коректором» та «Світловою гірляндою».

*Тактильне середовище* дозволяє опанувати нові відчуття та розвинути тактильну чутливість, покращити зорово-моторну координацію. Для розвитку тактильних функцій в сенсорній кімнаті встановлено такі пристрої:

1) Сухий душ – шатро із різнокольорових атласних стрічок, закріплених на горизонтальній підвісній платформі.

2) Ігрове тактильне панно – панно з килиму й деталей, що змінюються, деталі різні за формою та кольором.

3) Сенсорна доріжка для ніг – доріжка з килиму, на якій за допомогою липучок закріплено різні за формою мішечки.

*Середовище запахів.* В основі лікування запахами (аромотерапії) лежить вплив на організм людини натуральних ефірних масел, які позитивно впливають на нервову систему. У сенсорній кімнаті встановлено пристрій для аромотерапії.

У межах експерименту комплексне медико-психолого-педагогічне забезпечення навчально-виховного

процесу в НРЦ «Кришталік» спрямовано на ефективне розв'язання таких завдань освіти дітей з порушеннями зору:

- формування позитивного ставлення до себе, інших, навколишнього світу (самоповаги й упевненості в собі; позитивного ставлення до свого розвитку, здоров'я; ініціативності, вміння ставити мету, вміння визначати пріоритети в роботі й особистому житті; планувати час; позитивного ставлення до змін; визнання феномену людської неповторності, творчість);

- розвиток компетенцій, необхідних для ефективної комунікації;

- розвиток конструктивного мислення (розв'язання проблем і прийняття рішень, ефективного використання найрізноманітніших технологій);

- формування вмінь і навичок співпраці та спільної діяльності в групі (розуміти мету й культуру групи й успішно в ній працювати; планувати й приймати рішення спільно з іншими членами групи, поважати думку інших тощо).

Критерієм визначення ефективної соціалізації дітей з порушеннями зору слугуватиме достатня компетентність щодо свідомої побудови життя, зокрема:

- спроможність застосовувати компенсаторні можливості організму, активізувати наявні фізіологічні резерви для вирішення проблем власного саморозвитку, життєвої компетенції;

- набуття навичок саморегулювання почуттів і депресивних станів;

- розвиненість комунікативної та емоційно-вольової сфери в життєвому просторі особистості;

- здатність до оптимістичного сприйняття життя та орієнтація на успіх;

- розвиненість механізмів регуляції рольової поведінки;
- здатність до професійного самовизначення відповідно до своїх особистісних можливостей;
- усвідомлення системи пріоритетів життєвих цінностей;
- міра відповідального ставлення особистості до життя;
- уміння будувати життя за своїм власним життєвим проектом;
- компетентність у побудові свого життєвого шляху, відповідальність за власну долю і вчинки;
- культура життя людини (міра гуманізації, цивілізованості; відповідність стилю життя загальнолюдським цінностям).

### ***Контрольні запитання***

1. *Охарактеризуйте систему медико-соціально-психолого-педагогічної служби.*
2. *Проаналізуйте основні принципи роботи фахівців Служби.*
3. *Обґрунтуйте необхідність наявності «Лікувального журналу» для кожного учня в арсеналі фахівців МСППС.*
4. *Назвіть критерії визначення ефективної соціалізації дітей із порушеннями зору.*

### **Список використаної літератури**

1. Бистрова Ю. О. Комплексна медико-психолого-педагогічна реабілітація дітей з вадами зору в умовах навчально-реабілітаційного процесу / Ю. О. Бистрова // Науковий часопис. – Серія 21 : Тифлопедагогіка. – Вип. 5. – К., 2008. – С. 12 – 18.
2. Либман Е. С. Причины слепоты и слабовидения, потребность в медицинской реабилитации детей школьного возраста / Е. С. Либман, Е. В. Шахова,



Е. К. Мирошникова // Офтальмологический журнал. – 1994. – № 1. – С. 5 – 7.

3. Петруня А. М. Ранняя профилактика тяжелых форм дисбинокулярной амблиопии при врожденном и рано развившемся монолатеральном косоглазии / А. М. Петруня, С. А. Гончарова, Г. В. Пантелеев, Е. И. Тырлова // Офтальмологический журнал. – 2011. – № 1. – С. 45 – 49.

4. Плаксина Л. И. Теоретические основы коррекционной работы в детских садах для детей с нарушениями зрения / Л. И. Плаксина. – Москва, 1998.

5. Про заходи щодо поліпшення умов виховання, навчання та утримання дітей і підлітків, які мають вади у фізичному або розумовому розвитку : наказ // Інформаційний збірник МНО України. – 1992. – № 17 – 18. – С. 3 – 13.

### **5. 3. Реалізації проекту «Система психолого-педагогічного забезпечення професійно-трудової соціалізації учнів із порушеннями зору» в НРЦ «Кришталік»**

Педагогічний колектив НРЦ «Кришталік» має на меті психолого-педагогічне забезпечення професійно-трудової соціалізації учнів, надання допомоги в їхньому професійному самовизначенні. Під час реалізації проекту вирішують такі завдання:

- надання психологічної допомоги учням і їхнім батькам у побудові індивідуальної освітньої траєкторії дитини;

- формування в школярів навичок самопізнання, соціального й професійного досвіду.

Створена в школі система роботи з учнями й батьками передбачає початок професійного

самовизначення вже в першому класі, що дозволяє здійснювати комплексний підхід до створення розвивального середовища для учнів. Профорієнтаційна робота ґрунтується на постійній взаємодії психолога, класного керівника, соціального педагога з учнями та їхніми батьками.

Профорієнтаційна робота в школі містить **чотири етапи:**

**1 етап** – початкова школа. На цьому етапі учні знайомляться зі світом професій через такі форми роботи, як екскурсії, бесіди, ранки, усні журнали, зустрічі з цікавими людьми, участь у проектах «Календар професій» і «Подарунок професії». Кожен ступінь початкової школи працює в певному напрямі:

*Перші класи* – знайомляться з сільськогосподарськими професіями, отримують перші практичні навички у вирощуванні рослин, мають невелику земельну ділянку, де проводять практичне заняття;

*Другі класи* – віддають перевагу професіям у сфері транспорту;

*Треті класи* – знайомляться з професіями в галузі поштового зв'язку;

*Четверті класи* – вивчають особливості професії в сфері обслуговування.

Форми роботи з учнями початкових класів використовують найрізноманітніші: ранки, екскурсії, оформлення альбомів «Люди різних професій», конкурси малюнків, гри. З учнями 3 – 4 класів проводять перші психологічні ігри.

Уже в початковій школі учням надано можливість вибору власної освітньої траєкторії. Учні обирають заняття за інтересами, заняття в гуртках, можуть розвивати свої творчі здібності через навчання в класах естетично-гуманітарної спрямованості.

**На 2 етапі** – 5 – 8 класи (класи інтенсивної підготовки і ранньої спеціалізації) профорієнтаційну роботу продовжують через ділові ігри, профорієнтаційні ігри, ігри-занурення, ігри-подорожі. Ці форми роботи дозволяють учням детальніше вивчити світ професій, уявити себе в цьому світі. Учні 5 – 8 класів вивчають розмаїття робочих професій, роблять перші кроки в проектній діяльності. Під час цієї роботи збирають матеріал про професії батьків учнів.

**На 3 етапі** – 9 – 10 класи (класи допрофільного навчання) робота передбачає цілеспрямовану профорієнтаційну роботу серед учнів, що має на меті сприяння усвідомленому вибору профілю навчання, а надалі – й професії. Учні вивчають професії, найбільш затребувані на ринку праці, знайомляться з професіями, що вимагають підвищеної моральної відповідальності: співробітник внутрішніх справ, охорони здоров'я, освіти, економіст, юрист. На цьому етапі активізують діагностичну роботу, що проводить психолог, проводять уроки вибору професії. У цей період учні починають займатися дослідницькою діяльністю, роблять перші кроки в складанні професіограм, беруть участь у створенні банку даних «Азбука професій» у шкільному інформаційному центрі.

**4 етап** – 11 – 12 класи (класи профільного навчання) в системі профорієнтаційної роботи є найвідповідальнішим і спрямований на сприяння старшокласникам в їхньому професійному самовизначенні. У цей період розгортається консультативна діяльність серед учнів і їхніх батьків.

Структура профільного навчання охоплює 5 – 12 класи (див. рисунок 5. 1).

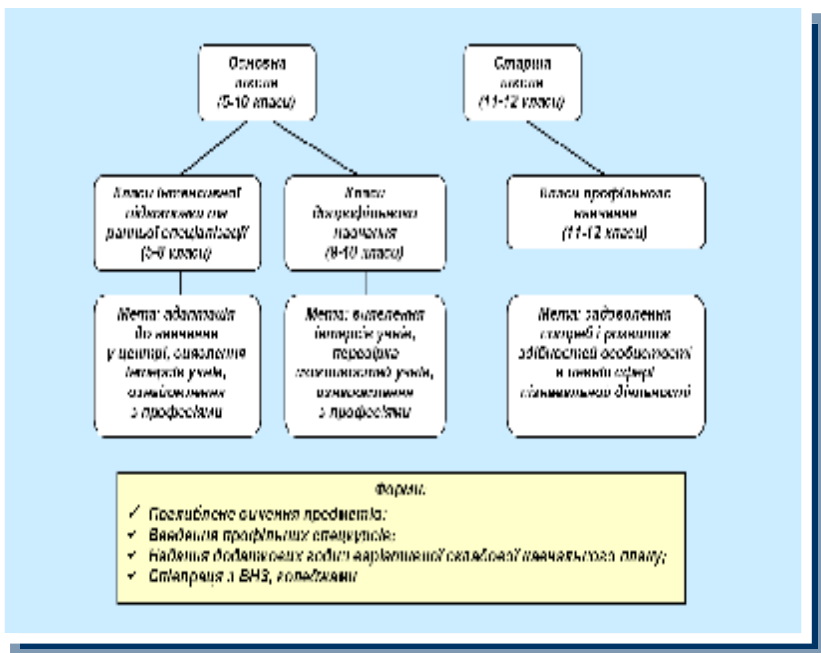


Рисунок 5.1. Структура профільного навчання

### ***Структура діяльності членів педагогічного колективу з реалізації завдань психолого-педагогічного забезпечення професійно-трудової соціалізації***

*Заступник директора з виховної роботи реалізує такі напрями:*

- планування роботи педагогічного колективу з формування готовності учнів до профільного й професійного самовизначення відповідно до концепції й освітньої програми загальноосвітнього закладу;
- вироблення стратегії взаємодії суб'єктів, відповідальних за педагогічну підтримку самовизначення школярів з метою узгодження й координації їхньої діяльності;

- підтримка зв'язків загальноосвітнього закладу з соціальними партнерами, що впливають на самовизначення учнів основної та старшої школи;

- здійснення аналізу й корекції діяльності педагогічного колективу з цього напрямку (консультації учителів-предметників, класних керівників з організації системи навчально-виховної роботи, спрямованої на самовизначення учнів: профпросвіта, профконсультування, профдіагностика визначення індивідуальної освітньої траєкторії;

- проведення педагогічних нарад, виробничих нарад з проблеми профільного й професійного самовизначення старшокласників;

- організація участі обдарованих дітей у предметних олімпіадах різного рівня;

- організація системи підвищення кваліфікації класних керівників, учителів-предметників, шкільного психолога з проблеми самовизначення учнів;

- здійснення контрольних функцій роботи класних керівників, учителів-предметників, шкільного психолога з проблеми профільного й професійного самовизначення учнів;

- організація заняття учнів у мережі допрофільної підготовки та профільного навчання.

*Класний керівник* спираючись на концепцію, освітню програму та план виховної роботи школи:

- складає для конкретного класу план педагогічної підтримки самовизначення учнів, що передбачає різноманітні форми, методи, засоби, активізуючи пізнавальну, творчу активність школярів;

- організовує індивідуальні та групові бесіди з профорієнтації, диспути, конференції;

- проводить психолого-педагогічні спостереження нахилів учнів (дані спостережень, анкет, тестів фіксують в індивідуальній карті учня);
- допомагає учневі проектувати індивідуальну освітню траєкторію, моделювати варіанти профільного навчання й професійного становлення, здійснювати аналіз власних досягнень;
- організовує відвідування учнями днів відкритих дверей у ВНЗ і середніх професійних навчальних закладах;
- організовує тематичні й комплексні екскурсії учнів на підприємства;
- надає допомогу шкільному психологові в проведенні анкетування учнів і їхніх батьків з проблеми самовизначення;
- проводить батьківські збори з проблеми формування готовності учнів до профільного та професійного самовизначення;
- організовує зустрічі учнів з випускниками школи – студентами ВНЗ, середніх професійних навчальних закладів.

*Учителі-предметники:*

- сприяють розвитку пізнавального інтересу, творчої спрямованості особистості школярів, використовуючи різноманітні методи й засоби: проектну діяльність, ділові ігри, семінари, круглі столи, конференції, предметні тижні, олімпіади, факультативи, конкурси стінних газет, домашні твори;
- забезпечують спрямованість профорієнтації уроків, формують в учнів загальнотрудові, професійно важливі навички;
- сприяють формуванню в школярів адекватної самооцінки;
- проводять спостереження з виявлення схильностей і здібностей учнів;

- адаптують навчальні програми залежно від профілю класу, особливостей учнів.

*Соціальний педагог:*

- сприяє формуванню в учнів адекватної самооцінки, оскільки, зазвичай, у дітей із порушеннями зору вона занижена;

- надає педагогічну підтримку дітям в процесі їхнього професійного й життєвого самовизначення; здійснює консультації учнів із соціальних питань;

- надає допомогу класному керівникові в аналізі й оцінці соціальних чинників, що утрудняють процес самовизначення школяра.

*Шкільний психолог:*

- вивчає професійний інтерес і схильності учнів;
- здійснює моніторинг готовності учня до профільного й професійного самовизначення через анкетування учнів і їхніх батьків;

- готує комплексну програму психологічного супроводу вибору профілю навчання учнів середніх класів;

- проводить тренінгові заняття з профорієнтації учнів;

- проводить бесіди, психологічну просвіту для батьків і педагогів за темою вибору професії;

- здійснює психологічні консультації з урахуванням вікових особливостей учнів;

- сприяє формуванню в школярів адекватної самооцінки;

- запрошує батьків учнів для виступів перед школярами про власну професію, залучає їх до роботи керівниками гуртків;

- надає допомогу класному керівникові в аналізі й оцінці інтересів і схильностей учнів.

*Бібліотекар:*

- регулярно підбирає літературу для учителів і учнів для допомоги у виборі професії (за роками навчання) і профорієнтаційній роботі;
- вивчає читацькі інтереси учнів і рекомендує їм літературу, що допомагає у виборі професії; організовує виставки книг, присвячених різним професіям і читацькі диспути-конференції на теми вибору професії;
- узагальнює й систематизує методичні матеріали, довідкові дані про потреби регіону в кадрах та інші допоміжні матеріали (фотографії, вирізки, схеми, проспекти, програми, описи професій).

*Медичний працівник:*

- проводить первинну й поточну діагностику органів зору;
- розробляє індивідуальні програми з реабілітації та корекції зору;
- сприяє формуванню у школярів настанови на здоровий спосіб життя, використовуючи різноманітні форми, методи, засоби;
- проводить із учнями бесіди про взаємозв'язок успішності професійної кар'єри й здоров'я людини;
- організовує консультації з проблеми впливу стану здоров'я на професійну кар'єру;
- розробляє рекомендації для учителів і корекційних педагогів із контролю навчального й корекційного навантажень;
- надає допомогу класному керівникові, шкільному психологові та соціальному педагогові в аналізі діяльності учнів.

Результати експерименту в РНРЦ «Кришталік» знайшли відображення в практичних курсах дисциплін кафедри офтальмології ЛДМУ, кафедри дефектології та психологічної корекції ЛНУ імені Тараса Шевченка,



впроваджено в практичну діяльність педагогів і офтальмологів Навчально-виховного комплексу для дітей з порушеннями зору Д/с № 1 ОШ № 31 I – III ступеня (м. Горлівка), Конотопської спеціальної школи-інтернату для дітей з вадами зору тощо.

Подальше дослідження спрямовано на створення моделі комплексного медико-соціально-психолого-педагогічного забезпечення професійного самовизначення випускників з порушеннями зору в межах роботи навчально-реабілітаційного центру.

### **Контрольні запитання**

- 1. Назвіть етапи психолого-педагогічного супроводу професійного самовизначення слабкозорих підлітків і юнаків у НРЦ.*
- 2. У чому сутність системи психолого-педагогічного супроводу професійної соціалізації осіб із порушеннями зору в НРЦ?*
- 3. Назвіть структуру профільного навчання в навчально-реабілітаційному центрі.*
- 4. Охарактеризуйте структуру діяльності членів педагогічного колективу з реалізації завдань психолого-педагогічного забезпечення професійно-трудової соціалізації учнів з порушеннями зору.*

### **Список використаної літератури**

1. Баріхашвілі І. І. Психологічні основи профорієнтації і професійного самовизначення / І. І. Баріхашвілі, М. П. Ворона, Г. В. Грищенко, І. М. Старіков. – К. : Видав. дім «Професіонал», 2009. – 208 с.

2. Петруня А. М. Медико-социальная реабилитация детей с нарушениями зрения в условиях вариативных форм дошкольного образования / А. М. Петруня, С. А. Лупырь, Ю. А. Быстрова // Материалы Междунар. науч.-практ. конф. «Ранняя комплексная помощь в

современном образовательном пространстве». – М., 2012. – С. 56 – 60.

**3.** Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії / В. М. Синьов. – К. : МП Леся, 2010. – 779 с.

**4.** Синьова Є. П. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова. – К. : Знання, 2008. – 365 с.

## **МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ** **до написання випускної роботи для слухачів курсів** **підвищення кваліфікації**

Випускні роботи є складовою частиною навчальної дисципліни «Комплексний супровід дітей з порушеннями зору в умовах навчального закладу» й одним з видів навчально-дослідницької діяльності.

Написання випускної роботи сприяє узагальненню і систематизації отриманих знань, поглибленню професійного інтересу, розвитку творчих здібностей, формуванню навичок самостійної роботи, практичному застосуванню теоретичних знань в професійній діяльності.

В ході виконання випускної роботи вирішуються і інші не менш важливі завдання. Так, слухачі курсів навчаються методології наукових досліджень, самостійній роботі з науково-методичною літературою за новими вимогами. На основі аналізу теоретичного матеріалу, визначають провідні концепції, з урахуванням яких доцільно будувати роботу. При цьому ведеться планування дослідження, обираються методи дослідження, що відповідають поставленим цілям.

Велика увага приділяється формуванню навичок експериментального дослідження. Використовуючи різні психолого-педагогічні методики, спостерігаючи і аналізуючи навчально-виховний процес, слухачі курсів проводять діагностичний, повчальний і контрольний експерименти, відбирають факти, аналізують, а потім узагальнюють їх. Виробляється уміння робити висновки науково-теоретичного і практичного характеру.

У випускній роботі окрім теоретичної частини, має бути практичний матеріал, зібраний в процесі експериментального дослідження. Висновки повинні

містити конкретні пропозиції щодо медико-реабілітаційної або корекційної роботи.

Випускні роботи повинні відповідати вимогам, що пред'являються до написання наукових робіт:

1. Актуальність теми.
2. Чіткість формулювання мети і завдань дослідження.
3. Об'єкт (широка область дослідження), предмет дослідження (уточнена, конкретна, вузча частина загальної галузі дослідження).
4. Використання фактичного матеріалу.
5. Викладання власної точки зору з даного питання.
6. Творчий підхід до вирішення поставленої проблеми, використання, по можливості, особистого досвіду.
7. Практична значущість роботи, можливість її застосування в подальшій роботі фахівця-дефектолога.

## **Послідовність виконання випускної роботи**

### **1. Вибір теми**

У зв'язку з тим, що слухачі Інституту післядипломної педагогічної освіти мають великий практичний досвід роботи зі слабкозорими дітьми і їм знайомий навчально-виховний і реабілітаційний процес в спеціальній школі, вибір теми курсової роботи не може бути випадковим. Важливо визначити для себе, який аспект найцікавіший, актуальніший і посильний. Обов'язковою умовою є наявність експериментальної бази.

Тематика випускних робіт визначається кафедрою. Проте вчитель може запропонувати свою тему для дослідження. Право вибору теми роботи надається слухачеві курсів підвищення кваліфікації. Рекомендується враховувати відповідність теми сучасному рівню розвитку

науки, реальним потребам навчальних закладів, корекційно-розвиваючому характеру навчання і виховання.

Основою вибору є, передусім, інтерес автора до проблеми, постановки питання. При виборі теми слід обов'язково враховувати її значущість, актуальність і наявність круга джерел. Бажано, щоб проблема містила елементи новизни, орієнтувала автора на пошукову творчість, поглиблений розгляд питання. Тому краще обрати тему, яка недостатньо досліджена або не розглядалася під таким кутом зору.

Загальною умовою правильного вибору теми випускної роботи є облік рівня теоретичної і практичної підготовки автора, його інтересів, індивідуальних здібностей і навичок практичної діяльності.

Формулювання теми повинне орієнтувати на максимально самостійне дослідження. Із заголовка повинно бути ясно, що є конкретним предметом дослідження. Спочатку сформульована тема може уточнюватися, коригуватися в ході збору матеріалу.

## **2. Складання бібліографії й аналіз літературних джерел**

Робота розпочинається із складання бібліографії з проблеми дослідження. Процес підбору літератури за темою – основа для написання роботи, це не механічний, а складний, творчий процес. Слід керуватися якісною стороною використовуваних джерел, не захоплюватися великою їх кількістю.

Спочатку вивчаються роботи, що вийшли останніми роками, – в них дається огляд джерел з проблеми, є бібліографія. Потім розглядаються матеріали, що вийшли у більш ранній час.

В результаті вивчення літератури складається остаточний план власної роботи, уточнюються кінцеві мета та завдання.

Випускна робота не є простим конспектом декількох книг, а припускає самостійний виклад проблеми, власні міркування на основі відомостей, що містяться в літературі.

### 3. Складання плану роботи

Попередній огляд літератури з проблеми дає загальне уявлення відносно об'єму майбутньої роботи в цілому. Після ознайомлення з літературою з проблеми дослідження необхідно розробити структуру роботи, скласти план її написання. План може бути як **простим** (містити лише основні пункти), так і **складним** (мати головні і розкриваючи їх другорядні пункти). Основні пункти мають бути представлені у вигляді завершеної думки.

Вважається доцільною наступна побудова роботи:

- Вступ
- Основна частина (теоретична й експериментальна, обов'язково з назвою)
- Висновки
- Бібліографія
- Додатки

Назва пунктів плану повинна точно відповідати заголовкам.

У **вступі** необхідно дати обґрунтування актуальності теми в соціальному і медико-психолого-педагогічному аспекті, показати її значущість для практики розвитку, навчання і виховання дитини з порушенням зору.

Визначається мета і завдання дослідження, при їх формулюванні використовуються, наприклад, дієслова: *вивчити, виявити, встановити, визначити, узагальнити,*

*проаналізувати* тощо. Розкриваються методи, які будуть використані при проведенні експерименту. Вказується структура роботи.

**Вступ** – дуже відповідальна частина роботи, оскільки орієнтує на подальше розкриття теми. Це своєрідна візитна картка усієї роботи. Проте, остаточний текст цього розділу краще писати після завершення роботи над основною частиною, коли будуть визначені результати реферування. Об'єм **Вступу** складає приблизно десяту частину від загального об'єму роботи.

У основну частину входять глави, що містять огляд літературних матеріалів і безпосередньо опис експерименту і його результатів. Ця частина розділяється на співвимірні один одному розділи і параграфи. У змісті розкриваються усі пункти складеного раніше плану. Необхідно зв'язно викласти накопичений й проаналізований матеріал.

У експериментальній главі вказується мета, завдання дослідження. Розкривається зміст і методика експерименту. Викладається опис того, де, коли, ким проводився експеримент, та надається характеристика учасників. Потім детально освітлюється хід експерименту і аналіз отриманих матеріалів. При обробці і інтерпретації матеріалів проводиться їх кількісний і якісний аналіз. Статистичний матеріал слід представити графічно, в таблицях, фото тощо. Якісна оцінка підтверджується протоколами, роботами дітей.

Між главами потрібний логічний перехід, усі частини роботи повинні об'єднуватися загальною спрямованістю. Важливо домагатися того, щоб основна ідея, висунена у **Вступі**, пронизувала усю роботу, а увесь матеріал був націлений на рішення головних завдань.

**Висновки** роботи повинні містити оцінку усієї виконаної роботи, утримувати ясні відповіді на поставлені

на початку роботи завдання. Важливо розкрити власну точку зору, розробити рекомендації, пропозиції, спрямовані на поліпшення існуючої практики. У тих випадках, коли проведений експеримент є складовою частиною дослідження з нової проблеми, необхідно вказати напрям подальших досліджень по темі. **Висновки** за об'ємом не повинні перевищувати **Вступ**.

Окремо зупинимося на питанні про мову та стиль випускної роботи.

Робота припускає уміння використати в письмовому мовленні особливості наукового стилю. Характерною ознакою наукового стилю є використання термінів, різного роду кліше (наприклад, українською мовою – *складається з.....; полягає в.....* та ін.), (наприклад, російською мовою – *состоит из ...; заключается в ...; представляет собой ...* та ін.).

Синтаксичними особливостями наукового стилю є різні типи складних, складнопідрядних речень з союзами *завдяки тому, що.....; у зв'язку з тим, що.....; внаслідок того, що.....* та ін. Російською мовою – *благодаря тому, что ...; в связи с тем, что ...; в силу того, что ...* та ін.

Для зв'язку частин тексту використовуються наступні слова і словосполучення: *тому; при цьому; спочатку; потім; в той же час; у заключенні; таким чином; отже; по-перше, по-друге, нарешті; з одного боку, з іншого боку; в протилежність цьому; в результаті; у зв'язку з цим; як вказувалося; як було показано; як вказано вище; згідно з цим; відповідно до цього; передуючий; наведений вище; вищезгаданий; викладений; доведений; описаний; відзначений; перерахований; приведений; сформульований; згаданий; встановлений; подальший; приведений; аналізований* та ін.

Російською мовою: *поэтому; при этом; сначала; затем; вместе с тем; в заключении; таким образом;*



*итак; следовательно; во-первых, во-вторых, наконец; с одной стороны, с другой стороны; в противоположность этому; в результате; в связи с этим; как указывалось; как было показано; как указано выше; согласно этому; подобно этому; сообразно с этим; соответственно этому; предшествующий; вышеприведенный; вышеупомянутый; изложенный; доказанный; описанный; отмеченный; перечисленный; приведенный; сформулированный; упомянутый; установленный; нижеследующий; последующий; дальнейший; приводимый; рассматриваемый; анализируемый та ін.*

Узагальнювальна інформація вводиться висловлюваннями: *наведемо приклад.....; з'ясуємо стосунки.....; розглянемо точки зору.....; більш того.....; аналогічно та ін.* Російською мовою: *приведем пример ...; выясним отношение ...; рассмотрим точки зрения ...; более того ...; аналогично та ін.*

Для вираження пояснення, уточнення, виділення окремого випадку: *наприклад; саме; тільки; навіть; лише; адже; особливо; іншими словами; інакше кажучи; зокрема та ін.* Російською мовою: *например; именно; только; даже; лишь; ведь; особенно; другими словами; иначе говоря; в частности та ін.*

Вираження припущення: *припустити, що.....; допустити; висловити своє припущення; висунути гіпотезу о.....; умовимося, що..... та ін.* Російською мовою: *предположить, что ...; допустить; высказать свое предположение; выдвинуть гипотезу о ...; условимся, что ... та ін.*

Вираження упевненості: *переконаний; упевнений; вважати, що.....; дотримуватися погляду; автор переконливо доводить, що.....; це доводить, що.....; немає сумнівів в тому, що.....; в зв'язку з цим ясно, що.....; автор відстоює точку зору та ін.* Російською

мовою: *убежден; уверен; считать, что ...; полагать, что ...; придерживаться точки зрения; автор убедительно доказывает, что ...; это доказывает, что ...; нет сомнений в том, что ...; в этой связи ясно, что ...; автор отстаивает точку зрения та ін.*

Вираження згоди: *схвалити; погоджуватися; підтвердити; дотримуватися подібної думки та ін.*  
Російською мовою: *одобрить; соглашаться; разделить точку зрения; подтвердить; придерживаться подобного мнения та ін.*

Вираження критики (незгоди): *відзначити недоліки; розкривати недоліки; докоряти в неточності (недбалості); критикувати; заперечувати; оспорювати; розходитися в поглядах з.....; спростовувати; нехтувати; ігнорувати; випускати з уваги; необґрунтовано стверджує; критично відноситься; ставить нездійсненне завдання; не підтверджує виведення фактами; незрозуміло, що.....; сумнівно, що.....; висунути; привести; відмовитися від своїх переконань та ін.*  
Російською мовою: *отметить недостатки; вскрывают недостатки; упрекать в неточности (небрежности); критиковать; возражать; оспаривать; расходится во взглядах с ...; опровергать; пренебрегать; игнорировать; упускать из виду; необоснованно утверждает; критически относится; ставит невыполнимую задачу; не подтверждает вывода фактами; непонятно, что ...; сомнительно, что ...; выдвинуть; привести; отказаться от своих убеждений и др.*

Для оформлення узагальнень, висновків можна використати такі засоби організації зв'язного тексту: *таким чином; отже; взагалі; із сказаного виходить; автор приходить до висновку (укладенню); автор підводить підсумок; у результаті можна дійти висновку; на закінчення можна сказати, що.....; з приведених*

даних виходить, що.....; на основі цього ми переконуємося в тому, що..... та ін. Російською мовою: таким образом; итак; вообще; следовательно; из сказанного следует; автор приходит к выводу (заключению); автор подводит итог; в итоге можно прийти к выводу; в заключение можно сказать, что ...; из приведенных данных следует, что ...; на основе этого мы убеждаемся в том, что ... та ін.

У наукових роботах, у тому числі й випускних, не рекомендується вживати вирази-штампи, наприклад «на перше місце», «червоною ниткою», «во главу угла»; по можливості слід уникати неодноразового повторення слів і словосполучень. У роботі рекомендується вести виклад від першої особи множини («Ми спостерігали», «Ми відзначили» тощо). В окремих випадках можна використати вирази «на наш погляд», «на нашу думку», «на основі виконаного аналізу можна стверджувати, що.....», «зібраний фактичний матеріал підтвердив, що.....» тощо. Російською мовою: «на наш взгляд», «по нашему мнению», «на основе выполненного анализа можно утверждать, что ...», «собранный фактический материал подтвердил, что ...» тощо.

**Додаток** є конкретним підтвердженням тих положень і суджень, які висловлені в основній частині роботи. Він містить зразки методик, якими користувалися при обстеженні дітей (малюнки, фотокопії, протоколи експериментів), медичну і психолого-педагогічну документацію дитини, творчі роботи дітей (малюнки, твори, вироби та ін.), конспекти уроків, наочний матеріал та ін. Не слід перевантажувати додаток великою кількістю експериментального матеріалу. Слід розмішувати тільки самий доказовий матеріал.

**Бібліографія** є списком фактично використаної літератури. Він має бути грамотно складений. Прийнято

наступне оформлення бібліографічного матеріалу: алфавітний порядок або порядок цитування в тексті; прізвище автора, його ініціали, назва роботи, місце видання, видавництво, рік видання, кількість сторінок (наприклад, *Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії / В. М. Синьов. – К. : МП Леся, 2010. – 779 с.*).

Стаття зі збірки оформляється таким чином: Автор (прізвище, потім ініціали). Заголовок статті // Заголовок збірки / Редактор. Укладач. – Місце видання: Видавництво, рік. – Сторінки. (наприклад, *Бистрова Ю. О. Комплексна медико-психолого-педагогічна реабілітація дітей з вадами зору в умовах навчально-реабілітаційного процесу / Ю. О. Бистрова // Актуальні проблеми виховання та навчання студентів із особливими потребами: Зб. наук. праць / за заг. ред. П. М. Таланчука, Г. В. Онкович. – К. : Університет «Україна», 2011. – С. 68 – 74.*).

Стаття з журналу, газети описується: Автор (перший, якщо стаття в співавторстві). Заголовок статті / Усі автори (ініціали, потім прізвище) // Назва журналу. – Рік випуску. – № випуску. – Сторінки. (наприклад, *Петруня А. М. Вторичное косоглазие / А. М. Петруня, С. А. Гончарова, Г. В. Пантелеев, Е. И. Тырлова // Офтальмологический журнал. – 2010. – № 3. – С. 25-29.*).

**Оформлення роботи.** Випускна робота має бути оформлена строго за формою. Надрукована через 1,5 міжрядковий інтервал на одній стороні листа формату А4, шрифт – Times New Roman, 14. Обов'язкові поля (верхнє – не менше 20 мм, нижнє – не менше 20 мм, ліве – не менше 30 мм, праве – не менше 15 мм). Об'єм роботи – 30 сторінок основного тексту, додатки і список використаних джерел.

Титульний аркуш оформляється відповідно до набутої форми, встановленої в навчальному закладі. Титульний аркуш включається в загальну нумерацію роботи (1), але не нумерується.

План роботи наводиться на другому листі, вказуються найменування усіх розділів і підрозділів роботи з вказівкою сторінок їх початку. Необхідно, щоб усі частини плану були чітко виділені в тексті роботи. Заголовки розділів (основних частин плану) друкуються прописними літерами, заголовки підрозділів (параграфів глав) – перша літера прописна, далі рядковими. Перенесення слів в заголовках не допускаються. У кінці заголовка крапка не ставиться. Якщо заголовок складається з двох речень, їх розділяє крапка.

Кожен розділ в тексті роботи слід розпочинати з нової сторінки. Відстань між заголовками і текстом повинна відповідати 2 інтервалам.

Такі загальні вимоги до випускної роботи.

## ТЕМИ ВИПУСКНИХ РОБІТ

1. Система профорієнтаційної роботи зі слабкозорими підлітками і юнаками в умовах корекційної школи.
2. Соціально-педагогічний супровід дітей з порушеннями зору, як вид комплексної діяльності соціальних педагогів, психологів та лікарів навчально-реабілітаційного центру.
3. Організація психологічного супроводу навчально-практичної діяльності школярів з порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного центру.
4. Медико-соціальна реабілітація дітей з амбліопією в умовах навчально-реабілітаційного центру.
5. Розвиток здібностей як чинник майбутньої професійної соціалізації молодших школярів з порушенням зору.
6. Організація медико-психологічного супроводу профільного навчання у школі-інтернаті для слабкозорих дітей.
7. Напрями корекційної роботи по формуванню зорового сприйняття у молодших школярів.
8. Особливості психолого-педагогічної діагностики дітей з амбліопією та косоокістю.
9. Медико-психолого-педагогічний супровід дитини з порушеннями зору в умовах інклюзивного навчання.
10. Організація індивідуальної роботи зі слабкозорою дитиною в умовах загальноосвітньої школи.
11. Профілактика порушень зору у дітей в умовах навчального закладу.
12. Особливості розвитку емоційно-вольової сфери молодших школярів з порушеннями зору.
13. Організація роботи медико-соціально-психолого-педагогічної служби в умовах шкіл-інтернатів для дітей з порушеннями зору.
14. Корекційні прийоми реалізації індивідуального підходу до дітей з порушеннями зору в умовах інтегрованого навчання.

## ОСНОВНА ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Аветисов Э. С. Руководство по детской офтальмологии / Э. С. Аветисов, Е. И. Ковалевский, А. В. Хватова. – М. : Изд-во „Медицина”, 1987.
2. Аветисов Э. С. Дисбинокулярная амблиопия и ее лечение / Э. С. Аветисов. – М. : Изд-во „Медицина”, 1968.
3. Алёнкина О. А., Черникова Т. В. Профессионально-трудовая социализация молодёжи с ограниченными возможностями здоровья : учеб.-метод. пособие / О. А. Алёнкина, Т. В. Черникова. – М. : Глобус, 2009. – 152 с.
4. Ананин В. Ф. Аккомодация и близорукость / В. Ф. Ананин. – М., 1989.
5. Аслаева Р. Г. Основы специальной педагогики и психологии: Экспресс-курс для преподавателей дистанционного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья / Р. Г. Аслаева. – Уфа : Изд-во БГПУ, 2011. – 136 с.
6. Барінов Ю. В. Аналіз стану офтальмологічної допомоги дитячому населенню України за 2010 рік / Ю. В. Барінов // Офтальмологічний журнал. – 2011. – № 5. – С. 93 – 101.
7. Баріхашвілі І. І. Психологічні основи профорієнтації і професійного самовизначення / І. І. Баріхашвілі, М. П. Ворона, Г. В. Грищенко, І. М. Старіков. – К. : «Видавничий дім «Професіонал», 2009. – 208 с.
8. Бистрова Ю. О. Готовність до вибору професії та професійної діяльності розумово відсталих учнів як компонент професійно-трудової соціалізації / Ю. О. Бистрова // Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту. – 2011. – Вип. 17. – Ч. II. – С. 25 – 32.

**9.** Бистрова Ю. О. Комплексна медико-психолого-педагогічна реабілітація дітей з вадами зору в умовах навчально-реабілітаційного процесу / Ю. О. Бистрова // Науковий часопис. – Серія 21 : Тифлопедагогіка. – Випуск 5. – К., 2008. – С. 12 – 18.

**10.** Бистрова Ю. О. Комплексна медико-педагогічна реабілітація дітей з вадами зору в умовах навчально-реабілітаційного центру / Ю. О. Бистрова, Н. А. Колодна, С. А. Лупирь, А. М. Петруня, І. В. Хворостяна, Д. С. Горячев // Вроджена та генетично обумовлена сліпота та слабкзорість. Проблеми діагностики, обстеження та комплексне лікування : матеріали IV наук.-практ. конф. дитячих офтальмологів України. – Алушта, АР Крим, 2009. – С. 37 – 38.

**11.** Бондар В. І. Проблеми корекційного навчання у спеціальній педагогіці : навч. посіб. / В. І. Бондар. – К. : Наш час, 2005. – 176 с.

**12.** Борисова Е. М. Психологическая диагностика в школьной профориентации / Е. М. Борисова, К. М. Гуревич // Вопросы психологии. – 1986. – № 1. – С. 77 – 82.

**13.** Быстрова Ю. А. Феноменология психолого-медико-педагогического сопровождения профессионально-трудовой реабилитации лиц с нарушениями здоровья / Ю. А. Быстрова // Специальное образование : материалы VII Международной научн. конф. – СПб., 2011. – Т. II. – С. 63 – 65.

**14.** Вавіна Л. С. Розвиваємо у дитини вміння бачити: від народження до 6 років: поради батькам / Л. С. Вавіна, В. М. Ремажевська. – К. : Літера ЛТД, 2008. – 128 с.

**15.** Виденина И. В. Роль вегетативно-нервной системы в развитии отдельных форм миопии у детей дошкольного и школьного возраста / И. В. Виденина //



Офтальмологический журнал. – 1992. – № 6. – С. 262 – 264.

**16.** Волков В. В. О вероятных механизмах миопизации глаза в школьные годы / В. В. Волков // Офтальмологический журнал. – 1998. – № 3. – С. 129 – 132.

**17.** Выготский Л. С. Основы дефектологии // Собрание сочинений в 6-ти томах / Л. С. Выготский. – М. : Изд-во Акад. пед. наук, 1983. – Т. 5. – 369 с.

**18.** Волошина Т. А. Реформування спеціальної освіти – крок до реабілітації та інтеграції дітей з особливими освітніми потребами / Т. А. Волошина, А. Ф. Михайліченко // Розвиток системи інклюзивної освіти в Україні : матеріали наук.-практ. конф., 26 листопада 2010 року. – Донецьк, 2011. – С. 101.

**19.** Гребенюк Т. М. Соціально-психологічна адаптація інвалідів з вадами зору до навчання у вищих навчальних закладах : дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.08 / Т. М. Гребенюк. – К., 2008. – 215 с.

**20.** Григорьева Л. П. Развитие восприятия у детей: пособие для коррекционных занятий с детьми с ослабленным зрением в семье, детском саду, начальной школе / Л. П. Григорьева, М. Э. Бернадская, И. В. Блинникова, О. Г. Солнцева – М. : Школа-Пресс, 2001. – 224 с.

**21.** Детская офтальмология / Д. Тейлор, К. Хойт. – М. : „Бином” ; СПб. : „Невский Диалект”, 2002.

**22.** Кантор В. З. Инвалиды по зрению в педагогической системе социально-культурной реабилитации : монография / В. З. Кантор. – СПб. : Изд-во РГПУ им. Герцена, 2002. – 268 с.

**23.** Климов Е. А. Психологическое профессиональное самоопределение. – М. : Просвещение, 1989. – 223 с.

**24.** Кобильченко В. В. Психологічна допомога дітям з порушеннями зору в дошкільному віці / В. В. Кобильченко // Зб. наук. пр. Кам'янець-Подільськ. держ. ун-ту: Серія соціально-педагогічна / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Кам'янець-Подільський : ПП Мошинський В. С., 2007. – С. 275 – 278.

**25.** Коваленко В. Є. Індивідуальне навчання як організаційна форма освіти осіб з порушеннями психофізичного розвитку / В. Є. Коваленко // Розвиток системи інклюзивної освіти в Україні. – Донецьк, 2011. – С. 249 – 252.

**26.** Коваленко В. Є. Організація індивідуального навчання учнів з порушеннями психофізичного розвитку : метод. реком. для організації індивідуального навчання учнів з особливими освітніми потребами / В. Є. Коваленко. – Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2011. – 34 с.

**27.** Колодна Н. А. Соціально-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах навчально-реабілітаційного центру / Н. А. Колодна // Освіта Луганщини – Луганськ, 2010. – № 2. – С. 9 – 10.

**28.** Колупаєва А. А. Педагогічні основи інтегрування школярів з особливостями психофізичного розвитку у загальноосвітні навчальні заклади : монографія / А. А. Колупаєва. – К. : Пед. думка, 2007. – 458 с.

**29.** Критерії оцінювання навчальних досягнень учнів початкових класів спеціальної загальноосвітньої школи для дітей з порушеннями зору : проект / наук. ред. В. І. Бондар та ін. – Луганськ, 2002. – 123 с.

**30.** Кручинин В. А. Формирование пространственной ориентировки у детей с нарушением зрения в процессе школьного обучения / В. А. Кручинин. – СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 1991. – 125 с.

**31.** Кузнецова М. В. Причина развития близорукости и ее лечение / М. В. Кузнецова. – М. : «Медпрессинформ», 2004.

**32.** Либман Е. С. Причины слепоты и слабовидения, потребность в медицинской реабилитации детей школьного возраста / Е. С. Либман, Е. В. Шахова, Е. К. Мирошникова // Офтальмологический журнал. – 1994. – № 1. – С. 5 – 7.

**33.** Липа В. А. Психологические основы педагогической коррекции / В. А. Липа. – Славянск : Предприниматель Маторин Б. И., 2012. – 386 с.

**34.** Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. Г. Литвак. – СПб., 1998.

**35.** Лупыр С. А. Организация реабилитации детей с патологией органа зрения на базе учебно-реабилитационного центра «Хрусталик» в городе Рубежное Луганской области / С. А. Лупыр, И. В. Хворостяная, Н. А. Колодная // Матеріали Міжнародної наук. конф., присвяченої 100-річчю з дня народження академіка Н. О. Пучковської «Сучасні аспекти клініки, діагностики та лікування очних хвороб». – Одеса, 2008. – С. 15 – 16.

**36.** Лупир С. А. Особливості неврозів у дітей, що страждають на амбліопію / С. А. Лупир : автореферат дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук. – Харків, 1996. – 24 с.

**37.** Лупир С. А. Спосіб лікування дітей, хворих на амбліопію: Пат. 58852 А Україна, МКІ А61К31/13 / Н. М. Сергієнко, А. М. Петруня, С. А. Лупир (Україна). – № 2002118938 ; Заявл. 11.11.02; Опібл. 15.08.03. – Бюл. № 8. – 2 с.

**38.** Лупыр С. А. Результаты исследования компьютерных программ «Крестик», «Паучок» и препарата ноотропил для лечения амблиопии /

С. А. Лупыр, А. М. Петруня // II Міжнародна наук. конф. офтальмологів Причорномор'я – Одеса, 2004. – С. 184 – 186.

**39.** Миронова С. П. Олігофренопедагогіка : компактний навчальний курс / С. П. Миронова. – Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський державний університет, редакційно-видавничий відділ, 2008. – 204 с.

**40.** Никулина Г. В. Дети с амблиопией и косоглазием: психолого-педагогические основы работы по развитию зрительного восприятия в условиях образовательного учреждения общего назначения : учебное пособие / Г. В. Никулина, Л. В. Фомичева, Е. В. Артюкевич. – СПб. : Изд-во РГПУ имени А.И.Герцена, 1999. – 345 с.

**41.** Основы коррекционной педагогики / под ред. В. А. Липы. – Донецк : Либідь, 2002. – 319 с.

**42.** Основы корекційної педагогіки : навч.-метод. посіб. / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвеева ; за заг. ред. С. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський нац. ун-т імені Івана Огієнка, 2010. – 264 с.

**43.** Офтальмология : учебник для вузов / под ред. Е. А. Егорова. – М. : «ГЭОТАР-Медиа». 2008.

**44.** Пасечникова Н. В. Врожденная, наследственная и рано приобретенная патология глаз в формировании слепоты и слабовидения в Украине / Н. В. Пасечникова, С. А. Рыков, Л. Ю. Науменко, Т. В. Крыжановская // Вроджена та генетично обумовлена сліпота та слабкозорість. Проблеми діагностики, обстеження та комплексне лікування : Матеріали IV наук.-практ. конф. дитячих офтальмологів України. – Алушта, АР Крим, 2009. – С. 316 – 322.

**45.** Петруня А. М. Вторичное косоглазие / А. М. Петруня, С. А. Гончарова, Г. В. Пантелеев, Е. И. Тырлова // Офтальмологический журнал. – 2010. – № 3. – С. 25 – 29.

**46.** Петруня А. М. Медико-социальная реабилитация детей с нарушениями зрения в условиях вариативных форм дошкольного образования / А. М. Петруня, С. А. Лупырь, Ю. А. Быстрова // Материалы Междунар. науч.-практ. конф. «Ранняя комплексная помощь в современном образовательном пространстве». – М., 2012. – С. 56 – 60.

**47.** Петруня А. М. Організація комплексного супроводу навчально-реабілітаційного процесу дітей з порушеннями зору в освітніх закладах нового типу / А. М. Петруня, Ю. О. Бистрова, С. А. Лупир // Освіта Донбасу. – № 3. – 2012. – С. 40 – 44.

**48.** Петруня А. М. Ранняя профилактика тяжелых форм дисбинокулярной амблиопии при врожденном и рано развившемся монолатеральном косоглазии / А. М. Петруня, С. А. Гончарова, Г. В. Пантелеев, Е. И. Тырлова // Офтальмологический журнал. – 2011. – № 1. – С. 45 – 49.

**49.** Плаксина Л. И. Теоретические основы коррекционной работы в детских садах для детей с нарушениями зрения / Л. И. Плаксина. – М., 1998.

**50.** Про заходи щодо поліпшення умов виховання, навчання та утримання дітей і підлітків, які мають вади у фізичному або розумовому розвитку : Наказ // Інформаційний збірник МНО України. – 1992. – № 17 – 18. – С. 3 – 13.

**51.** Про Концепцію державного стандарту спеціальної освіти дітей з особливими потребами : рішення колегії Президії АПН України 23.06.09 № 7/5 – 7 // Інформаційний збірник Міносвіти України. – 1999. – № 19. – С. 12 – 27.

**52.** Про затвердження плану заходів щодо введення в дію наказу МОЗ України від 17.08.2007 N 490, наказ : електронний ресурс. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua/view.phpid=7402>

**53.** Про затвердження Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку : наказ : електронний ресурс. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/z1219-08>.

**54.** Психолого-педагогическая диагностика : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамная, Т. А. Добровольская и др.; под ред. И. Ю. Левченко, С. Д. Забрамной. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 320 с.

**55.** Розвиток системи інклюзивної освіти в Україні // Матеріали всеукраїнської наук.-практ. конф. 26 листопада 2010 року – Донецьк, 2011. – 314 с.

**56.** Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер, 2000. – 720 с.

**57.** Рыков С. А. Виды косоглазия, их классификация, особенности диагностики и лечения / С. А. Рыков, А. С. Сенякина // Матеріали IV наук.-практ. конф. дитячих офтальмологів України з міжнародною участю «Вроджена та генетично обумовлена сліпота та слабкозоркість. Проблеми діагностики, обстеження та комплексне лікування». – Партеніт ; Алушта, 2009. – С. 57 – 59.

**58.** Рыков С. А. Клиническая эффективность глутаргина и инстенона в комплексном аппаратном и медикаментозном лечении детей с дисбинокулярной амблиопией / С. А. Рыков, А. М. Петруня, С. А. Лупырь // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – К. ; Харків ; Луганськ, 2007. – Вип. 3 – 4 (78 – 79). – С. 324 – 329.

**59.** Синьов В. М. Нова стратегія розвитку корекційної педагогіки в Україні / В. М. Синьов, А. Г. Шевцов // Дефектологія. – 2004. – № 2. – С. 6–10.

**60.** Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії / В. М. Синьов. – К. : МП Леся, 2010. – 779 с.

**61.** Синьов В. М. Українська корекційна педагогіка та психологія на шляху інтеграції у світовий науковий простір / В. М. Синьов // Педагогіка духовності: поступ у третє тисячоліття : матеріали Міжнародної наукової конференції. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2005. – С. 175 – 179.

**62.** Синьова Є. П. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова – К. : Знання, 2008. – 365 с.

**63.** Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева. – М. : «Полиграф сервис», 2000. – 367 с.

**64.** Стадненко Н. М. Роль диференціальної діагностики розумового розвитку дітей під час розробки стандартів освіти / Н. М. Стадненко // Дефектологія. – 2001. – № 1. – С. 5 – 7.

**65.** Чернишов О. І. Інноваційний потенціал інклюзивної освіти Донеччини / О. І. Чернишов // Розвиток системи інклюзивної освіти в Україні : матеріали наук.-практ. конф., 26 листопада 2010 року. – Донецьк, 2011. – С. 55 – 56.

**66.** Юхимчик Н. Н. Исследование проблем социальной адаптации детей и молодежи с проблемами зрения / Н. Н. Юхимчик // Актуальні проблеми виховання та навчання студентів із особливими потребами : зб. наук. праць / за заг. ред. П. М. Таланчука, Г. В. Онкович. – К. : Університет «Україна», 2000. – С. 68 – 74.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Волков В. В. Центральное поле зрения (ахроматическая составляющая) / В. В. Волков // Клиническая физиология зрения. – М.: Научно-медицинская фирма МБН, 2002. – С. 171 – 190.

2. Волков В. В. Психофизиология зрительного процесса и методы его изучения / В. В. Волков // Клиническая физиология зрения. – М.: Научно-медицинская фирма МБН, 2002. – С. 133 – 149.

3. Воспитание слепых детей дошкольного возраста в семье / науч. ред. доц. В. А. Феоктистова. – М.: Логос, 1993. – 78 с.

4. Гребенюк Т. М. Вивчення особливостей соціально-педагогічної адаптації інвалідів по зору до навчання у вищих навчальних закладах / Т. М. Гребенюк // Соціально-психологічні проблеми тифлопедагогіки : зб. наук. пр. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2004. – Випуск 3. – С. 52 – 63.

5. Дети-сироты: Консультирование и диагностика развития / под ред. Е. А. Стребелевой. – М., 1998.

6. Егорова Т. С. Повышение остроты зрения слабовидящих с помощью цветных фильтров / Т. С. Егорова, П. П. Зак // Вестник офтальмологии. – М., 2002. – № 2. – С. 41 – 43.

7. Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения / М. И. Земцова. – М.: Просвещение, 1973.

8. Ипатов А. В. Детская инвалидность вследствие патологии органа зрения / А. В. Ипатов, Н. Ф. Боброва, В. И. Сердюченко, Т. А. Алифанова // Офтальмологический журнал. – 2006. – № 4. – С. 29 – 32.

9. Кантор В. З. Учебная и социально-психологическая адаптация студентов-инвалидов в ВУЗе как реабилитационно-образовательная проблема / В. З.



Кантор // Материалы Междунар. науч.-практ. конф. «Профессиональное образование лиц с нарушением зрения: проблемы»: в 2 ч. – М. : Фланта: Наука, 2003. – Ч.1. – С. 81 – 90.

**10.** Коняева Н. П. Відображення корекційних завдань навчання у навчальних планах допоміжної школи / Надія Коняєва // Коррекционно-развивающая направленность обучения и воспитания умственно отсталых детей. – М., 1983. – С. 99-105.

**11.** Котова Л. А. Охрана зрения детей / Л. А. Котова, А. Д. Подгорная // Здоровье. – К., 1994.

**12.** Кривошеев А. А. Современные методы диагностики заболеваний зрительного пути. / А. А. Кривошеев, А. М. Шамшинова // Клиническая физиология зрения. – М. : Научно-медицинская фирма МБН, 2002. – С. 521 – 561.

**13.** Левченко И. Ю. Патопсихология: Теория и практика / И. Ю. Левченко. – М., 2000.

**14.** Лупырь С.А. Развитие неврозоз у детей с амблиопией / С. А. Лупырь // Актуал. пробл. совр. психосомат. медицины. – Харьков-Луганск. – 1995. – С. 57 – 58.

**15.** Лупырь С. А. О необходимости психотерапии в специализированных детских садах для детей с заболеваниями глаз / С. А. Лупырь // Укр. вісник психоневрології. – 1995. – Т. 3. – Вип. 2. – С. 355 – 361.

**16.** Лупырь С. А. Истериические реакции у детей с амблиопией / С. А. Лупырь // Современные технологии: поиски, пробл. и пути повышен, спец. мед. помощи населен. промыш. региона. – Луганск. – 1995. – С. 56 – 57.

**17.** Петруня А. М. Применение ноотропных препаратов в комплексе плеопто-ортопто-диплоптической терапии у детей / А. М. Петруня, И. В. Хворостяная,

С. А. Лупырь // Офтальмологический журнал. – 2003. – № 1. – С. 40 – 42.

**18.** Петруня А. М. Современная плеоптика / А. М. Петруня, С. А. Гончарова, Г. В. Пантелеев, Е. И. Тырловая // Офтальмологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 74 – 81.

**19.** Пономарчук В. С. Эффективность комбинированного лечения методом фосфенэлектростимуляции и лазерной стимуляции у пациентов с миопией слабой степени / В. С. Пономарчук, Н. И. Храменко, О. В. Гузун // Офтальмологический журнал. – 2011. – № 2. – С. 27 – 31.

**20.** Про освіту осіб з особливостями психічного та/або фізичного розвитку: Законопроект // Інформаційний збірник МНО України. – 2005.

**21.** Психология воспитания детей с нарушением зрения / под ред. Л. И. Солнцевой и В. З. Денискиной. – М. : Налоговый вестник, 2004. – 345 с.

**22.** Психолого-медико-педагогическое обследование ребёнка: Комплект рабочих материалов / под общ. ред. М. М. Семаго. – М., 1999.

**23.** Сердюченко В. И. Особенности проведения плеопто-ортоптического лечения амблиопии и косоглазия у больных детским церебральным параличом / В. И. Сердюченко, Я. И. Гальперт // Офтальмологический журнал. – 2011. – № 6. – С. 44 – 47.

**24.** Тупоногов Б. К. Теоретические основы тифлопедагогики: учеб. пособие / Б. К. Тупоногов. – М. : АПК и ПРО, 2001.

**25.** Феоктистова В. А. Формирование навыков общения у слабовидящих детей / В. А. Феоктистова. – СПб., 2005.

**26.** Чеботарьова О. В. Організаційно-педагогічні умови індивідуального навчання дітей з порушеннями

опорно-рухового апарату : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка» / О. В. Чеботарьова. – К., 2006. – 20 с.

**27.** Шамшинова А. М. Амблиопия: патогенез, дифференциальная диагностика и обоснование принципов лечения / А. М. Шамшинова, Т. П. Кашенко с соавт. // Клиническая физиология зрения. – М.: Научно-медицинская фирма МБН, 2002. – С. 447 – 458.

**28.** Шамшинова А. М. Зрительные функции при амблиопии различного генеза / А. М. Шамшинова, Е. В. Романова, В. А. Ибатулин, Н. В. Хватова // Клиническая физиология зрения. – М.: Научно-медицинская фирма МБН, 2002. – С. 463 – 472.

**29.** Шевцов А. Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я : монографія / А. Г. Шевцов. – К. : Соцінформ, 2004.

# ДОДАТКИ

## Додаток 1

### Орієнтовна схема складання психолого-педагогічної характеристики на учня під час психолого-діагностичного обстеження

#### 1. Загальні відомості про учня.

Вік, дата вступу до навчального закладу, висновки спеціалістів-медиків та психолого-медико-педагогічної консультації, скарги батьків.

#### 2. Історія розвитку учня.

Дані про протікання вагітності та пологи. Розвиток дитини в перші роки життя (в будинку дитини, в сім'ї, з матір'ю, у родичів). Чи відвідувала дитина дитячий садок? (з денним, цілодобовим перебуванням?) Якими хворобами хворіла дитина? Ранній мовленнєвий розвиток дитини (час появи перших слів, фразове мовлення)

Культурно-побутові умови в сім'ї. Взаємини в сім'ї. Чи мають місце конфліктні ситуації в сім'ї, реакція на них дитини. Ставлення до дитини в сім'ї.

#### 3. Фізичний розвиток дитини.

Зір, моторика, координація рухів, відхилення, стан інших аналізаторів. Коли батьки помітили відхилення у фізичному та психічному розвитку.

#### 4. Ставлення учня до навчання.

Успішність, ставлення до навчальної діяльності, до оцінок, до невдач у навчанні. Дисципліна (спокійний чи рухливий, чи реагує на зауваження педагога, виконання правил поведінки у класі, школі, взаємини у класі, тощо). Уміння слухати вчителя, виконувати завдання. Розуміння словесної та письмової інструкції, вміння планувати свою роботу за інструкцією. Труднощі в засвоєнні навчального

матеріалу. Вміння застосовувати набуті знання в нових ситуаціях.

#### 5. Характеристика зору:

- гострота зору, стан очного дна;
- дослідження полів зору, колірною зору, окорухової функції.

Характеристика вищих психічних функцій.

А) характеристика сприймання:

- темп, обсяг, точність, активність, осмислення сприйняття, спостережливність;

- зорове, слухове, дотикове сприйняття. Мимовільне та довільне сприйняття;

- сприймання кольору, форми, величини, просторових та часових відношень;

- особливості сприймання.

Б) характеристика уваги:

- обсяг, стійкість, переключення, розподіл уваги, неухважність, швидкість;

- особливості мимовільної та довільної уваги.

В) характеристика пам'яті:

- швидкість, повнота, міцність;

- мимовільне та довільне запам'ятовування;

- збереження та відтворення попереднього досвіду;

- механічна та опосередкована пам'ять;

- образна та словесно-логічна пам'ять, її особливості.

Г) характеристика мислення:

- аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та абстрагування, їх особливості;

- розуміння причинно-наслідкових зв'язків;

- рівень розвитку логічного та наочно-образного мислення;

- уміння виділяти суттєве в сюжетній картині, в тексті, при класифікації предметів, при визначенні понять, при порівнянні.

- Д) характеристика мовлення:
- рівень мовленнєвого розвитку (тем, ритм), голос, інтонаційна виразність;
  - характеристика звукового та фонематичного слуху;
  - кількісна та якісна характеристика словника, граматична будова мовлення учня;
  - сформованість зв'язного мовлення, наявність аграматизмів;
  - висновок логопеда.
6. Характеристика емоційно-вольової сфери.
- настрої учня (стійкий, нестійкий, легко змінюється через незначні причини, радісний чи пригнічений);
  - наявність афекту;
  - реакція на похвалу;
  - вольові особливості: рішучість, самостійність, ініціативність, цілеспрямованість. Упертість, грубість, боязкість, безініціативність, несамостійність, нестримність.
- Патологічні відхилення в характері дитини.

## Додаток 2

### Орієнтовна схема складання психолого-педагогічної характеристики на клас

1. Загальні відомості про учнівську групу (школа, клас, кількість учнів, статевий та віковий склад, спеціалізація (якщо є), тривалість існування групи.
2. Структура класу:
  - А) офіційна – перелік посад, розподіл обов'язків між учнями, система підпорядкування. Рівень авторитетності учнів, призначено на посади, чим його можна пояснити.
  - Б) неофіційна – її співвідношення з офіційною, популярні, непопулярні, ізольовані учні в класі, якості

особистості, які оцінюють у групі. Поділ класу на мікрогрупи, причини їх існування.

В) взаємовідносини між учнями: емоційний клімат в групі, вияви взаємодопомоги, співвідношення міри вимогливості до себе і до інших, стиль та мотиви спілкування між учнями, особливості відносин хлопчиків та дівчаток. Негативні вияви у стосунках: частота та зміст конфліктів, проблема непопулярних та ізольованих членів групи, байдужість один до одного, труднощі спілкування, способи коригування та оптимізації взаємовідносин.

3. Відносини учнівської групи з:

А) вчителем: стиль керівництва класом, його зв'язок з характером учнівських стосунків, характеристика контактів з учнями, рівень авторитарності.

Б) іншими учнівськими групами:

- одновіковими (суперництво, співробітництво, доброзичливість, взаємодопомога, стосунки лідерів);
- різновіковими (старшими, молодшими);
- позашкільними групами (спортивні секції, неформальні угруповування).

4. Спрямованість учнівської групи:

А) навчально-пізнавальна, рівень успішності, дисципліни, знань, ставлення до відмінників, до учнів, які не встигають;

Б) професійна – наявність різноманітних форм професійної підготовки, ставлення до них учнів, рівень професійних знань, умінь, навичок та зацікавленості майбутньою професією;

В) егоїстична – пріоритет особистих інтересів над груповими, низький рівень контактності, обмеження спілкування у позаурочний час, байдуже ставлення до товаришів;

Г) гуманістична – прояви взаємодопомоги, взаємовиручки, зацікавленість справами один одного,

змістовні та інтенсивні контакти, визначити домінуючу спрямованість групи.

5. Висновки :

- рівень організованості учнівської групи (забезпечує чи ні самоуправління та самовиховання);
- засоби підвищення організованості класу та активізації його виховних можливостей.

Методи вивчення учнівської групи:

1. Спостереження за певною схемою.
2. Соціометрія.
3. Референтометрія.
4. Опитування (анкета, бесіда, інтерв'ю).
5. Вивчення шкільних та класних документів.



### Додаток 3

**Протокол обстеження дитини** \_\_\_\_\_  
20\_\_р.н.

Від «   » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

1. Уміння орієнтуватися в навколишній дійсності
2. Уміння назвати ім'я, прізвище, вік, місце проживання
3. Уміння показати або назвати частини тіла.
4. Уміння розрізнити предмети за кольором, смаком, запахом.
5. Прості узагальнення (предмети меблів, одяжі, фрукти, овочі, свійські та дикі тварини)
6. Виділення одного предмета з групи інших за ознаками
7. Виявлення логічних помилок в сюжетах, зображених на малюнках
8. Уміння переказати прочитаний логопедом текст.
9. Рахунок у межах 5, 10; прямий та зворотній.
10. Розуміння «більше», «менше», «однакове».
11. Арифметичні дії в межах 5, 10, 20.
12. Письмо під диктування.

### Протокол повчального експерименту

**П.І.Б.** \_\_\_\_\_ **Вік** \_\_\_\_\_  
«   » \_\_\_\_\_ **20\_\_ г.**

<b>Дії експериментатора</b>	<b>Дії дитини</b>	<b>Висловлювання дитини</b>	<b>Аналіз фактів</b>

**Діяльність спеціалістів МППС служби на  
діагностичному та основному етапах організації  
супроводу**

	<b>Форми роботи</b>	<b>Інструментарій</b>	<b>Підсумок</b>
<b>Психолог</b>	Індивідуальна консультація, бесіда, спостереження, анкетування, тестування.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Графічний диктант (Д. Б. Ельконін).</li> <li>- Методика «Будиночок» Н. І. Гуткіної.</li> <li>- Тест «Шкільної зрілості» (А. Керна-Йерасека).</li> <li>- Методика «Послідовність подій»</li> <li>- Опитувальник «Визначення стилю виховання в сім'ї»</li> <li>- Тест на визначення стану короткочасної пам'яті (методика А. Р. Лурії).</li> <li>- Тест на визначення концентрації та розподілу уваги.</li> </ul>	Заповнення лікувального журналу рекомендаціями для педагогів, створення індивідуальних програм розвитку.

<b>Соціальний педагог</b>	Аналіз документації, спостереження, відвідування з метою обстеження житлово-побутових умов проживання дитини, індивідуальне і групове консультування, анкетування	Тематична зустріч з батьками «Проблеми адаптації першокласників», анкета для батьків «Моя дитина», опитувальник для батьків на виявлення порушень в поведінці дитини, проведення співбесіди-знайомства з використанням карти обстеження дитини, аналіз виконання батьками соціальних ролей (визначення типу сім'ї, трудової зайнятості батьків, стилю спілкування в сім'ї, її перспективне планування майбутнього своєї дитини).	Складання та запис рекомендацій в лікувальний журнал.
<b>Лікар-офтальмолог</b>	Аналіз документів, поглиблений огляд дитини	Циклоплегія, офтальмоскопія, біомікроскопія, офтальмометрія, периметрія, масаж, лазерстимуляція	Уточнення діагнозу, складання «Карти офтальмологічних рекомендацій», заповнення рекомендацій в лікувальний журнал.

Учитель-логопед	<p>Аналіз пакету документів на дитину, оцінка стану анатомо-фізіологічної будови мовленнєвого апарату, органів артикуляції, обстеження звуковимови, просодичних компонентів мовлення, лексико-граматичної будови мовлення.</p>	<p>Спеціальні функціональні проби обстеження мовленнєвої моторики (О. М. Мастюкова), визначення стану слуху (М. А. Савченко), альбом обстеження мовлення дітей (А. Я. Малярчук), набір предметних картинок (вимова звуків і слів, словник дитини), набір сюжетних малюнків (граматична будова мовлення).          Методика «Нісенітниця», методика «Парні картинки», методика «Виключення предметів», методика «Розрізні картинки» методика «Встановлення послідовності подій» методика «Класифікація предметів»</p>	<p>Встановлення діагнозу згідно з психолого-педагогічною класифікацією. Заповнення рекомендацій стосовно дитини в лікувальні журнали, створення індивідуальної корекційної програми.</p>
-----------------	--	--	--

<b>Інструктор ЛФК</b>	<p>Визначення наявності в дитини початкових форм порушення постави, сколіозу, клишоногості, наявність супутніх захворювань (ЗПР, ДЦП, соматичних захворювань).</p> <p>Ознайомлення з медичною документацією дитини, що поступила.</p> <p>Виконання призначень лікувальних процедур згідно зі встановленим діагнозом</p>	<p>Вимірювання антропометричних показників дитини : вага, зріст, розмір грудної клітини.</p> <p>Ретельний зовнішній огляд дитини.</p>	<p>Складання медичної документації після поглибленого огляду дитини лікарем-хірургом та іншими фахівцями.</p> <p>Індивідуальний підбір вправ лікувально-коригувальної гімнастики, масажу, процедур, залежно від стану, ступеня захворювання, віку і діагнозу дитини.</p>
-----------------------	---	---	--

## Додаток 5

### Зразок оформлення подання

*Начальнику відділу освіти  
Луганської ОДА*

*Дирекція (назва школи) просить надати дозвіл на організацію навчання за індивідуальною програмою для учня (учениці) (вказати прізвище, ім'я по батькові та дата народження) за програмою (назва програми: загальноосвітньої школи, інтенсивної педагогічної корекції, допоміжної школи) терміном на (вказати термін/навчальний рік, в якому класі буде навчатись) в обсязі (кількість годин) тижневого навантаження.*

*Підстава: заява батьків, довідка (ким видана, №, дата), рішення ПМПК (№, дата).*

*Копія довідки (рішення ПМПК), посвідчення інваліда (якщо є) додається.*

*Директор школи  
підпис*

## Додаток 6

### Тестові методики

#### **1. Методика вивчення професійної орієнтації за Є. О. Клімовим.**

ІНСТРУКЦІЯ: Навпроти кожного висловлювання закресліть цифру, що відповідає мірі вашого бажання займатися цим видом діяльності

(0 – зовсім ні, 1 – мабуть, так, 2 – вірно, 3 – цілком вірно)

#### **Я ХОЧУ**

(мені подобається, мене притягає, я вважаю за краще):

	Обслуговувати	людей	0	1	2	3
	Займатися	лікуванням	0	1	2	3
	Навчати,	виховувати	0	1	2	3
1	Захищати права і	безпеку	0	1	2	3
	Управляти людьми		0	1	2	3
	Управляти	машинами	0	1	2	3
2	Ремонтувати	устаткування	0	1	2	3

	Збирати і налагоджувати техніку	0	1	2	3
	Займатися будівництвом	0	1	2	3
	Обробляти матеріали, виготовляти різні предмети і речі	0	1	2	3
	Обробляти тексти й таблиці	0	1	2	3
	Робити розрахунки й обчислення	0	1	2	3
	Переробляти інформацію	0	1	2	3
3	Працювати з кресленнями, картами та схемами	0	1	2	3
	Приймати та передавати сигнали й повідомлення	0	1	2	3
	Малювати, фотографувати	0	1	2	3
	Створювати витвори мистецтва	0	1	2	3
4	Виступати на сцені	0	1	2	3
	Вишивати, в'язати	0	1	2	3
	Займатися художнім оздобленням	0	1	2	3
	Доглядати за тваринами	0	1	2	3
	Заготовлювати продукти	0	1	2	3
5	Працювати на відкритому повітрі	0	1	2	3
	Вирощувати овочі і фрукти	0	1	2	3
	Мати справу з природою	0	1	2	3
	Працювати руками	0	1	2	3
	Виконувати рішення	0	1	2	3
	Відтворювати наявні зразки	0	1	2	3
	Розмножувати, копіювати	0	1	2	3
А	Утілювати ідеї в життя	0	1	2	3
	Отримувати конкретний практичний результат	0	1	2	3
	Працювати головою	0	1	2	3
Б	Приймати рішення	0	1	2	3

Створювати нові зразки	0	1	2	3
Аналізувати, вивчати, досліджувати, спостерігати, вимірювати, випробовувати, контролювати	0	1	2	3
Планувати, конструювати, проектувати, розробляти, моделювати	0	1	2	3

**ІНСТРУКЦІЯ:** Навпроти кожного висловлювання закресліть цифру, що відповідає мірі вашого вміння займатися цим видом діяльності

(0 – зовсім ні, 1 – мабуть, так, 2 – вірно, 3 – цілком вірно)

## **Я МОЖУ**

(здатний, умію, маю навички):

	Знайомитися з новими людьми	0	1	2	3
	Бути чуйним і доброзичливим	0	1	2	3
1	Вислуховувати людей	0	1	2	3
	Розбиратися в людях	0	1	2	3
	Добре говорити і виступати публічно	0	1	2	3
	Шукати і усувати несправності	0	1	2	3
2	Вправно поводитися з інструментами	0	1	2	3
	Розбиратися в технічних пристроях	0	1	2	3
	Використати прилади, машини, механізми	0	1	2	3
	Добре орієнтуватися в просторі				
	Бути зосередженим і усидливим	0	1	2	3



3	Добре рахувати мовчки	0	1	2	3
	Кодувати інформацію	0	1	2	3
	Оперувати знаками й символами	0	1	2	3
	Шукати й виправляти помилки	0	1	2	3
4	Розбиратися в літературі й мистецтві	0	1	2	3
	Складати вірші, писати оповідання	0	1	2	3
	Малювати				
	Створювати гарні, зі смаком зроблені речі	0	1	2	3
	Співати, грати на музичних інструментах				
	Розводити рослини або тварин	0	1	2	3
5	Боротися з хворобами, шкідниками	0	1	2	3
	Розбиратися в тваринах або рослинах	0	1	2	3
	Орієнтуватися в природних явищах				
	Працювати на землі				
	Швидко виконувати завдання	0	1	2	3
А	Точно наслідувати інструкції	0	1	2	3
	Працювати за заданим алгоритмом	0	1	2	3
	Виконувати одноманітну роботу	0	1	2	3
	Дотримуватися правил і нормативів				
	Приймати нестандартні рішення	0	1	2	3

Б	Брати на себе відповідальність	0	1	2	3
	Легко придумувати нові способи діяльності	0	1	2	3
	Створювати нові інструкції й давати вказівки	0	1	2	3
	Самостійно організовувати свою роботу	0	1	2	3

### Оброблення результатів

Судження, що характеризують різні види професійної діяльності, об'єднано в сім груп по п'ять суджень у кожній. У кожній групі з п'яти суджень необхідно підрахувати сумарну кількість балів, набраних вами, та записати цю суму в рамці праворуч від відповідної групи суджень. Сумарна оцінка з кожної групи може складати від 0 до 15 балів. Залежно від того, в якій групі ви набрали максимальний сумарний бал, визначається найбільша схильність або здатність до відповідного типу або класу професій.

Перші п'ять груп суджень, позначені цифрами від 1 до 5 характеризують п'ять типів професій, розділених за ознакою «предмет праці»:

- 1) людина-людина,
- 2) людина-техніка,
- 3) людина-знакова система,
- 4) людина-природа,
- 5) людина-художній образ.

### Описи професій

#### 1. Людина-техніка (Л-Т)

Праця людей цієї групи професій пов'язана з перетворенням деталей, виробів, механізмів (виготовлення

деталей, машин, механізмів вручну, на верстатах і автоматичних лініях, слюсарно-складальні роботи, монтажні й електромонтажні, будівельно-обробні, роботи зі здобуття й переробки промислової сировини, виготовлення харчових продуктів); обслуговуванням технічних об'єктів (налаштування й обслуговування устаткування, управління верстатами, машинами, механізмами, транспортними засобами і будівельними машинами); відновленням (відновлення й ремонт технічного устаткування, виробів); вивченням (контроль і аналіз якості виробів і механізмів, випробування якості виробів).

## **2. Людина-Людина (Л-Л)**

Праця людей цієї групи професій пов'язана з вихованням, навчанням, тренуванням інших людей (вихователь дошкільних установ, дитячих будинків, викладач в школах і інших навчальних закладах, майстер виробничого навчання, тренер зі спорту та ін.); медичним обслуговуванням людей (лікар, зубний технік, медична сестра); правовою допомогою (суддя, адвокат, юрисконсульт, працівник міліції та ін.); організацією людей, керівництвом і управлінням ними (адміністратор, менеджер та ін.); вивченням, описом, дослідженням інших людей (соціолог, психолог, журналіст, слідчий та ін.).

## **3. Людина-Знакова система (Л-З)**

Праця людей цієї групи професій пов'язана з перетворенням, розрахунком, сортуванням (бухгалтер, економіст, листоноша та ін.); шифруванням, дешифруванням, розпізнаванням символів (стенографіст, радист, лінгвіст, філолог, історик, математик, бібліотекар та ін.); управлінням руху (диспетчер, інспектор ДІБДР та ін.); складанням і зберіганням документації (нотаріус,

архіваріус, діло вод та ін.); відновленням, усуненням спотворень (коректор, редактор та ін.).

#### **4. Людина-Природа (Л-П)**

Праця людей цієї групи професій пов'язана з перетворенням, переробкою (садівник, технолог харчової промисловості, рибообробник та ін.); обслуговуванням, охороною флори і фауни (працівник лісового господарства, квітникар, птахівник, тваринник та ін.); заготівлею продуктів, експлуатацією природних ресурсів (мисливець, рибалка, лісоруб, агроном, зоотехнік та ін.); відновленням, лікуванням (ветеринар, еколог, лісознавець та ін.); вивченням, описом, дослідженням (генетик, геолог, ботанік, зоолог, метеоролог та ін.).

#### **5. Людина-Художній образ (Л-Х)**

Праця людей цієї групи професій пов'язана з перетворенням, створенням (архітектор, дизайнер, скульптор, модельєр, художник, режисер, композитор та ін.); виконанням, виготовленням виробів за зразком в одиничному екземплярі (диригент, музикант, вокаліст, актор, ювелір, реставратор, оформлювач та ін.); з відтворенням, копіюванням, розмноженням художніх творів (майстер по розпису, шліфувальник по каменю, муляр та ін.).

### **2. Тест «ПРОФІЛЬ»**

**(модифікація методики «Карта Інтересів»**

**А. Голомштока)**

**ІНСТРУКЦІЯ:** Ці питання стосуються Вашого ставлення до різних напрямів діяльності. Чи подобається Вам робити те, про що говориться в опитувальнику? Якщо так, то в бланку відповідей поряд з номером питання

поставте «+». Якщо не подобається – знак «-». Якщо сумніваєтеся, поставте «?»

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50

1. Дізнаватися про відкриття в галузі фізики й математики.
2. Дивитися передачі про життя рослин і тварин.
3. З'ясовувати облаштування електроприладів.
4. Читати науково-популярні технічні журнали.
5. Дивитися передачі про життя людей в різних країнах.
6. Бувати на виставках, концертах, театральних виставах.
7. Обговорювати й аналізувати події в країні та за кордоном.
8. Спостерігати за роботою медсестри, лікаря.
9. Створювати затишок і порядок у будинку, класі, школі.
10. Читати книги й дивитися фільми про війни та битви.
11. Займатися математичними розрахунками і обчисленнями.
12. Дізнаватися про відкриття в галузі хімії й біології.
13. Ремонтувати побутові електроприлади.
14. Відвідувати технічні виставки, знайомитися з досягненнями науки.
15. Ходити в походи, бувати в нових незвіданих місцях.

16. Читати відгуки й статті про книги, фільми, концерти.
17. Брати участь у громадському житті школи, міста.
18. Пояснювати однокласникам навчальний матеріал.
19. Самостійно виконувати роботу по господарству.
20. Дотримуватися режиму, вести здоровий образ життя.
21. Проводити досліди з фізики.
22. Доглядати за тваринними рослинами.
23. Читати статті про електроніку та радіотехніку.
24. Збирати і ремонтувати годинник, замки, велосипеди.
25. Колекціонувати камені, мінерали.
26. Вести щоденник, складати вірші й оповідання.
27. Читати біографії відомих політиків, книги з історії.
28. Грати з дітьми, допомагати робити уроки молодшим.
29. Закуповувати продукти для будинку, вести облік витрат.
30. Брати участь у військових іграх, походах.
31. Займатися фізикою й математикою понад шкільну програму.
32. Помічати й пояснювати природні явища.
33. Збирати та ремонтувати комп'ютери.
34. Будувати креслення, схеми, графіки, зокрема на комп'ютері.
35. Брати участь у географічних, геологічних експедиціях.
36. Розповідати друзям про прочитані книги, побачені фільми й вистави.
37. Стежити за політичним життям у країні й за кордоном.
38. Доглядати за маленькими дітьми або близькими, якщо вони захворіли.
39. Шукати й знаходити способи заробляння грошей.
40. Займатися фізичною культурою та спортом.
41. Брати участь у фізико-математичних олімпіадах.
42. Виконувати лабораторні досліди з хімії та біології.
43. Розбиратися в принципах роботи електроприладів.
44. Розбиратися в принципах роботи різних механізмів.

45. «Читати» географічні й геологічні карти.
46. Брати участь у виставах, концертах.
47. Вивчати політику й економіку інших країн.
48. Вивчати причини поведінки людей, будову людського організму.
49. Вкладати зароблені гроші до домашнього бюджету.
50. Брати участь у спортивних змаганнях.

### **Оброблення результатів**

Десять колонок у бланку – це десять можливих напрямів твоєї діяльності:

- 1 - фізика й математика;
- 2 - хімія й біологія;
- 3 - радіотехніка й електроніка;
- 4 - механіка й конструювання;
- 5 - географія й геологія;
- 6 - література й мистецтво;
- 7 - історія й політика;
- 8 - педагогіка й медицина;
- 9 - підприємництво й домоводство;
- 10 - спорт і військова справа.

Підрахуйте кількість плюсів у кожному стовпчику. Чим їх більше, тим вищий інтерес до цього заняття. П'ять балів говорять про яскраво виражений інтерес до предмета або виду діяльності. Це – необхідна, але недостатня умова правильного вибору професії. Інша важлива умова – здібності або професійно важливі якості.

Якщо сума балів в жодній колонці не перевищує трьох балів, значить, професійні інтереси виражено слабо.

### 3. Методика «Опитувальник Дж. Голланда»

Ця методика спрямована на діагностику основної професійної спрямованості особистості. Дж. Голланд уважав, що можна виділити шість типів особистості: реалістичний, інтелектуальний, соціальний, конвенціональний, заповзятливий і артистичний. Кожному типу особистості властиво обирати певний тип професій. Це гарантує йому успіх і задоволення від виробничої діяльності.

**Інструкція:** нижче попарно представлено різні професії. У кожній парі професій постарайтеся знайти ту, котрій ви віддаєте перевагу.

1. а) інженер-технік; б) інженер-контролер
2. а) людина, яка в'яже; б) санітарний лікар
3. а) кухар; б) складач
4. а) фотограф; б) завідувач магазину
5. а) кресляр; б) дизайнер
6. а) філософ; б) психіатр
7. а) учений-хімік; б) бухгалтер
8. а) редактор наукового журналу; б) адвокат
9. а) лінгвіст; б) перекладач художньої літератури
10. а) педіатр; б) статистик
11. а) організатор виховної роботи; б) голова профспілки
12. а) спортивний лікар; б) фейлетоніст
13. а) нотаріус; б) постачальник
14. а) перфоратор; б) карикатурист
15. а) політичний діяч; б) письменник
16. а) садівник; б) метеоролог
17. а) водій тролейбуса; б) медсестра
18. а) інженер-електрик; б) секретар-друкарка
19. а) маляр; б) художник по металу
20. а) біолог; б) головний лікар



21. а) телеоператор; б) режисер
22. а) гідролог; б) ревізор
23. а) зоолог; б) зоотехнік
24. а) математик; б) архітектор
25. а) працівник ІДН; б) рахівник
26. а) учитель; б) командир дружинників
27. а) вихователь; б) художник по кераміці
28. а) економіст; б) завідувач відділом
29. а) коректор; б) критик
30. а) завгосп; б) директор
31. а) радіоінженер; б) фахівець із ядерної фізики
32. а) налащик; б) механік
33. а) агроном; б) голова колгоспу
34. а) закрійник-модельєр; б) декоратор
35. а) археолог; б) експерт
36. а) працівник музею; б) консультант
37. а) учений; б) актор
38. а) логопед; б) стенографіст
39. а) лікар; б) дипломат
40. а) головний бухгалтер; б) директор
41. а) поет; б) психолог
42. а) архіваріус; б) скульптор

#### 4. Методика «Мотиви вибору професії»

**Інструкція:** нижче наведені ствердження, що характеризують будь-яку професію. Прочитайте й оцініть, якою мірою кожне з них вплинуло на ваш вибір професії. Назвіть цю професію, спеціальність.

Шкала оцінок:

- 5 – дуже сильно вплинуло;
- 4 – сильно вплинуло;
- 3 – середньо вплинуло;
- 2 – слабко вплинуло;

1 – ніяк не вплинуло.

Умовні позначки:

«І» – внутрішні індивідуально значущі мотиви;

«С» – внутрішні соціально значущі мотиви;

«+» – зовнішні позитивні мотиви;

«-» – зовнішні негативні мотиви.

Максимальна сума вказує на домінуючий тип мотивації

№ п/п	Твердження	Оцінка	Тип мотивації
1	Потребує спілкування з різними людьми		І
2	Подобається батькам		-
3	Передбачає високе почуття відповідальності		С
4	Потребує переїзду на нове місце проживання		+
5	Відповідає моїм здібностям		І
6	Дозволяє обмежитися наявним обладнанням		-
7	Дає можливість приносити користь людям		С
8	Сприяє розумовому й фізичному розвитку		І
9	Є високооплачуваною		+
10	Дозволяє працювати близько від будинку		+
11	Є престижною		-

12	Дає можливість для росту професійної майстерності		С
13	Єдино можлива у створених обставинах		–
14	Дозволяє реалізувати здібності до керівної роботи		С
15	Є привабливою		І
16	Близька до улюбленого шкільного предмета		+
17	Дозволяє відразу дістати гарний результат праці для інших		С
18	Обрана моїми друзями		–
19	Дозволяє використовувати професійні вміння поза роботою		+
20	Дає великі можливості проявити творчість		І

### 5. «Опитувальник для виявлення готовності школярів до вибору професії» (В. Б. Успенський)

**Ціль:** визначення готовності учнів до вибору професії.

**Хід проведення:** Учням пропонується прочитати нижченаведені ствердження й виразити свою згоду або незгоду з ними за допомогою відповідей /так, ні/.

1. Ви вже твердо обрали майбутню професію.
2. Основний мотив вибору – матеріальні інтереси.
3. В обраній професії Вас приваблює насамперед сам процес праці.

4. Ви обираєте професійний навчальний заклад тому, що туди пішли вчитися Ваші друзі.
5. Ви обираєте місце роботи (навчання) тому, що воно розташоване недалеко від будинку.
6. Якщо Вам не вдасться одержати обрану професію, то у Вас є запасні варіанти.
7. Ви читаєте періодичні видання, пов'язані з майбутньою професією.
8. Вам відомі протипоказання, які існують для обраної професії.
9. Не важливо, ким працювати, важливо, як працювати.
10. Ви вважаєте, що з вибором професії не треба поспішати, спочатку варто одержати атестат.
11. Вам відомо, яких якостей, важливих для майбутньої професійної діяльності, Вам бракує.
12. Ви займаєтеся розвитком професійно значимих якостей.
13. Чи згодні Ви з тим, що здоров'я не впливає на вибір професії?
14. Учителі схвалюють Ваш вибір майбутньої професії.
15. Ви знаєте про неприємні сторони майбутньої професії.
16. Вам вдалося випробувати сили в діяльності, близькій до майбутньої професії.
17. Ви консультувалися про вибір професії в лікаря.
18. Головне у виборі професії – можливість вступити до професійного навчального закладу.
19. Ви знаєте про умови вступу до обраного навчального закладу.
20. Вам відомо про можливості працевлаштування за обраною професією.
21. Ви впевнені, що родичі допоможуть Вам влаштуватися на роботу (навчання).

22. Ви знаєте про можливі заробітки в представників професії, яку обираєте.
23. Якщо не вдасться вступити до обраного навчального закладу, то Ви будете намагатися ще раз.
24. Для правильного вибору професії досить Вашого слова «хочу».

### **Оброблення й інтерпретація результатів.**

Проставте отримані варіанти відповідей у два стовпці таким чином:

**I – 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 19.**

**II – 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 23, 24.**

Підрахуйте в першому стовпці суму відповідей «так», у другому – суму відповідей «ні». Складіть отримані суми й визначте рівень готовності школярів до вибору професії за наступною шкалою:

0 – 6 балів – неготовність;

7 – 12 балів – низька готовність;

13 – 18 балів – середня готовність;

19 – 24 бали – висока готовність.

## **Додаток 7**

### **Програма психологічного супроводу вибору профіля навчання учнями середніх класів**

<b>№ тижня</b>	<b>Зміст роботи</b>	<b>Учасники</b>	<b>Основні завдання</b>
1.	Виступ на педагогічній нараді з планом проведення психологічного супроводу з	Вчителі	1. Представити програму психологічного супроводу. 2. Обґрунтувати умови реалізації

	вибору профілю навчання		програми й вирішити питання взаємної співпраці психолога з учителями у рамках програми супроводу.
2.	Зустріч з класом, пояснення їм мети і завдань, необхідність роботи за програмою. Проведення діагностики	Учні	1. Пояснити учням зміст роботи психолога. 2. Провести діагностику учнів з використанням методик Є. Клімова, А. Голомштока, Дж. Голланда, В. Успенського, анкетування.
3.	Виступ на батьківських зборах, пояснення мети і завдань психологічного супроводу вибору профілю навчання. Ознайомлення з результатами тестування	Батьки	1. Пояснити зміст пропонованої роботи. 2. Визначити спрямованість на профіль навчання кожного учня. 3. Вирішення питань, пов'язаних з побажанням батьків.

4.	Проведення заняття у формі інформаційної бесіди з учнями на тему: «Різноманіття світу професій»	Учні	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Інформувати підлітків про поняття «Професійна діяльність» і її значення в житті кожної людини.</li> <li>2. Познайомити з типологією професій за Є. Клімовим та пояснити суть кожного типу професії.</li> <li>3. Виявити особистісні переваги учнів з вибору професії.</li> </ol>
5.	Проведення заняття у формі інформаційної бесіди з учнями на тему: «Професія типу «Людина-природа»	Учні	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Розповісти учням про професії цього типу.</li> <li>2. Вивчення професіограми й психограми типу «Людина-природа».</li> <li>3. Знайомство з професіями, які представляють цей тип.</li> </ol>
6.	Зустріч з людиною професії типу	Учні	1. Познайомити підлітків з особливостями

	«Людина-природа»		професій цього типу. 2. Виявити особливості й умови роботи за професією «Людина-природа»
7.	Проведення заняття у формі інформаційної бесіди з учнями на тему: «Професія типу «Людина-техніка»	Учні	1. Розповісти учням про професії цього типу. 2. Вивчення професіограми й психограми типу «Людина-техніка». 3. Знайомство з професіями, які представляють цей тип.
8.	Зустріч з людиною професії типу «Людина-техніка»	Учні	1. Познакомити підлітків з особливостями професій цього типу. 2. Виявити особливості й умови роботи за професією «Людина-техніка»
9.	Проведення заняття у формі	Учні	1. Розповісти учням про



	інформаційної бесіди з учнями на тему: «Професія типу «Людина-художній образ»		професії цього типу. 2. Вивчення професіограми й психограми типу «Людина-художній образ». 3. Знайомство з професіями, які представляють цей тип.
10.	Зустріч з людиною професії типу «Людина-художній образ»	Учні	1. Познайомити підлітків з особливостями професій цього типу. 2. Виявити особливості і умови роботи за професією «Людина-художній образ»
11.	Проведення заняття у формі інформаційної бесіди з учнями на тему: «Професія типу «Людина-знакова система»	Учні	1. Розповісти учням про професії цього типу. 2. Вивчення професіограми і психограми типу «Людина-знакова система». 3. Знайомство з

			професіями, які представляють цей тип.
12.	Зустріч з людиною професії типу «Людина-знакова система»	Учні	1. Познакомити підлітків з особливостями професій цього типу. 2. Виявити особливості й умови роботи за професією «Людина-знакова система»
13.	Проведення заняття у формі інформаційної бесіди з учнями на тему: «Професія типу «Людина-людина»	Учні	1. Розповісти учням про професії цього типу. 2. Вивчення професіограми і психограми типу «Людина-людина». 3. Знайомство з професіями, які представляють цей тип.
14.	Зустріч з людиною професії типу «Людина-людина»	Учні	1. Познакомити підлітків з особливостями професій цього типу. 2. Виявити

			особливості й умови роботи за професією «Людина-людина»
15.	Виступ на педагогічній раді з першими результатами після проведення занять з психологічного супроводу вибору профілю навчання	Вчителі	1. Ознайомлення учителів з ходом реалізації програми. 2. Обговорення позитивних змін в класі (зацікавленість учня в певному предметі, відвідування факультативу).
16.	Проведення тренінгу особистісного зростання.  Заняття № 1	Учні	1. Знайомство учнів з новою для них формою проведення занять, – тренінгом. 2. Вироблення правил поведінки під час тренінгу. 3. Проведення вправ на активізацію самосвідомості.
17.	Проведення тренінгу особистісного	Учні	1. Визначення форм прояву упевненої і

	зростання. Заняття № 2		невпевненої поведінки. 2. Розвиток упевненості у підлітка в собі. 3. Програвання різних форм поведінки в конфліктній ситуації.
18.	Проведення тренінгу особистісного зростання. Заняття № 3	Учні	1. Продовження вироблення упевненої поведінки. 2. Програвання різних форм поведінки в ситуації фрустрації.
19.	Проведення тренінгу особистісного зростання. Заняття № 4	Учні	Навчитися бути уважнішими й гуманнішими в стосунках з іншими.
20.	Проведення тренінгу особистісного зростання. Заняття № 5	Учні	Навчитися долати сором'язливість і висловлювати свою думку.
21.	Проведення тренінгу особистісного зростання. Заняття № 6	Учні	Навчитися відповідально й обдуманно підходити до вирішення важливих

			питань.
22.	Проведення тренінгу особистісного зростання. Заняття № 7	Учні	Навчитися прогнозувати наслідки своїх дій.
23.	Проведення тренінгу особистісного зростання.  Заняття № 8	Учні	Закріплення тренінгу особистісного зростання через програвання сюжетно-рольових ігор (ситуації ухвалення рішень, фрустрації, конфліктні ситуації та ін.).
24.	Проведення тренінгу з формування профільної свідомості. Заняття № 1	Учні	Усвідомити причину вибору того або іншого профілю навчання.
25.	Проведення тренінгу з формування профільної свідомості. Заняття № 2	Учні	Навчитися долати бар'єри на шляху до професійної діяльності.
26.	Проведення тренінгу з формування	Учні	Знайти в собі такі риси особистості, які

	профільної свідомості. Заняття № 3		допоможуть реалізуватися у обраному профілі навчання.
27.	Проведення тренінгу з формування профільної свідомості. Заняття № 4	Учні	1. Проектування свого життєвого шляху на декілька років вперед. 2. Формування уявлень про вплив обраного профілю навчання на всі аспекти життя.
28.	Проведення тренінгу з формування профільної свідомості. Заняття № 5	Учні	Навчитися знаходити позитивні й негативні аспекти в обраному профілі.
29.	Проведення тренінгу з формування профільної свідомості. Заняття № 6	Учні	Позбавитися від тих форм поведінки або рис особистості, які заважають в реалізації обраного профілю навчання.
30.	Проведення тренінгу з формування профільної	Учні	Навчитися долати стереотипи стосовно обраного профілю

	свідомості. Заняття № 7		навчання.
31.	Проведення підсумкового заняття	Учні	Підведення підсумків тренінгової роботи. Зворотний зв'язок.
32.	Проведення повторної діагностики. Оцінювання результатів ефективності програми супроводу.	Учні	Оцінити ефективність програми і зміни, які сталися у підлітків.
33.	Виступ на педагогічній раді з результатами проведення психологічного супроводу з вибору профілю навчання	Вчителі	1. Обговорення результатів психологічного супроводу. 2. Зарахування учнів в профільні класи на основі отриманих даних.
34.	Виступ на батьківських зборах. Ознайомлення з результатами тестування	Батьки	1. Обговорення результатів психологічного супроводу. 2. Обговорення змін, що сталися з дітьми.

## Іменний покажчик

### А

Аветісов Е. С. 18, 67, 230  
Айшервуд М. 115  
Альонкіна О. О. 166, 230  
Ананін В. Ф. 39, 230  
Артюкевич Е. В. 105, 235  
Аслаєва Р. Г. 74, 230

### Б

Бартон Л. 115  
Божович Л. І. 162  
Барінов Ю. В. 67, 203, 230  
Баріхашвілі І. І. 174, 216, 230  
Бернадська М. Е. 105, 232  
Бистрова Ю. О. 67, 120, 159, 166, 175, 194, 207, 227, 230, 232, 236  
Бліннікова І. В. 87  
Бондар В. І. 6, 132, 155, 185, 231, 233  
Борисова Е. М. 161, 185, 231  
Бурдє П. 115

### В

Вавіна Л. С. 105, 231  
Виготський Л. С. 6, 109, 125  
Віденіна І. В. 39, 231

Вітковська А. М. 86, 91  
Власова Т. О. 114  
Волков В. В. 39, 232, 249  
Волошина Т. А. 125, 235  
Ворона М. П. 174, 216, 230

### Г

Гаврилов О. В. 75, 233, 235  
Гінзберг Е. 161  
Голланд Дж. 262, 269  
Голомшток А. 259, 269  
Гольдберг А. 118  
Граніт Р. 14  
Гребенюк Т. М. 68, 126, 185, 232, 239  
Григорьєва Л. П. 105, 232  
Гончарова С. О. 40, 227, 235, 241  
Горячев Д. С. 120, 231  
Грищенко Г. В. 174, 216, 230  
Гуревич К. М. 156, 185, 231  
Гуткіна Н. І. 249

### Д

Деніскіна В. З. 157



Добровольська Т. О. 98,  
237

## Е

Ельконін Д. Б. 249

## Є

Євстафієва П. 134  
Єгоров Є. О. 19, 235  
Єльніцький К. 134  
Єременко І. Г. 118  
Єрмаков В. П. 157  
Єрмилова Л. К. 157

## Ж

Жохов В. П. 157

## З

Забабуріна О. С. 157  
Забрамна С. Д. 97, 98, 237  
Зарубіна І. Н. 157

## І

Ібатулін Р. А. 30  
Ілляшенко Т. Д. 161

## К

Кантор В. З. 70, 74, 114,  
232, 239  
Кашченко Т. П. 57, 242  
Клімов Є. О. 162, 253,  
269, 270  
Ковалевський Є. І. 18, 230

Коваленко В. Є. 162, 154,  
233

Колодна Н. А. 120, 186,  
194, 231, 233, 234

Колупаєва А. А. 106, 114,  
125, 132, 234

Костюк Г. С. 118

Крижановська Т. В. 40,  
235

Кузнєцов І. Є. 157

Кузнєцова М. В. 39, 67,  
233

## Л

Лазурський О. Ф. 80  
Ландольт Е. 9, 11, 47  
Левченко І. Ю. 97, 98,  
237, 241

Леонтєв А. Н. 91, 95

Лібман Є. С. 157

Липа В. О. 74, 105, 234

Літвак О. Г. 6, 158

Логінова Г. П. 161

Лубовський В. І. 114

Лупир С. А. 50, 74, 120,  
175, 231, 234

Лурія А. Р. 249

## М

Маллаєв Д. М. 90, 91, 92

Малофєєв М. М. 125

Малярчук А. Я. 251

Мастюкова О. М. 251

Матвєєва М. П. 75, 235

Миронова С. П. 75, 156,  
234

Мирошнікова Є. К. 39, 67,  
194, 208, 234

Моргуліс І. 118

Міхайліченко А. Ф. 125,  
232

## Н

Науменко Л. Ю. 40, 235

Ніколаєнко Д. 118

Нікуліна Г. В. 105, 236

## О

Олексієв О. Л. 157

Олесницький І. 134

## П

Павлов І. П. 11

Пантелєєв Г. В. 40, 208,  
226, 235, 236, 241

Парсонс Т. 158, 161

Пасечнікова Н. В. 6, 20,  
34

Петруня А. М. 40, 50, 67,  
120, 175, 208, 216, 227,  
231, 234, 235, 236, 241

Плаксина Л. І. 157, 231

## Р

Ремажевська В. М. 105

Рубінштейн С. Л. 162

Риков С. О. 6, 20

## С

Савченко М. О. 251

Сверлов В. С., 157

Сенякіна А. С. 40, 237

Сергієнко М. М. 6, 234

Синьов В. М. 6, 108, 117,  
120, 162, 166, 175, 194,  
217, 237, 238

Синьова Є. П. 6, 19, 67,  
68, 70, 75, 98, 121, 157,  
185, 217, 238

Скворцов М. 134

Смирнов К. 134

Соколянський І. П. 118

Сонцева Л. І. 75, 98, 105,  
232, 238, 241

Сонцева О. Г. 87

Стадненко Н. М. 99, 161,  
238

Старіков І. М. 174, 215,  
230

Стребелева Є. О. 97

Сьюпер Д. 160, 161, 166

## Т

Тарасун В. В. 161, 232

Тейлор Д. 19

Тирлова Є. І. 40, 208, 227,  
235, 236, 241

## У

Успенський В. Б. 266

## **Ф**

Федоренко С. В. 68, 157  
Феоктистова В. О. 6, 239,  
242  
Фесенко А. Я. 157  
Фомічова Л. В. 105, 235

## **Х**

Хартридж Г. 14  
Хватова А. В. 17, 231, 241  
Хворостяна І. В. 120, 194,  
232, 234, 242  
Хойт К. 19, 232

## **Ц**

Ципіна Н. А. 114

## **Ч**

Чернікова Т. В. 166, 230  
Чернишов О. І. 133, 238  
Чернявська А. П. 161

## **Ш**

Шавир П. О. 162  
Шамшинова А. М. 242  
Шахова Є. В. 40, 67, 194,  
207, 234  
Шевцов А. Г. 194, 238,  
242  
Штайнер Р. 201, 116

## **Ю**

Юхимчик Н. Н. 114, 238

## Предметний покажчик

### А

Адаптація темнова 7  
Адаптація світлова 7  
Акомодація ока 26  
Альбінізм 109  
Амбліопія 19, 32, 47, 71, 204  
Аметропія 27, 31  
Анамнестичні дані 79  
Аніридія 36  
Аномалії рефракції 19, 24, 31, 59, 204  
Апперцепція 101  
Астенопічні явища 117  
Антиципація 103  
Атрофія зорового нерву 19  
Афакія 19, 26, 35, 37

### Б

Бесіда 64, 80, 95  
Бінокулярний зір 11  
Брайля система 99

### В

Візометрія 47  
Вакуумний масаж 43

### Г

Гідрофтальм 36  
Глаукома 19, 36, 45  
Гострота зору 9, 62, 97  
Граніту теорія 14

### Д

Далекозорість 30

Діагностика пізнавальної сфери 85  
Диплопія 25  
Диплоптика 55  
Диференційоване навчання 106, 118  
Дотикове сприйняття 100, 244  
Дошкільне дитинство 89

## **Е**

Експеримент 6, 77, 80  
Електростимулятор «ЕСО» 44

## **Ж**

Журнал індивідуального навчання 143

## **З**

Зорове середовище 205

## **І**

Індивідуальний навчальний план 128, 140  
Індивідуальне навчання 133  
Інклюзивне навчання 111, 126  
Інституалізована освітня система 114  
Інституалізована форма освіти 114  
Інтеграційні процеси 109

## **К**

Катаракта 36  
Колірний зір 13  
Колобома 36  
Комбінована інтеграція 122  
Компенсація 89, 99, 110  
Конвергенція 26, 51  
Короткозорість 27, 41, 62  
Короткозорість прогресуюча 28

Короткозорість уявна 28  
Косоокість 21, 45  
Косоокість акомодаційна 23, 46  
Косоокість альтернуюча 22, 23  
Косоокість монолатеральна 22, 23  
Косоокість неакомодаційна 24, 46  
Косоокість паралітична 24  
Косоокість прихована 21, 22  
Косоокість співдружня 22, 23, 46  
Косоокість уявна 22  
Косоокість частково акомодаційна 23, 24, 46

## **Л**

Ландольта кільця 11  
Лазерний амбліоспектл 43

## **М**

Медико-соціально-психолого-педагогічна служба 195  
Медико-соціально-психолого-педагогічний супровід 201  
Методи діагностики 79, 161  
Мікрокорнеа 35  
Міопія 27, 44  
М'яке середовище 205

## **Н**

Навчальний план 140  
Навчально-реабілітаційні центри 106  
Научуваність 140  
Неврозоподібні прояви 71, 153  
Ністагм 20, 25, 131, 205

## **О**

Обсесивно-фобічні реакції 72  
Обстеження зору 85

Оклюзія 52  
Оптокінетичний ністагм 25  
Ортоптичне лікування 53  
Освітня інтеграція 121  
Оцінювання 131, 146, 151  
Офтальмохромотерапія 43

## **П**

Пальмінг 131  
Паралітична косоокість 24  
Патологія кришталика 36  
Патологія рогівки 35  
Патологічний ністагм 25  
Патологія судинної оболонки 36  
Пеналізація 53  
Перцептивна константність 85  
Підвивих кришталика 37  
Плеоптичне лікування 46  
ПМПК 128, 137  
Повна інтеграція 122  
Попередній контроль 149  
Поточний контроль 149  
Поточне планування 144  
Професійна придатність 169  
Профільне навчання 172  
Професійне самовизначення особистості 175  
Професійний розвиток особистості 162  
Професійно-трудова соціалізація 111, 153, 158  
Професіографія 167  
Професійна просвіта 167  
Профдіагностика 168  
Профконсультація 168  
Профорієнтаційна робота 169, 189, 209  
Психологічна готовність до школи 77

## **Р**

Реабілітація 40, 190

Роздільна здатність 9, 11

## **С**

Система спеціальної освіти 106

Скотопічний зір 7

Слабкозорі 10, 20, 35, 40, 68, 83, 90, 110, 121, 130, 146, 219

Сліпі 10, 19, 33, 83, 100, 110, 116, 123, 141

Синоптофор 23, 54

Скотома 54

Сліпота 20, 68, 112, 130

Слухове сприйняття 100

Соціалізація 133

Спектр видимий 7

Спеціальна навчальна програма 142

Спеціальна школа 109, 116, 133

Спільна мета системи 164

Спостереження 28, 80, 96, 199, 213

## **Т**

Тактильне середовище 205

Тематичний контроль 149

Теорія включення 126

Тимчасова інтеграція 122

Тифлопедагогіка 110

Тифлотехнічні пристрої 119

## **Х**

Хартриджа пучки 14



Навчально-методичне видання

**БИСТРОВА Юлія Олександрівна,  
ПЕТРУНЯ Андрій Михайлович,  
КОВАЛЕНКО Вікторія Євгенівна,  
КОЛОДНА Наталія Анатоліївна,  
ЛУПИР Сергій Анатолійович**

# **КОМПЛЕКСНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ**

*Навчально-методичний посібник  
для слухачів курсів підвищення кваліфікації  
інституту післядипломної педагогічної освіти*

За редакцією авторів  
Комп'ютерний макет – Ю. О. Кононченко  
Коректор – Н. В. Ліхніцька

---

Здано до склад. 04.04.2012 р. Підп. до друку 04.05.2012 р.  
Формат 60x84 1/16. Папір офсет. Гарнітура Times New Roman.  
Друк ризографічний. Ум. друк. арк. 16,74. Наклад 300 прим. Зам № 88.

---

**Видавець і виготовлювач**  
Видавництво Державного закладу  
«Луганський національний університет імені Тараса Шевченка»  
вул. Оборонна, 2, м. Луганськ, 91011. т/ф: (0642) 58-03-20.  
e-mail: [alma-mater@list.ru](mailto:alma-mater@list.ru)  
*Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3459 від 09.04.2009 р.*