

Ім'я користувача:
Полтавський інститут економіки і права Полтавськи...

ID перевірки:
1016137327

Дата перевірки:
10.03.2024 12:54:38 EET

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
18.03.2024 11:21:00 EET

ID користувача:
100011301

Назва документа: Капко_маг

Кількість сторінок: 98 Кількість слів: 21225 Кількість символів: 165625 Розмір файлу: 367.49 KB ID файлу: 1015877369

34.8% Схожість

Найбільша схожість: 21.9% з джерелом з Бібліотеки (ID файлу: 1009821597)

16.4% Джерела з Інтернету 484 Сторінка 100

24.1% Джерела з Бібліотеки 65 Сторінка 105

0.12% Цитат

Цитати 1 Сторінка 106

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи 2

ВСТУП

Актуальність дослідження. Діти з порушеннями зору – це діти з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ) та знання специфіки їхнього психофізичного, психічного, соціального та особистісного розвитку необхідне кожному дорослому, що працює з цією категорією дітей. Слід зазначити, що кількість дітей із ОМЗ зростає з кожним роком. Аналіз статистичних показників порушень зору серед дитячого населення 0–17 років виявив стійку тенденцію до постійного підвищення частоти порушень цієї категорії дітей. Найбільш суттєвим виявилось зростання показників за вихідний період у немовлят до 1 року (+11,1 %) та дітей до 14 років (+12,1 %) (Базарний В. Ф., 2011).

Ці діти, починаючи з перших місяців життя, потребують спеціальних заходів, спрямованих на формування у них механізмів компенсації порушень та їхню соціально-психологічну адаптацію до умов сучасного життя. На сучасному етапі розвитку інклюзивної освіти педагогам необхідно опанувати методи та способи організації соціально-педагогічного супроводу розвитку та навчання дітей з ОМЗ (Божович Л. І., 2018).

Відомо (Хювярінен Л., 2016), що навіть незначні порушення зору у процесі розвитку пов'язані з появою відхилень переважають у всіх видах пізнавальної діяльності і позначаються на формуванні особистісної й емоційно-вольової сфери розвитку сфери дитини. Порушення зору проявляється у зниженні загальної кількості інформації, що отримується від зовнішнього світу, у зміні її якості. Скорочення зорових відчуттів, сприйняття, уявлень у сфері чуттєвого пізнання обмежує можливості формування образів уяви, пам'яті.

З погляду специфічних якісних особливостей розвитку слід, у першу чергу, вказати на формування психологічних систем, їх структур, зв'язків, функцій і відносин. Відбуваються якісні зміни системи взаємовідносин аналізаторів, виникають специфічні особливості у формуванні образів,

понять, мовлення, у співвідношенні образного та понятійного у розумовій діяльності, у мобільності та орієнтації у просторі тощо. Значні зміни відбуваються у фізичному розвитку – у точності рухів, їх інтенсивності, стає специфічною хода та інші рухові акти (Карвяліс В. П., 2008).

Отже, у дитини формується своя, дуже своєрідна психологічна система, якісно і структурно не схожа з жодною системою дитини із зором у нормі, оскільки вона включає в себе процеси, що знаходяться на різних рівнях розвитку через вплив на них первинного порушення, а також його компенсації з урахуванням створення нових альтернативних шляхів розвитку. Це показує, що і міжфункціональні зв'язки в дітей із порушенням зору здійснюються теж інакше, своєрідно. Тому формування та розвиток психічної системи безпосередньо пов'язане з роботою формування у дітей з ОМЗ компенсаторних процесів, починаючи з раннього дитинства (Малиновська Н. Д., 2011).

Таким чином, компенсація зорової недостатності за своєю суттю не є простим заміщенням одних функцій іншими, а є створенням на кожному етапі розвитку дитини нових складних систем зв'язків і взаємовідносин сенсорних, моторних, логічних структур, що дозволяють сприймати та досліджувати інформацію від зовнішнього світу для адекватного її відображення та поведінки відповідно до умов життя та діяльності, соціальних та моральних вимог.

Якщо говорити про зорове сприйняття, то тут важливими є константність сприйняття, певний рівень розвитку зорово-моторних координацій, зорово-просторове сприйняття та зорова пам'ять. У дітей із порушенням зору рівень розвитку пізнавальних та емоційно-вольових процесів знижений, унаслідок чого виховання та навчання ще більше ускладнюється (Кулагін Ю. А., 2004).

Досягнення високих показників ефективності формування компенсаторних механізмів можливе лише за умови проведення комплексної діагностики фактичного рівня психічного розвитку дитини з ОМЗ, а також

розроблення ефективної системи соціально-педагогічного супроводу розвитку, адекватної можливостям та потребам дітей із порушеннями зору (Шліпко Н. Д., 2006).

Молодший шкільний вік є найбільш продуктивним для реалізації компенсаторних можливостей дітей з ОМЗ, оволодіння не лише достатнім рівнем знань, умінь і навичок, а й формування спеціальних знань, способів орієнтації, комунікативних, мотиваційних та діяльних сторін особистості (Крилова А. А., 2004).

Аналіз літератури та практики дозволив нам виявити протиріччя між зростаючою потребою у підвищенні ефективності навчання дітей з порушеннями зору та відсутністю зараз у практиці необхідних засобів повноцінного дослідження таких дітей в аспекті їхнього супроводу; між потребою педагогів та батьків у необхідних практичних рекомендаціях щодо організації ефективного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дітей молодшого шкільного віку з порушеннями зору та відсутністю таких рекомендацій.

Зважаючи на вищевикладене, проблема комплексного вивчення психічного розвитку цієї категорії дітей як основи ефективного соціально-педагогічного супроводу є дуже актуальною.

Мета дослідження: розробити експериментальну психодіагностичну модель дослідження розвитку дітей молодшого шкільного віку із глибокими порушеннями зору як основу ефективного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку цієї категорії учнів в умовах навчально-реабілітаційного центру.

Завдання дослідження:

1. Узагальнити теоретико-методологічні та науково-практичні засади й особливості соціально-педагогічного супроводу розвитку дітей молодшого шкільного віку з глибокими порушеннями зору.
2. Дослідити особливості розвитку дітей молодшого шкільного віку з порушеннями зору та визначити специфіку організації соціально-

педагогічного супроводу процесу розвитку дітей із порушеним зором.

3. Розробити та впровадити комплексну психодіагностичну модель як основу ефективного соціально-педагогічного супроводу розвитку дітей з глибокими порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного центру та визначити її ефективність.
4. Сформулювати рекомендації для педагогів-психологів і батьків щодо організації ефективного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дітей молодшого шкільного віку з глибокими порушеннями зору.

Об'єкт дослідження: процес розвитку молодших школярів із порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного центру.

Предмет дослідження: особливості соціально-педагогічного супроводу розвитку дітей молодшого шкільного віку з порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного центру.

Методи дослідження. У роботі були використані: теоретико-методологічний аналіз психолого-педагогічної, медичної та спеціальної літератури з метою визначення необхідних параметрів для діагностики; педагогічні методи дослідження (спостереження); діагностичні методи; методи статистичної обробки результатів дослідження.

Експериментальна база дослідження: Полтавська спеціальна школа № 40 Полтавської міської ради.

Практична значущість роботи полягає в здійсненні відбору найбільш інформативних психодіагностичних методів, що дозволяють досліджувати психічний стан дітей із порушенням зору; визначенні специфіки адаптації психодіагностичних методик, їх модифікації відповідно до можливостей дітей з порушеннями зору; розробленні комплексної психодіагностичної моделі як основи ефективного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дітей молодшого шкільного віку з глибокими порушеннями зору; розробленні та апробації алгоритму впровадження психодіагностичної моделі в практику; розробленні практичних рекомендацій для педагогів-психологів і батьків щодо організації ефективного соціально-педагогічного супроводу

процесу розвитку дітей молодшого шкільного віку з глибокими порушеннями зору.

Апробація результатів дослідження. Матеріали роботи та результати дослідження представлені на VI Міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу» (Полтава, 2022 р) та V Міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу» (Полтава, 2023 р).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ

1.1. Аналіз проблеми поширеності очних захворювань серед молодших школярів

Охорона зору населення належить до важливих соціальних проблем сучасного суспільства, що зумовлено не тільки унікальною роллю зорового аналізатора, а й високою, неухильно зростаючою поширеністю зорових порушень у всьому світі. За останні 50 років докорінно змінилося місце існування, умови життя і трудової діяльності, екологія та демографія населення земної кулі. Помітно змінилася структура захворюваності, з'явилися нові чинники ризику розвитку порушень зору [9].

Охорона зору дітей є важливою ланкою охорони здоров'я матері та дитини, включаючи попередження та лікування захворювань, травм ока, профілактику слабозорості, зниження рівня інвалідності [48].

Для формування адекватної соціальної політики, раціональної організації соціально-педагогічної та офтальмологічної допомоги особливого значення набувають відомості про епідеміологію захворювань органу зору у дітей. Кількісна оцінка захворюваності – не лише предмет теоретичних досліджень, а й практична потреба для успішної реалізації профілактичних і лікувальних заходів, спрямованих на збереження та покращення зору дитячого населення.

При визначенні основних завдань з охорони зору важливо виділити такі захворювання очей, які є найчастішою причиною сліпоти чи зниження зору і найбільше обмежують професійну придатність підростаючого покоління. Так, основними причинами зниження зору в дітей є аметропії і косоокість з амбліопією [55]. На їх частку припадає до 90 % всіх випадків погіршення зору в дитячому віці та близько 15 % дітей потребують носіння окулярів [48].

Серед порушень рефракції та акомодатії, які займають найбільшу частку в депривації органу зору, міопія є найпоширенішим дефектом зору. У структурі диспансерної групи міопія становить 47,6 % [59]. Міопія привертає до себе пильну увагу дослідників, оскільки є поширеним дефектом зору, а також швидко прогресує і супроводжується рядом серйозних ускладнень [48]. Прогресуюча міопія знижує професійну адаптацію підлітків та молоді, вимагає постійної корекції, знижує якість життя. Це захворювання може призводити до серйозних, незворотних змін в оці та значної втрати зору. Ускладнена міопія – одна з основних причин інвалідності внаслідок захворювання очей. Медико-соціальна значимість проблеми збільшується ще й тим, що ускладнення розвиваються у працездатному віці. В нозологічній структурі інвалідності в дитячому віці дегенеративна міопія займає 18 %, а в деяких областях сягає 23,9 % [48].

Одним із найбільш значних факторів порушень зору, безсумнівно, є шкільне навчання [57]. Більшість авторів [26, 73, 77] вказують на зростання поширеності депривації очей за період навчання у школі: кількість дітей з порушенням зору збільшується більше, ніж удвічі – від 7,7 перед вступом до школи до 18,6 % перед закінченням школи. При цьому 50,3 % всіх дітей зі зниженим зором – це діти з міопічною рефракцією. Частота міопії перевищує у два і більше рази порушення постави, патологію шлунково-кишкового тракту, вегето-судинну дистонію [70].

Деякі автори [27, 63] вказують, що кількість дітей зі зниженням зору вища у школах нового типу. Так, до закінчення гімназії 48–50 % учнів мають захворювання органу зору, тоді як у звичайних школах – 30–35 % [27]. Останнім часом відзначається зрушення процесу міопізації у бік молодшого віку у зв'язку зі зростанням зорового навантаження, ускладненням шкільної програми, використанням комп'ютерів тощо. При цьому у віці 6–7 років короткозорість частіше зустрічається у хлопців, а у віці 9–10 років відбувається різке збільшення частоти, особливо у дівчат [50].

Важливою обставиною, що висунула проблему очних хвороб у дітей на пріоритетне місце, є той факт, що орган зору має певні анатомо-фізіологічні особливості, які потребують спеціальних знань, обладнання, підходів до лікування. Крім того, і причини слабозорості в дитячому віці відрізняються від таких у дорослих, у зв'язку з чим необхідна розробка інших стратегій боротьби. Також до особливостей дитячої слабозорості відноситься і те, що вона часто є наслідком системних захворювань, що вимагає комплексного підходу до лікування дитини [41].

Профілактика, лікування інвалідизуючих захворювань ока є надзвичайно важливим завданням вітчизняної охорони здоров'я. Рішення її обумовлює необхідність детальної інформації про стан сліпоти та інвалідності дітей внаслідок офтальмодепривації.

У переважній кількості дітей з порушеннями зору (88–92 %) патологія очей має вроджений характер, причому її виросла останні 10–15 років. Основними факторами, що зумовлюють вроджену патологію, є: обтяжена спадковість, виявлена у 33 % дітей з порушеннями зору, родинні шлюби, ранні чи пізні пологи, патологія вагітності, спадковість тощо.

Частка очної деривації займає досить значне місце серед загальної поширеності хвороб у дітей, а її величина пов'язана з їхнім віком. Найбільша частка хвороб ока у загальному обсязі всіх зареєстрованих захворювань відзначена у підлітків 15–17 років (8,9–9,7 %). У дітей 0–14 років – у середньому 5,4 %; у дітей першого року життя – у середньому 2,5 %. Отже, з віком у дітей відбувається суттєва диференціація, пов'язана із збільшенням частки хвороб ока у загальному обсязі захворюваності, за даними оборотності [33].

Основним засобом, що сприяє зниженню поширеності захворювань органу зору та інвалідизації, є підвищення забезпеченості населення достатньою, сучасною та якісною офтальмологічною допомогою. Це передбачає розробку та реалізацію програм розвитку офтальмологічної

допомоги, включаючи створення офтальмологічних центрів, їх фінансування, розвиток фундаментальних та прикладних наукових досліджень [48].

Охорона зору у дітей – комплекс організаційних, лікувально-оздоровчих і профілактичних заходів, що проводяться з метою збереження та покращення зору. Основна роль у цьому комплексі належить профілактиці; проведення профілактичних оглядів дозволяє виявити як дітей із зниженим зором, а й групу ризику.

Таким чином, нині існує висока потреба у пропозиціях щодо реформування та впровадження нових технологій, що дозволяють покращити якість надання офтальмологічної допомоги дитячому населенню.

Дуже актуальним у сучасній медицині є також вивчення якості життя (ЯЖ) дітей, у тому числі страждають на ті чи інші порушення. Традиційно стан здоров'я людини оцінювався лише за об'єктивними клінічними та лабораторно-інструментальними даними, в той же час численні дослідження, проведені в США, Великій Британії та Франції, виявили, що суб'єктивні погляди людини можуть бути далекі від медичної точки зору. Було встановлено, що найважливіший чинник – самооцінка здоров'я. Виявилось, що суб'єктивне поняття здоров'я грає більшу роль, ніж об'єктивні показники, тобто уявлення людей про своє здоров'я виявляється важливішим за самого здоров'я. Особливо це актуально для дітей, оскільки порушення фізичного здоров'я можуть викликати серйозніші, ніж у дорослих, проблеми психологічного та соціального функціонування, труднощі адаптації у суспільстві [48].

ЯЖ дітей із порушеннями зору мало вивчено. У той самий час вивчення ЯЖ дітей із порушенням зору дуже актуальне. Знання цього показника, особливостей зміни різних його аспектів (фізичного, емоційного, соціального) може дати цінну інформацію про адаптацію такої дитини в навколишньому світі, визначити пріоритетні для неї проблеми. ЯЖ може стати додатковим інструментом оцінки ефективності лікувальних та реабілітаційних заходів, а також соціальної та психологічної допомоги [48].

Отже, медико-соціальна значимість порушення зору в дітей не викликає сумнівів. Є роботи, які висвітлюють ті чи інші аспекти цієї проблеми. У той же час, за останні десятиліття в педіатрії та дитячій офтальмології відсутні комплексні дослідження, що включають аналіз поширеності, нозологічної структури, особливостей порушення зору, вивчення інвалідності внаслідок офтальмодепривації. Відсутні роботи, присвячені сучасному стану системи офтальмологічної допомоги з урахуванням її реформування, появи нових форм, методів і структур надання допомоги дітям з порушеннями зору. Зовсім не вивчене питання особливостей якості життя дітей із порушеним зором.

1.2. Психолого-педагогічні особливості розвитку дітей молодшого шкільного віку з порушеннями зору

В результаті початку регулярних занять у школі різко зростає навантаження на зір дитини. Робота під час уроків, необхідність виконання домашніх завдань часто призводить до втоми очей. Дослідники [19, 31] виявляють загальну закономірність – збільшення числа учнів із порушеннями зору серед молодших класів.

Органічні розлади зорового аналізатора, порушуючи соціальні відносини, змінюючи статус дитини з зоровою недостатністю, провокують виникнення в неї низки специфічних установок, опосередковано які впливають на психічний розвиток дитини з зоровою депривацією. Труднощі, з якими стикається дитина у навчанні, у грі, при оволодінні руховими навичками, у ході просторового орієнтування викликають складні переживання та різні негативні реакції, які проявляються в пасивності, самоізоляції, невпевненості в собі, неадекватній (агресивній) поведінці та найчастіше перебувають в астенічному стані, що характеризується зниженим бажанням грати, підвищеною стомлюваністю та нервовою перенапругою [29]. Діти з порушеннями зору перебувають у зоровій депривації й опиняються в стресових ситуаціях набагато частіше, ніж їхні здорові по зору

однолітки. Емоційні розлади, порушення балансу процесів збудження та гальмування в корі головного мозку в окремих випадках можуть бути викликані постійною високою емоційною напругою, почуттям дискомфорту. А. Г. Литвак [41] зазначає, що серед дітей з порушенням зору зустрічаються такі, що мають чудові вольові якості, і, поряд з цим, спостерігаються такі дефекти волі, як впертість, негативізм, імпульсивність поведінки і висока навіюваність.

Автор [41] вважає, що за правильної організації виховання і навчання, широкому залученню до різних видів діяльності відбувається формування необхідних властивостей особистості, мотивації діяльності, установок. Дитина стає практично незалежною від стану зорового аналізатора.

При вадах зору виникають значні особливості розвитку, хоча загальні закономірності розвитку, притаманних нормальним дітям, зберігаються. Так, у розвитку школяра з порушеним зором можна назвати три характерні особливості.

Перша полягає в незначному загальному відставанні розвитку такої дитини порівняно з розвитком зрячої, що обумовлено меншою активністю при пізнанні навколишнього світу. Це проявляється як у галузі фізичного, так і в галузі розумового розвитку. Крім того, в цьому віці багато дітей мають психіатричні проблеми. Педагоги [19, 50] відзначали безініціативність, пасивність такої дитини. Чим пізніше відбулося порушення зору, тим сильніше пов'язана з нею психологічна травма. Втрата або порушення зору нерідко породжують байдужість не лише до суспільного, а й особистого життя.

Друга особливість розвитку полягає в тому, що періоди розвитку дітей із порушеннями зору не збігаються з періодами розвитку зрячих. До тих пір, поки дитина не виробить способів компенсації, уявлення, які вони отримують із зовнішнього світу, будуть неповні, уривчасті і дитина розвиватиметься повільніше.

Третьою особливістю розвитку дитини з порушеним зором є диспропорційність, вона проявляється в тому, що функції та сторони особистості, які менш страждають від порушення зору (мовлення, мислення тощо), розвиваються швидше, хоч і своєрідно, інші повільніші (рухи, оволодіння простором). Слід зазначити, що нерівномірність розвитку дитини з порушеннями зору проявляється різкіше у дошкільному віці, ніж у шкільному [37].

Закономірні зміни відзначаються у сфері зовнішніх емоційних проявів у дітей із порушеннями зору. При глибоких порушеннях зору різноманітні виразні рухи (крім вокальної міміки) сильно ослаблені. Безумовно-рефлекторні виразні рухи, що супроводжують стан горя, гніву чи радості, виявляються при глибоких порушеннях зору у досить мізерному вигляді. Винятком є лише оборонні рухи, що супроводжують переживання страху. Мляві і часто неадекватні зовнішні прояви емоцій у дітей з порушеннями зору часто поєднуються з різними нав'язливими рухами. Ці прояви заважають нормальним дітям адекватно оцінювати моральні, інтелектуальні та інші здібності та можливості дітей із порушеним зором [26].

За організацію всієї психічної діяльності, яка перебуває у виборчій її спрямованості та зосередженості її об'єктів, діяльності відповідає увага. Увага є способом функціонування всієї свідомості людини. Не будучи самостійним психічним процесом, увага, як зосередження свідомості на об'єкті, проявляється усередині сприйняття, пам'яті, відчуттів, мислення та інших процесів [40]. Порушення зорових функцій при зоровій депривації або повне випадання цієї функції призводить до повної неможливості або утрудненості зорового відображення світу. У зв'язку з цим зі сфери відчуттів та сприйняття випадає велика кількість сигналів, які інформують дитину про важливі властивості предметів та явищ.

Компенсація цих прогалин у чуттєвому досвіді дитини можлива лише за посиленої активізації діяльності інших органів чуття, причому тут істотна роль належить увазі. Зменшення кількості зовнішніх впливів, пов'язане з

частковою або повною відсутністю зорових відчуттів та сприйняття, не дозволяє розвиватися увазі, що скорочує коло об'єктів, які можуть викликати інтерес при безпосередньому сприйнятті.

На обсязі, стійкості, сконцентрованості та інших властивостях уваги негативно позначається зменшення зовнішніх впливів [62]. Сила та одноманітність слухових подразників так само як і зменшення кількості зовнішніх подразників не сприяє стійкості уваги, так як швидко втомлює дитину з порушенням зору та веде до розсіювання її уваги [62].

Діяльність дитини, в якій формуються її свідомість, інтереси, вольові якості, духовні потреби, зрештою визначає рівень розвитку та пов'язані з рівнем розвитку вищих видів уваги (довільної і мимовільної). Виходячи з цього, подолання труднощів у розвитку мимовільної та довільної уваги у дітей з різними порушеннями зору сприятиме включення дітей цієї категорії до активної діяльності.

Активна діяльність дітей з порушеннями зору стимулює у них розвиток здатності довільно спрямовувати свідомість на об'єкти цієї діяльності, уможливує адекватне відображення цих об'єктів, значною мірою компенсуючи обумовлені різними порушеннями зору вторинні відхилення [65].

У дітей з порушеннями зору, на відміну від дітей із нормальним зором, існує гостра потреба у виразному, рельєфному сприйнятті численних властивостей і ознак предметів, які у них виступають на перший план, отримуючи сигнальне значення [24]. Компенсаторний розвиток слухового та дотикового сприйняття у дітей з різними порушеннями зору потребує спеціально створених умов. Це детермінує особливий акцент на розвиток уваги у дітей з порушеннями зору, оскільки труднощі, які вони відчують у процесі пізнання світу, вимагають від них уваги до цілого ряду операцій вищого порядку та концентрації, що, зрештою, опосередковує формування в дітей із різними порушеннями зору стійкості підсвідомої установки на довільну увагу, постійний контроль за своїми діями. У дітей із порушенням

зором розвиток того чи іншого типу уваги підпорядковується тим же закономірностям, оскільки не пов'язано з певним психічним процесом і з функціонуванням якого-небудь аналізатора і може досягати такого ж рівня розвитку. Це зумовлено тим, що увага залежить не тільки і не стільки від стану аналізаторів та рівня їх чутливості, скільки від характеру діяльності, до якої включені діти, а також від набутих вольових, емоційних та інтелектуальних властивостей дитини, її активності [24].

Говорячи про мовну діяльність дітей із порушеннями зору, слід зазначити, що в психолого-педагогічній літературі [25] мовлення розглядалася з сенсуалістичних позицій, за якими відчуття та сприйняття є основними формами достовірного пізнання. Вченими [18, 29] заперечувалася можливість повноцінного оволодіння та розуміння дітьми з порушеним зором мови, оскільки мовленнєвий розвиток вважався виключно результатом індивідуального досвіду. В основі цього заперечення лежало переконання в тому, що порушення зору створюють нічим не компенсований розрив між словом, що відображає зорові враження, і уявленнями, які формуються у дітей з порушеним зором на основі дотикового сприйняття, що принципово відрізняється від зорового сприйняття.

Матеріалістичний підхід до вивчення мовлення дітей з різними порушеннями зору передбачає неминучість виникнення у них розриву між словом і образом у ряді випадків, проте значення слів, що навіть позначають винятково візуально сприйняті об'єкти, може бути доступне дітям з різними порушеннями зору через узагальненість цих об'єктів.

Тому, незалежно від стану аналізаторних систем дитини, зокрема, зорового аналізатора, можна говорити про спільність основних мовних функцій для дитини з порушенням зору. Крім основних функцій мовлення (комунікативної, сігніфікативної, узагальнення, абстрагування та спонукання), А. Г. Литвак [41] особливо виділяє компенсаторну функцію промови, що вказує на новий аспект мовної діяльності дітей з різними порушеннями зору, що з'являється у зв'язку із звуженням сфери чуттєвого

пізнання та спрямований на ліквідацію його наслідків у їхньому психічному розвитку.

Компенсаторна функція мовлення виступає у всіх видах психічної діяльності: у процесі сприйняття (слово спрямовує і уточнює його), для формування уявлень та образів уяви, під час засвоєння понять тощо [63]. Компенсаторна функція мовлення має значення для формування особистості дитини загалом.

Різні порушення зору накладають відбиток на процес оволодіння дитиною мовою та її функціями, вносячи специфіку, що виявляється в динаміці розвитку мовної діяльності дитини з порушенням зору в цілому, у накопиченні нею мовних засобів і виразних рухів, зміст її лексики, у своєрідності співвідношення слова та образу, деякому відставанні у дитини формування мовних навичок та мовного чуття [10].

Якщо мовленнєвий розвиток дітей із різними порушеннями зору проходить у нормі, без дефектів, він компенсує слабозорість. Дефекти мовлення суттєво гальмують психічний розвиток дітей із різними порушеннями зору, а мовлення не виконує свою компенсаторну функцію. Тому дуже важливою є своєчасність корекційної роботи логопеда з дітьми такої категорії за допомогою впливу на збережені слуховий та зоровий аналізатори.

Слід зазначити, що у дітей з різними порушеннями зору безпосередньо викликані відхиленнями у розвитку зорового аналізатора саме ті мовні порушення, які пов'язані з неправильною артикуляцією, що формується на основі зорового сприйняття, а також з недостатнім чуттєвим досвідом, що збіднює словниковий запас.

Таким чином, розвиток мовної діяльності у дітей з різними порушеннями зору при оптимальному психолого-педагогічному супроводі цього процесу з боку батьків, педагогів та вихователів призводить до оволодіння дітьми мовної норми, що є потужним засобом компенсації,

суттєво розширюючи можливості дітей такої категорії у всіх видах діяльності.

Відчуття – це психічний процес відображення окремих елементів і властивостей дійсності, що безпосередньо впливають на органи почуттів. На відчуттях засновані складніші пізнавальні процеси, такі як пам'ять, мислення, сприйняття, уявлення, уява. У відчуттях відбиваються колір, запах тощо, тобто об'єктивні якості явищ, їх інтенсивність та тривалість. Відчуття людини взаємопов'язані як і взаємопов'язані й різні властивості дійсності [11].

Відчуття, по суті, це перетворення енергії зовнішнього впливу дійсності у внутрішній акт свідомості. Вони становлять чуттєву основу психічної діяльності, надають сенсорний матеріал побудови психічних образів. У дітей із різними порушеннями зору, функцій зорового аналізатора спостерігаються відхилення в міжаналізаторних зв'язках. Порушення взаємодії між зоровими та іншими аналізаторами відбивається на всій сенсорній організації дітей із різними порушеннями зору, що може викликати відхилення у сферах логічного пізнання і практики. Але це не призводить до незворотних патологічних змін у розвитку психіки дітей з порушеннями зору завдяки великій динамічності та пластичності в сенсорній організації [33].

Важливо те, що з компенсації різних порушень зору в дітей віком велике значення має взаємодія їхніх відчуттів, тому що під впливом однієї аналізаторної системи підвищується чутливість інших. Б. І. Коваленко [36] у своїх дослідженнях відзначав явище синестезії, при якому відчуття одного виду переходять у відчуття іншого виду – при впливі подразника однієї модальності відчуття, що виникає асоціативним шляхом, викликає відчуття в іншій аналізаторній системі.

В даний час експериментально доведено [40], що втрачені зорові функції заміщуються переважно діяльністю тактильного та кінестетичного аналізаторів. Основним видом відчуттів у дітей з порушеннями зору, як і раніше, залишається зір. При глибоких порушеннях зору має місце

підвищення слухової чутливості внаслідок активнішої участі в психічній діяльності слухового аналізатора. Підвищення слухової чутливості дозволяє дітям з порушеннями зору успішно опанувати знання та реалізовувати їх на практиці.

Таким чином, розвиток здатності тонко диференціювати зовнішні впливи, зростання рівня різних видів чутливості значно компенсують дітей із порушеннями зору цей дефект у процесі їхньої просторової орієнтації та соціальної адаптації.

Сприйняття – це цілісне відображення предметів та явищ у результаті усвідомлення дитиною їхніх ознак. Сприйняття здійснюється через дії, пов'язані з обстеженням об'єкта, що сприймається, і побудовою його образу. В основі кожного акта сприйняття лежать рухові процеси, такі як рух ока по контуру предмета, рух руки поверхнею предмета, рух гортані, що відтворює чутний звук.

Зміни у сфері відчуттів дітей з порушеннями зору відбиваються на сприйнятті об'єктів та явищ навколишнього світу. У нормі – формується зоровий тип сприйняття. У дітей із порушеннями зору спостерігається скорочення та редукування (ослаблення) або повне випадання зорових відчуттів залежно від ступеня порушення зору. Але домінування зору настільки міцне, що навіть серйозні порушення його функцій не спричиняють зміну типу сприйняття. У дітей з порушеннями зору залишається домінуючим зорово-рухово-слуховий тип сприйняття. Тільки за тотальної сліпоти домінуюче положення займає шкірно-механічний та руховий аналізатори, що лежать в основі дотикового сприйняття [47].

Вибірковість сприйняття обмежується звуженням кола інтересів, зниженням активності діяльності. У дітей з порушеннями зору апперцепція проявляється слабше норми внаслідок недостатнього чуттєвого досвіду. Ця недостатність чуттєвого досвіду та зниження повноти та точності відображуваного ускладнюють осмислення та узагальнення образів,

скорочують зону константного зорового сприйняття, порушують його цілісність.

Дослідження Ю. А. Кулагіна [39] показали, що, незважаючи на ідентичність, нервовий корковий механізм сприйняття у дітей з порушеннями зору або утруднюється, або стає неможливим утворення тимчасових нервових зв'язків між мозковими центрами зорового та інших аналізаторів.

Зорові та дотичні сприйняття подібні не лише за своїми фізіологічними механізмами. В образах, що виникають у процесі зорового і дотикового сприйняття, відбиваються безліч різних властивостей і якостей матерії, що рухається у просторі та часі.

Швидкість зорового сприйняття в дітей із порушеннями зору змінюється залежно від величини та складності об'єктів, рівня освітленості, втоми дитини тощо. Це однаково відноситься і до дітей без порушення зору, але у дітей з порушеннями зору швидкість зорового сприйняття схильна до більш різких коливань [39].

Отже, сприйняття в дітей із різними порушеннями зору, хоч і має специфічні особливості, але за оптимальної організації психолого-педагогічного супроводу розвитку не створює якихось серйозних труднощів у пізнавальній діяльності.

Уявлення – це образи, що запам'яталися в результаті сприйняття предметів або явищ, що виникають у мозку за відсутності їх безпосереднього впливу на органи почуттів. Уявлення є вищим ступенем відображення, ніж образи сприйняття, оскільки в уявленні поєднується все, що людина знає про предмет. Будучи наочним, чуттєвим чином уявлення характеризується високим рівнем узагальненості. Ці образи пам'яті є перехідним щаблем до мислення. Тому характерною рисою уявлень у дітей з порушеннями зору є різке звуження обсягу уявлень внаслідок редукування зорових образів або їх випадання. Крім того, уявлення у дітей з порушеннями зору мають і якісні відмінності від чуттєвих образів пам'яті дітей без порушення зору.

За словами А. Г. Литвака [41], характерними особливостями уявлень у дітей з порушеннями зору є їх фрагментарність, схематизм, низький рівень узагальненості (генералізованість) та вербалізм. Фрагментарність можна визначити за тим, що в образі об'єкта часто відсутні багато суттєвих деталей, образ позбавлений цілісності, іноді неадекватний об'єкту, що відображається. В основі фрагментарності образів в дітей із порушеннями зору – сукцесивність, послідовність дотикового чи дефектного зорового сприйняття. Сукцесивність і фрагментарність сприйняття долаються у вигляді розвитку мислення, дотикового та зорового обстеження об'єктів [41].

Психолого-педагогічне супроводження розвитку дітей з порушеннями зору, зокрема, процесу сприйняття з акцентом на розвиток спостережливості, формування навичок обстеження об'єктів дозволить подолати у дітей з порушеннями зору схематизм їх уявлень.

Вербалізм уявлень – це порушення співвідношення чуттєвого і понятійного в образі у бік переважання останнього або повна відсутність чуттєвих елементів у словесному описі об'єктів. Вербалізм уявлень у дітей з порушеннями зору виникає внаслідок відсутності цілісності сприйняття об'єктів та їх окремих властивостей.

Усі вищезгадані недоліки в дітей із порушеннями зору можна подолати за допомогою компенсації, у межах психологічного та соціально-педагогічного супроводу розвитку дітей цієї категорії, унаслідок чого їхні уявлення з достатньою повнотою і адекватністю відбиватимуть навколишній світ. У цьому випадку, уявлення у дітей з порушеннями зору набувають необхідного обсягу та якості, що забезпечують їхню нормальну орієнтацію в навколишньому просторі. Вплив гостроти зору на процес формування уявлень у міру дорослішання слабшає і до старших класів стає незначним, особливо у дітей із різними порушеннями зору [46].

Пам'ять – це психічне відображення результатів минулого взаємодії дитини з дійсністю та використанням їх у подальшій діяльності. Це

сукупність психічних моделей реальності, побудованих у результаті досвіду даного індивідуума [46].

Дослідження окремих процесів пам'яті в дітей із порушеннями зору показали, що це процеси, які протікають без труднощів, загальні закономірності пам'яті не порушуються, проте перебіг запам'ятовування, збереження, впізнання в дітей цієї категорії має специфічні особливості.

У дітей з порушеннями зору спостерігається уповільнення утворення тимчасових зв'язків, що виявляється у необхідності більшої кількості підкріплень. Серед особливостей процесу запам'ятовування у дітей із порушеннями зору – менший обсяг і швидкість запам'ятовування матеріалу (знижена продуктивність запам'ятовування), а також недостатня свідомість матеріалу, що запам'ятовується [48].

Недоліки логічної пам'яті опосередковані недоліками мислення (розрив між поняттям та її конкретним змістом; звідси складнощі з розумовими операціями аналізу та синтезу, порівняння тощо), і ці недоліки пов'язують із дефектами сприйняття в дітей із порушеннями зору. Досить успішно проходить у дітей із порушеннями зору запам'ятовування матеріалу, що має смислові зв'язки.

Характерна для дітей з порушеннями зору і велика амплітуда індивідуальних коливань у швидкості запам'ятовування, обсяг пам'яті, у співвідношенні механічного й осмисленого запам'ятовування. Ці індивідуальні особливості безпосередньо не пов'язані зі станом зорових функцій, вони опосередковуються різними причинами, такими як наявність і обсяг чуттєвого досвіду, рівень інтелектуального розвитку таких дітей, відсутністю чи неоптимальністю психолого-педагогічного супроводу їхнього розвитку [59].

Образи пам'яті в дітей із порушеннями зору за відсутності підкріплень виявляють тенденцію до розпаду. Навіть невеликі проміжки часу негативно позначаються на уявленнях у дітей з порушеннями зору – різко знижується рівень диференційованості уявлень, адекватності образів еталонам.

Недоліки процесу збереження інформації про об'єкт або явище внаслідок порушень чуттєвого відображення у дітей з порушеннями зору можуть бути подолані при диференційованому, наочно-дієвому навчанні дітей цієї категорії з урахуванням стану їхнього зорового аналізатора [48].

Найважливішою умовою успішного запам'ятовування, збереження та відтворення є якість і характер матеріалу, а також облік наступних фактів: впізнавання об'єктів здійснюється уповільнено і менш повно, ніж у нормі, а правильність впізнавання об'єкта залежить від гостроти зору.

Мислення – це опосередковане та узагальнене відображення суттєвих, закономірних взаємозв'язків, що існують у навколишньому світі. Мислення виникає і розвивається на основі чуттєвого відображення дійсності та взаємопов'язане з відчуттями, сприйняттями та уявленнями про об'єкт, з кількістю та якістю чуттєвих даних про нього. Опосередковане «живим спогляданням», мислення коригує вплив на процеси чуттєвого пізнання, що виявляється в усвідомленості та узагальненості образів.

Порушення функцій зору, безсумнівно, впливають на процес інтелектуального розвитку дітей, проте, вони неспроможні спотворити до невпізнанності загальний перебіг розвитку мислення в дітей із порушеннями зору. Функції мислення зберігаються внаслідок того, що основні фізичні, просторові і тимчасові властивості матерії при збереженні аналізаторних систем відображаються з достатньою повнотою [63]. Одним із векторів компенсації неповноцінного сприйняття, фундаментальною властивості мислення, в дітей із порушеннями зору є опосередкованість, що дозволяє розкрити сутність предметів і явищ недоступних для сприйняття дітям цієї категорії.

Слід зазначити, що мислення виявляє та узагальнює суттєві зв'язки та відносини, що існують у навколишній дійсності між об'єктами, а також воно відображає властивості та сутність самих об'єктів. Саме ця можливість мислення є основою його компенсаторної функції. У дітей із порушенням зором у результаті опосередкованого відображення формуються реальні

конкретні уявлення, поняття та образи, що відбивають недоступні для безпосереднього сприйняття дітьми цієї категорії об'єкти, а не абстрактні схеми і символи. Це сприяє розширенню та поглибленню пізнавальних можливостей у дітей з порушеннями зору [69].

Глибокі порушення функцій зору ускладнюють операції аналізу та синтезу різних сторін пізнання навколишньої дійсності. Неповне відображення властивостей та ознак об'єктів, складність дотикового та зорового сприйняття перешкоджають формуванню цілісного образу, внаслідок чого у дітей з порушеннями зору утруднені операції порівняння та диференціювання, а також виникають проблеми при відокремленні найбільш суттєвих, характерних властивостей та зв'язків об'єктів пізнання [44].

Порівняння, встановлення ступеня тожності чи відмінності при зіставленні об'єктів, як і аналіз і синтез, включені у всі розумові операції. На операції порівняння засновано класифікацію та систематизацію об'єктів, тобто об'єднання їх за подібними ознаками. Проблеми, що виникають у дітей із порушеннями зору в отриманні низки чуттєвих даних, перешкоджають повноцінному розрізненню і диференціюванню об'єктів, а, отже, його порівнянню [32].

Таким чином, часткова втрата зору, звужуючи сенсорну сферу, негативно впливає на розвиток аналітико-синтетичної діяльності та мислення дітей із порушеннями зору.

Отже, можна дійти невтішного висновку у тому, що, хоча скорочення чуттєвого досвіду дітей із порушеннями зору вносить певну специфіку в психічний процес мислення, змінюючи його зміст і уповільнюючи інтелектуальний розвиток, це скорочення неспроможне принципово змінити сутності мисленнєвої діяльності дітей із порушеннями зору, оскільки вона підпорядковується у розвитку тим самим закономірностям, як і мислення здорових по зору дітей. Зазначені вище порушення процесу розвитку мислення можуть значною мірою бути нівельовані шляхом навчання як одного з основних векторів психолого-педагогічного супроводу процесу

розвитку дітей з порушеннями зору, спрямованого на формування повноцінних знань, в яких чуттєве і понятійне представлені в єдності.

1.3. Специфіка організації соціально-педагогічного супроводу розвитку дітей із порушеннями зору

Залежно від ступеня зниження гостроти зору на оці, що краще бачить, при використанні окулярів, і відповідно від можливості використання зорового аналізатора в педагогічному процесі, виділяють такі групи дітей:

- сліпі – це діти з повною відсутністю зорових відчуттів або мають залишковий зір (максимальна гострота зору – 0,04 на оці, що краще бачить, із застосуванням звичайних засобів корекції – окулярів), або зберегли здатність до світловідчуття;
- абсолютно, або тотально, сліпі – діти з повною відсутністю зорових відчуттів;
- частково, або парціально, сліпі – діти, які мають світловідчуття, формений зір (здатність до виділення фігури з фону) з гостротою зору від 0,005 до 0,04;
- слабозорі – діти з гостротою зору від 0,05 до 0,2. Головна відмінність цієї групи дітей від сліпих: при вираженому зниженні гостроти сприйняття зоровий аналізатор залишається основним джерелом сприйняття інформації про навколишній світ і може використовуватися як провідний у навчальному процесі, включаючи читання та письмо [34].

Залежно від часу настання дефекту виділяють дві категорії дітей:

- сліпонароджені – це діти з вродженою тотальною сліпотою або осліплі у віці до трьох років. Вони не мають зорових уявлень, і процес психічного розвитку здійснюється за умов повного випадання зорової системи;
- засліплі – діти, які втратили зір у дошкільному віці та пізніше.

Глибина і характер ураження зорового аналізатора позначаються на розвитку всієї сенсорної системи психіки дитини, визначають провідний

шлях пізнання навколишнього світу, точність і повноту сприйняття образів зовнішнього світу, зумовлюють особистісний розвиток загалом.

Своєчасна та ефективна соціально-психологічна допомога фахівців багато в чому визначає, які особисті якості будуть сформовані у дітей, які мають глибокі порушення зору, до початку їхнього самостійного життя.

Як показують вищенаведені дані, мова все ж таки швидше повинна йти не про якості особистості, а про цілісну систему відносин особистості. До цієї системи включаються:

- уявлення про себе самого, ставлення до свого дефекту, ставлення до інших людей;
- ставлення до життєвих цілей, до минулого та майбутнього, до життєвих цінностей;
- ставлення до безпосереднього соціального оточення, стосунки з іншою статтю.

Ці відносини становлять базові структури особистості, такі як образ свого «Я», спрямованість особистості та її тимчасова перспектива, відносини з іншими [28].

Важливе значення має компенсація функцій пошкодженого органу за рахунок діяльності інших аналізаторів. Компенсація дефекту відбувається за умов спеціально організованої освіти, де процес освіти спрямовано на максимальний цілісний розвиток кожної дитини з порушеним зором. Педагогу-психологу необхідно брати активну участь у організації цього навчального процесу. Основними напрямками діяльності педагога-психолога, що працює з дітьми з порушеннями зору у стінах спеціалізованого освітнього закладу, є такі:

1. Вивчення анамнезу індивідуального розвитку кожної дитини з порушенням зору. Анамнез робить доступним з'ясування причин його можливої соціальної дезадаптації.

2. Проведення діагностики кожної дитини з порушеннями зору. Працюючи з такими дітьми необхідне володіння цілим комплексом

соціологічних, психологічних, педагогічних і медичних методик дослідження.

3. За результатами психолого-педагогічної діагностики педагог-психолог разом із вчителями і батьками виконує індивідуальну програму розвитку кожної дитини з порушеннями зору, де відбувається облік рівня її можливостей, бажань та інтересів.

4. Здійснення регулярного контролю за відповідністю обраної індивідуальної програми навчання реальним досягненням та рівню розвитку дитини. Дитина з порушеннями зору потребує допомоги протягом усього свого життя, хоча з віком завдання процесу адаптації та корекції принципово змінюватимуться.

5. Розробка спеціальних тренінгів для підвищення рівня психолого-педагогічної адаптації дитини до негативних тенденцій та впливів суспільства, підготовка дитини до інтеграції до дитячих установ, трудового колективу тощо.

6. Організація заходів, спрямованих на соціальну адаптацію, із залученням до співпраці інших освітніх закладів [64].

Сукупність цих напрямів формує систему соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дітей із порушеннями зору. Тільки в результаті спеціально організованої та цілеспрямованої діяльності діти з порушеннями зору досягають високих результатів в інтелектуальному розвитку, набувають позитивних рис особистості, необхідних для активної участі в житті суспільства.

Серед соціальних чинників компенсації наслідків порушення зору в дітей педагоги-психологи найважливішу роль відводять колективу, оскільки від характеру міжособистісних відносин залежить психічний стан особистості, ставлення до діяльності, іншим людей і себе. Головним постулатом у спеціальній і корекційній психології та педагогіці як основний шлях реабілітації та інтеграції інвалідів по зору до теперішнього часу було затвердження принципу корекційного навчання та виховання. Однак, на

думку А. Г. Литвака [41], корекція є процесом, при якому виправляються і витісняються всі неадекватні способи та форми діяльності поведінки, у фізіологічному плані – витісненням і ламкою динамічних стереотипів, що склалися. Це спричиняє перенапруження всіх нервових процесів і порушення їх рухливості, що згодом призводить до нервових зривів. У зв'язку з цією обставиною виникає необхідність перенесення акценту з корекційної роботи на профілактичну діяльність соціологів, педагогів і психологів.

Роботу із соціально-психологічної реабілітації слід розпочинати безпосередньо після появи дефекту. Дослідження [65, 71] показують, що порушення зору не є непереборною перешкодою для успішного встановлення соціальних контактів дітей із порушеннями зору зі зрячими. Необхідні для цього вміння і навички дитина, що слабо бачить, успішно здатна придбати в процесі постійного безпосереднього спілкування з однолітками. Про це говорить той факт, що багато дітей з порушеннями зору до вступу до спеціальної школи успішно встановлювали контакти зі зрячими однолітками.

Вітчизняна та зарубіжна педагогічна та корекційна психологія багато років виступала за виховання та освіти дітей з порушеннями зору у спеціалізованих установах, що дозволяють повніше та ефективно здійснювати їхню реабілітацію та отримувати знання в обсязі масової школи. Робота в спеціальних установах спрямована не лише на здобуття ценової освіти, але, що не менш важливе, на корекцію порушеного зору.

Через війну, нині виникає гостра потреба у створенні універсальних умов, комплексної системи соціально-педагогічного супроводу, щоб одержати дітьми з порушеннями зору загального виховання та освіти у спеціалізованих навчальних закладах. Найважливішим і найбільш трудомістким є організація та проведення соціально-педагогічних методичних консультацій за безпосередньою участю педагога-психолога для вчителів, учнів та батьків.

Умови, які мають бути створені для цього контингенту дітей, визначаються особливостями розвитку дітей з порушенням зору та їхніми можливостями використовувати дотик та порушений зоровий аналізатор у

процесі навчання. Діти з порушеннями зору сильно відрізняються від здорових за зором дітей за рівнем працездатності, стомлюваності та швидкості засвоєння матеріалу. Значною мірою це обумовлено характером ураження зору, походженням дефекту та особистими особливостями дітей [70]. При направленні дитини до навчально-виховного закладу важливо з'ясувати, як проводитиметься його навчання та виховання: на основі дотику чи порушеного зору. Для того, щоб розширити можливості дітей з порушеннями зору, існує гостра необхідність більш поглибленого опрацювання освітнього простору та підвищення ефективності соціально-психологічного супроводу процесу навчання [70].

Одне з основних завдань педагога-психолога – включення кожної дитини з порушенням зору до колективного середовища класу. При цьому слід мати на увазі, що працездатність учня з порушенням зору є нижчою. У зв'язку з цим, разом із приладом Брайля, діти з порушеним зором користуються диктофонами, куди записуються фрагменти уроку. Дитині з порушенням зору під час уроків необхідно використовувати, з одного боку, компенсаторні механізми пам'яті, з іншого боку – прилад прямого читання, що, безумовно, сприятиме підтримці загального темпу уроку. Наступна складність – це обмеження часу зорової роботи. Багато чого їм доводиться сприймати на слух. Наприклад, аналізувати літературні твори, виділяючи основні думки та характеристики героїв, спираючись на слухову пам'ять.

Особливу увагу слід звернути на фронтальну роботу в класі. Щоб діти з порушеннями зору могли взяти участь у цій роботі, необхідні спеціальні індивідуальні картки та тексти, підготовлені рельєфним або укрупненим шрифтом та інші наочні посібники [68].

Безумовно, наявність спеціальних дидактичних посібників, розрахованих на дотик або на візуально-дотикове сприйняття дитини з порушенням зору, важливі на уроці. Однак, враховуючи, що багато об'єктів, які діти ніколи не тримали в руках або не бачили, їм незрозумілі, необхідно проводити індивідуальну роботу з реальними об'єктами, спрямовуючи руки і

погляд на об'єкт, що вивчається. Якщо ж спеціальних наочних посібників немає, слід спеціально їх приготувати.

Контроль за роботою дітей із порушенням зором, об'єктивність оцінки також мають стати нормою роботи педагога-психолога, що дозволить їм почуватися на рівних із зрячими дітьми [66].

На жаль, багато дітей з порушенням зором не вміють спілкуватися, вони не слухають співрозмовника, і діалог у спілкуванні не виходить. Той, хто говорить, хоче показати, що він багато знає, але така поведінка не викликає емоційної відповіді у слухача. Це може бути пов'язано і з малим досвідом спілкування: дуже хоче спілкуватися, але не знає, як це здійснити, і виступає з монологічною мовою. У таких випадках потрібна делікатна допомога педагога-психолога, який організовує дискусії, диспути, зустрічі, бесіди.

Таким чином, як в умовах спеціалізованої установи педагогу-психологу необхідний тісний контакт із соціальним педагогом, вчителями-предметниками та з батьками, щоб допомогти дитині з порушенням зору адаптуватися до школи.

Інтеграція до умов школи потребує особливо глибокого та уважного вивчення психологічних особливостей дитини, її індивідуальних можливостей та вибору стратегії адаптації в нових умовах та новому колективі. У ході адаптації дітей з порушенням зором велика роль належить дорослим, оскільки одним із специфічних дидактичних принципів є посилення педагогічного керівництва за поведінкою як дитини з порушенням зору, а й усіх оточуючих людей, включаючи педагогів різного профілю [53].

Для дитини з порушенням зору, особливо у молодшому шкільному віці, ситуація переходу до нових соціальних умов є стресовою. У цей час дитина дуже ранима, і, коли відбувається адаптація до нових умов, вчителю треба уважно стежити за тим, щоб дитина з порушенням зору не була емоційно травмована. У перші місяці перебування у новому колективі треба постаратися створити йому атмосферу максимального психологічного сприяння як із боку вчителів, і з боку вихованців. Однак дії, спрямовані на

досягнення цієї мети, повинні бути обдумані та тактовні, оскільки зайва опіка та надмірна турбота можуть зайвий раз наголосити на нестандартності учня та розвинути у нього егоїстичні установки, а у оточуючих дітей – поблажливе ставлення. Проблема вирішення стресової ситуації виникає у стабільному дитячому колективі, наприклад, початку лікування. У багатьох випадках дитина при цьому втрачає свою активність, перестає брати участь в іграх, заняттях, або навпаки, різко протестує проти оклюзії.

Крім створення сприятливого психологічного клімату в колективі, куди надходить дитина з порушенням зору, педагог-психолог повинен знати індивідуальні особливості функціонування зорової системи учня. Слабозорість або глибоке зниження зору часто супроводжується додатковими зоровими порушеннями, такими як звуження периферичного зору, поява у дітей з порушеним зором плям у полі зору, висока чутливість до нормальної освітленості, труднощі розпізнавання кольорів і контрасту, або комбінація цих порушень. Діти з порушенням зору при однаковому стані зорового аналізатора (при однаковій гостроті та полі зору) відрізняються один від одного можливостями його використання: один може виконувати завдання з опорою на зір, інший – на дотик, третій – на дотик та зір [47].

На стан зору дитини можуть тимчасово впливати такі фактори, як освітленість, втома, емоційне збудження або пригніченість настрою. Щоб дитина могла швидше адаптуватися в умовах школи, необхідно, щоб вона відчувала себе таким самим членом групи, як і всі інші учні. Працюючий із групою педагог має показати це всьому колективу.

Деякі діти з порушенням зору намагаються заперечувати свій дефект, інші почуваються скуто, неприродно та дискомфортно при публічному виявленні їхніх зорових проблем. Тому педагогу-психологу необхідно підготувати дітей групи заздалегідь, щоб не викликати підвищеного інтересу та некоректних висловлювань дітей. Зробити це потрібно тактовно, з урахуванням особистісних особливостей дитини з порушеним зором, і навіть

психологічного настрою своїх підопічних. Тоді процес адаптації дітей із порушенням зору буде більш успішним та ефективним.

Також необхідно включати дітей із порушеннями зору у всі сфери діяльності – фізкультурні заходи, художню самодіяльність, залучати до доступної їм суспільно корисної праці. Педагог-психолог повинен давати необхідні рекомендації щодо використання допоміжних засобів, які допоможуть кожній дитині з порушенням зору брати участь у діяльності колективу.

Для створення та зміцнення свого соціального статусу в учнівському колективі дитині з порушенням зору доводиться долати низку комплексів та фобій, таких, як страх простору та нових людей, невпевненість у собі. У цьому учню треба допомогти, давши можливість побути лідером однієї з груп. Заохочуючи прагнення учня з порушенням зору зайняти гідну позицію в колективі, не можна забувати, що він повинен дотримуватися тих самих норм і правил поведінки, що й інші діти. Однак його слід заохочувати при успішному дотриманні цих правил [45].

Деякі діти з порушенням зору через наявні комплекси намагаються не привертати уваги до своїх проблем і соромляться попросити допомоги у дорослого або однокласників, воліючи поодинокі переживати свої труднощі. У таких випадках психологу потрібно постійно тримати дитину в полі свого зору та постаратися побачити та відчувати, коли їй потрібна допомога. Не чекаючи на прохання самого учня, слід проявити ініціативу. Разом з тим необхідно стимулювати дитину до подолання сором'язливості та повідомлення про свої проблеми [18].

На основі індивідуальних спостережень за тим, як учні з порушенням зору справляються із завданнями та пристосовуються до роботи, потрібно змінювати робоче навантаження, збільшувати або зменшувати час вирішення програмних завдань.

У процесі адаптації до нових умов початкової школи дитина повинна навчитися запитувати та приймати допомогу від однолітків. Дуже важливо,

щоб у цій ситуації дитина зберігала почуття власної гідності і прагнула сама надавати допомогу в іншій ситуації, що відповідає її можливостям [15].

Життя та навчання з дітьми з порушеним зором вимагає від усіх учасників педагогічного процесу глибоких знань про специфіку розвитку дітей із зоровою депривацією. Доброзичлива участь, допомога з боку вчителів у вирішенні проблем, що виникають у дітей з порушенням зору, допоможе завоювати їхню довіру та дружбу, сприяти соціальній і психологічній адаптації у колективі. Однак опіка не повинна бути надмірною, оскільки вона може придушувати активність самих учнів з порушенням зору, а також формувати такі негативні особистісні особливості, як безініціативність і егоїзм [12].

Дії педагога-психолога та педагогів-предметників повинні бути спрямовані на перетворення негативних емоцій, які можуть виникнути у дитини з порушенням зору у зв'язку з початком шкільного навчання, на міцний фундамент соціального імунітету, необхідного дитині у дорослому житті, коли йому доведеться входити у світ зрячих. У багатьох батьків виникає комплекс провини відносно власної дитини, яка має фізичний недолік від народження або набутий пізніше. Почуття провини формує певний стиль батьківського виховання – гіперопіку. Такі батьки захищають дитину від можливих проблем, потурають її примхам та бажанням. Подібні виховні заходи призводять до спотворення особистісного розвитку дитини, з якої може зрости зніжений споживач із егоцентричними установками. Цим батькам необхідно в процесі співробітництва демонструвати наявність більших можливостей розвитку їхньої дитини, створювати у них відповідні педагогічні настанови. Батьки повинні знати, що саме в даний момент їхній дитині під силу, а що без сторонньої допомоги вона зробити не зможе, необхідно також намітити перспективу розвитку академічного (навчального) та фізичного навантаження дитини [8].

Найбільш продуктивним стилем батьківського виховання дитини з порушенням зору є стиль, коли батьки приймають свою дитину з фізичним

недоліком. Приймаючи дитину такою, якою вона є, батьки об'єктивно її оцінюють, не пред'являючи до неї ні завищених, ні занижених вимог. Це сприяє формуванню у дитини з порушенням зору адекватної самооцінки, особистісних установок та прогнозів на майбутнє [76].

Як було сказано вище, ситуація переходу дитини з порушенням зору до спеціалізованої школи є серйозним випробуванням, яке вона може не витримати, не впоравшись із інтелектуальними та психологічними навантаженнями. У разі, якщо вчитель бачить, що новачок не встигає за загальноосвітньою програмою і не приживається в новому колективі, потрібно постаратися виявити причини труднощів, що виникли, і потім постаратися їх усунути [77].

Вся система соціально-педагогічного супроводу в початковій школі базується на навчанні дітей з зоровим порушенням отримувати інформацію про навколишній світ із залученням збережених аналізаторів (дотик, слух, рухово-тактильна, температурна, нюхова, смакова чутливість). У пізнанні навколишнього світу дитиною з зоровими порушеннями важливу роль відіграє дотик. Саме він дає дитині з порушенням зору можливість отримати конкретні, реальні уявлення про найближчий простір і предмети, що знаходяться в ньому. За допомогою дотику та рухово-тактильної чутливості дитина може набути необхідних навичок самообслуговування. Це є основою для формування в нього самостійності, яка дозволить надалі обходитися без сторонньої допомоги, що надзвичайно важливо не лише з практичної точки зору, але й психологічного комфорту.

Дуже важливо з раннього віку цілеспрямовано розвивати сенсорну сферу дітей із порушеним зором. Спонтанне оволодіння вміннями отримувати інформацію про навколишній полісенсорній основі практично неможливо або вимагає значно більшого часу [61].

Психологічна практика довела необхідність диференційованого підходу у вихованні та навчанні дітей із зоровими порушеннями різного ступеня тяжкості з урахуванням особливостей пізнання навколишнього світу дітьми

кожної з категорій, а також загальних особливостей, притаманних усім дітям із порушенням зору. Одна з таких особливостей – діти не мають реальних уявлень про предмети та явища навколишнього світу. Внаслідок цього багато слів і виразів вони засвоюють механічно, не розуміючи їх сенсу, не співвідносячи їх з предметами та явищами навколишнього світу. Спостереження показують [35], що з досить великому словниковому запасі вони немає чітких, конкретних уявлень.

Відомий [43] вплив зорових порушень на психічний розвиток дитини, її емоційно-вольову сферу, на своєрідність рис характеру. Розуміння цих особливостей допоможе педагогу-психологу підібрати адекватні методи виховання та навчання, що дозволяють попередити або коригувати негативні прояви у розвитку дитини. У 6–7 років (і пізніше) дитина з порушенням зору, як правило, починає усвідомлювати свій дефект. У цей період у дітей може спостерігатися страх нових приміщень, незнайомих людей і ситуацій, замкнутість, небажання спілкуватися. Значному числу дітей із зоровим порушенням властиві недовірливість і настороженість до оточуючих, звинувачення в неприязному до себе ставленню. У багатьох дітей така позиція пов'язана зі свідомістю власної несхожості на інших. Вони вважають себе некрасивими, неприємними оточуючим, болісно переживають і соромляться своєї вади.

Зіткнувшись з часом з негативним до себе ставленням оточуючих, діти замикаються в собі, стають нетовариськими. У деяких із них спостерігаються різкі зміни настрою з проявами туги, а іноді й агресії, яка є, як правило, своєрідним захистом свого внутрішнього світу від сторонніх. Інша група дітей з глибоким порушенням зору не має сильних переживань щодо свого недоліку. Навпаки, вони надмірно впевнені у собі, неадекватно представляють свої можливості та перспективи у життєвих ситуаціях, завищуючи, переоцінюючи їх. Вони, як правило, різко негативно реагують на будь-яку критику на свою адресу, не приймають зауважень та порад. Крім відірваності від реального життя та невміння адекватно себе оцінювати

значної частини дітям з зоровим порушенням властива спрямованість інтересів на задоволення лише своїх потреб та бажань. Подібні риси характеру у дітей з порушеним зором є результатом неправильного сімейного виховання та недостатньої корекційної роботи, що проводиться у дитячому садку та у школі. Отже, умови виховання мають величезний вплив на попередження появи патологічних характеристик характеру дітей. Практика показала, що надзвичайно велика роль належить корекційному вихованню та навчанню, заснованим на ознайомленні дітей з реальними предметами та явищами навколишнього життя (у різних варіантах та ситуаціях) та навчанні конкретної предметно-практичної діяльності [70].

Висновки до першого розділу

1. Порушення зору у дітей – одна із найактуальніших соціально-педагогічних проблем. Згідно з даними статистичного аналізу, частота та структура очної захворюваності у дітей значно варіюється. Одним із найбільш значних факторів порушень зору, безсумнівно, є шкільне навчання. Більшість авторів вказують на зростання поширеності порушень зору за період навчання у школі. Згідно з отриманими даними, кількість учнів зі зниженим зором збільшилася за період шкільного навчання від 6,8 до 15,7 %. На думку деяких авторів, значне збільшення поширеності порушень зору у школярів останніми роками пов'язане з несприятливими гігієнічними умовами в освітніх закладах – незадовільною освітленістю навчальних місць, недотриманням гігієнічних вимог та режиму роботи на комп'ютерах, загальною незадовільною матеріально-технічною базою шкіл.

2. Згідно з результатами проведеного аналізу статистичних даних, проблема порушення зору у школярів є особливо актуальною у зв'язку з великою частотою та поширеністю серед різних вікових груп дітей, та потребує пильної уваги фахівців усіх напрямків: медичного, соціально-психологічного та педагогічного.

3. Зорова система в дитини є провідною перцептивною системою при взаємозумовленому формуванні всіх систем організму. **Порушення зорової системи завдають величезної шкоди формуванню психічних процесів та рухової сфери дитини, її фізичному та психічному розвитку.** Провідним і визначальним прояви різних відхилень у разі порушення органу зору є спотворення зорового сприйняття. Зорове сприйняття пов'язане з усією сенсорною системою дитини, впливає на психофізичний розвиток дитини, формування емоційно-вольової сфери.

4. Дослідження особливостей навчання дітей з порушеним зором спиралися на теорію основоположників дефектології і були спрямовані на компенсаторний розвиток цієї категорії дітей у процесі корекційного навчання та виховання. Основною проблемою педагогіки та психології сучасності є виявлення потенційних можливостей дитини, що розвивається, пошук шляхів подолання відхилень у формуванні психічних процесів та особистісних якостей, **що виникають в результаті глибокого порушення зору.** **Особливістю позиції сучасних педагогів є розуміння психічного розвитку дітей із порушенням зору є розвиток аномального організму, формування активної особистості, яка заповнює дефекти сенсорики комплексної опосередкованої пізнавальної діяльністю.**

5. Організація ефективного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку молодших школярів із порушеннями зору дозволяє розкрити потенційні можливості дітей, полегшити адаптацію до навчально-виховного процесу. Педагог-психолог бере активну участь у організації соціально-педагогічного супроводу розвитку дітей із порушеним зором. **Психологічна робота з дітьми, що розвиваються в умовах зорових порушень, потребує особливих професійних навичок, розуміння механізмів протікання онтогенезу таких дітей.**

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Відповідно до мети роботи та для розв'язання поставлених у роботі завдань використані наступні методи дослідження: теоретико-методологічний аналіз психолого-педагогічної, медичної та спеціальної літератури з метою визначення необхідних параметрів для діагностики; педагогічні методи дослідження (спостереження); діагностичні методи; методи статистичної обробки результатів дослідження.

2.1.1. Теоретичні методи. Теоретико-методологічний аналіз психолого-педагогічної, медичної та спеціальної літератури з метою визначення необхідних параметрів для діагностики проводили з метою детального вивчення окресленої теми. Засвоєння головних положень, які містяться у роботах вітчизняних і зарубіжних фахівців, у яких розглядаються означені проблеми з цією категорією дітей, вивчення оригінальних підходів і дозволило визначити фактори, що обумовлюють специфіку особливостей розвитку дітей молодшого шкільного віку з порушеннями зору та параметри організації соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дітей із порушеним зором. На основі аналізу джерел визначені спрямованість, завдання, актуальність і основні напрями розв'язання поставлених у роботі завдань.

2.1.2. Педагогічні методи (спостереження). Педагогічне спостереження являє собою планомірний аналіз та оцінку індивідуального методу організації навчально-виховного процесу без втручання дослідника в ході цього процесу. Воно відрізняється від побутового спостереження, по-перше, планомірністю і конкретністю об'єкта спостереження, по-друге,

навністю специфічних прийомів реєстрації явищ і фактів і, по-третє, подальшою перевіркою результатів спостереження.

До переваг спостереження, порівняно з деякими іншими методами дослідження, можна віднести наступні:

- тільки спостереження надає можливість судити про деталі «живого» педагогічного процесу в їх динаміці;
- воно дозволяє фіксувати педагогічні події безпосередньо в момент їх протікання;
- спостереженням можна успішно користуватися з метою оцінки наслідків низького рівня розвитку дітей;
- в результаті спостереження дослідник отримує фактичні відомості про події, а не думки інших осіб про ці події (як, наприклад, при анкетуванні);
- спостерігач незалежний від умінь досліджуваних оцінювати свої дії, висловлювати свою думку (порівняно, наприклад, з усіма видами опитування).

Педагогічні методи дослідження включають: педагогічне спостереження і педагогічний експеримент.

Педагогічне спостереження. Метод педагогічного спостереження застосовувався на першому етапі педагогічних досліджень як засіб орієнтації і ознайомлення з досліджуваними явищами і дозволив уточнити на які спеціальні питання має бути спрямований наступний аналіз діяльності. При підготовці спостереження конкретизувалася його мета, методи і способи фіксації даних. Педагогічне спостереження проводилось протягом всього дослідження з метою виявлення основних аспектів, які впливають на використання специфічних особливостей розвитку дітей молодшого шкільного віку з порушеннями зору та параметри організації соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дітей із порушеним зором.

Протягом дослідження були проведені констатувальний і формувальний експерименти. Констатувальний експеримент дозволив визначити контингент, базу та методологію дослідження. Створені експериментальна (хлопці n=8,

дівчата n=10) та контрольна (хлопці n=9, дівчата n=10) групи дітей молодшого шкільного віку. В експериментальній групі забезпечувались спеціально створені умови, діти контрольної групи займались у звичайних, загальноприйнятих, традиційних умовах. У формувальному експерименті визначалась ефективність психодіагностичної моделі соціально-педагогічного супроводу дітей з глибокими порушеннями зору.

2.1.3. Діагностичні методи. Діагностика та обстеження дітей із глибокими порушеннями зору припускають участь різних фахівців: офтальмологів, психологів, педагогів. Порушення зору різняться як у характеристиці стану зору, так і за походженням, і навіть умовах соціального розвитку.

Щодо змін у контингенті дітей з різними порушеннями зору, за винятком сліпоти, існує кілька тенденцій:

- у спеціальних школах відбувається суттєве збільшення кількості дітей, які мають залишковий зір (до 90 %), 7 % – зі світловідчуттям, 10 % – з візусом вище 0,06;
- зростає кількість комплексних, складних зорових порушень: лише в окремих випадках вони характеризуються одиничним ураженням зорових функцій; більшість дітей, які навчаються в школах для сліпих, мають по два-три різних зорових порушення, що свідчить про неминучу актуальність цієї проблеми;
- збільшення числа «обтяжень» до наявних порушень зору: ці «обтяження» дуже різноманітні, наприклад, різні порушення діяльності ЦНС (залишкові явища ДЦП, ЗПР, олігофренія (навіть у стадії дебільності), залишкові явища органічних уражень ЦНС, енцефалопатія, неврозоподібні стани, гідроцефалія); порушення рухової сфери, мовлення тощо;
- серед причин порушень зору простежується зростання частоти аномалій розвитку органу зору (це має місце в ~ 92 % випадків у слабозорих);

вроджені захворювання та аномалії розвитку органу зору можуть бути наслідком зовнішніх та внутрішніх факторів (з них такі захворювання, як тапеторетинальна дегенерація, міопія, вроджена глаукома, атрофія зорового нерва, ретролентальна фіброплазія мають приблизно 30 % причин спадковості) [9].

Психодіагностичне обстеження дитини з порушеннями розвитку взагалі, і з порушеннями зору зокрема, ґрунтується на низці основоположних принципів, сформульованих провідними фахівцями в галузі спеціальної психології та психодіагностики порушеного розвитку [14].

Необхідність попереднього планування, складання програми психологічного обстеження – це один із основних його принципів. Виходячи з програми психодіагностичного обстеження дитини з порушеннями розвитку, визначається набір конкретних методик, тактики їх проведення та сама послідовність пред'явлення цих методик.

Системність психодіагностичного обстеження дитини має включати вивчення психіки дитини з усіх боків (її особистісний розвиток, пізнавальну діяльність, мовлення, емоційно-вольову сферу). Психологу необхідно визначити причини спотворень у протіканні розумових операцій, у побудові висновків; забування, розсіяності і т.д. Для визначення характеру особистості дитини психолог встановлює особливості перебігу її емоційно-вольових процесів (наявність депресивних станів, неадекватних реакцій; афектних спалахів, негативізму, ступінь навіюваності та ін.).

Особливо вивчаються інтереси та потреби дитини, адекватність її домагань, самооцінки, критичність по відношенню до себе та інших; сформованість комунікативних функцій; порушення у поведінці; мовлення – оцінюється його виразність, емоційність, і навіть міміка, жестикуляція, пози в останній момент спілкування.

Комунікація, мовлення та спілкування у розвитку дітей із порушеннями зору грають особливу роль. Ступінь сформованості цих сторін психічної діяльності свідчить про рівень соціального розвитку дитини. При

психологічному обстеженні виявляється актуальний рівень розвитку, встановлюються потенційні можливості дитини, а також взаємозалежність процесів, що впливають на емоційно-вольову сферу та особистість, які забезпечують пізнавальну діяльність.

При організації та проведенні психодіагностичного обстеження вік дитини та передбачуваний рівень її психічного розвитку (як показники) є визначальними для вибору організаційних форм діагностичної процедури, методик та інтерпретації результатів.

При дослідженні дітей іноді на попередньому етапі обстеження дітей з порушеннями зору, крім звичайного збору анамнезу, аналізу документів та ін., може виявитися корисним складання так званої шкали навичок, необхідних для соціальної та побутової адаптації, запропонованої В. С. Мухіною [52]. Ця шкала є аналізом можливостей дитини за рядом наступних параметрів:

Навички, необхідні для соціальної адаптації:

Соціальні навички: встановлення та підтримка відносин з оточуючими, вміння отримувати задоволення від цих відносин; вміння правильно реагувати на зауваження; прояв нормальної реакції на доброту та любов; володіння основними мовними навичками; вміння розпочати розмову; користування формулами ввічливості: «будь ласка», «дякую» та ін.; вміння звернутися за порадою; усвідомлення моральних норм тощо.

Трудові навички: здатність дотримуватися простих інструкцій; використання простих інструментів; виконання звичайних домашніх обов'язків; здатність переносити втому та ін.

Відпочинок та розваги: вміння організувати вільний час; встановлення дружніх відносин; хобі; розуміння у доступних межах творів мистецтва; здатність танцювати; вміння відвідувати місця розваг.

При обстеженні важливо виявити «зону найближчого розвитку» дитини. У ході обстеження необхідно запропонувати дитині завдання, яке вона успішно виконає, а при аналізі отриманих результатів необхідно

відзначити, із завданнями якої вікової групи успішно впоралася дитина, тобто необхідно забезпечити доступність для дитини діагностичних завдань.

При обстеженні дітей діагностичні завдання для кожного віку повинні підбиратися суворо на науковій основі, що опосередковує використання завдань, здатних виявити сторони психічної діяльності, необхідні для виконання кожного завдання, а також, як саме порушені в обстежуваній дитини ці аспекти психічної діяльності.

Психодіагностичне обстеження дитини реалізується у кілька етапів.

На першому етапі для адекватного визначення завдань дослідження та підготовки необхідного діагностичного інструментарію психологу необхідно вивчити документацію щодо отриманих про дитину відомостей клінічного, педагогічного та соціального характеру. Обстеження краще починати із завдань, виконання яких гарантує обстежуваній дитині успіх. До протоколу заносяться всі результати спостереження у межах обстеження; фіксуються: час виконання завдань, помилки, які допускаються дитиною, види наданої їй у ході виконання завдань допомоги та ефективність наданої допомоги.

З цією метою можуть використовуватися проєктивні методики, соціометрія (визначення стану дитини у соціальній мікрогрупі) та ін.

Повторне обстеження є доцільним і для тих дітей, які швидко втомлюються, внаслідок чого не можуть за один раз бути повністю обстежені. За часом дослідження молодших школярів зазвичай не перевищує однієї години, часто навіть менше часу, якщо дитина швидко виснажується, тому в разі потреби за наявності можливості доцільно проводити дослідження протягом декількох днів.

2.1.4. Методи статистичної обробки результатів дослідження.

Математичні та статистичні розрахунки проведено з використанням ПК, зокрема програм «Excel», «SPSS», STATISTICA 7 в операційній системі «Windows».

Обчислювалися такі показники: середнє арифметичне значення (\bar{X}), середнє квадратичне відхилення (S), стандартна помилка середнього арифметичного (m), t-критерій Стьюдента.

При перевірці достовірності за основу були прийняті рівні надійності $P=0,95$; $P=0,99$ та $P=0,999$, яким відповідають рівні значущості $p=0,05$; $p=0,01$; $p=0,001$.

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилось на базі Полтавської спеціальної школи № 40 Полтавської міської ради. Дослідно-експериментальну роботу проводили з двома групами досліджуваних: експериментальна група – хлопці $n=8$, дівчата $n=10$ та контрольна група – хлопці $n=9$, дівчата $n=10$ дітей молодшого шкільного віку.

Перевірка запропонованої методики та розв'язання завдань передбачали чотири етапи проведення дослідження:

На *першому етапі* був проведений огляд літературних джерел із проблеми дослідження, який дозволив обґрунтувати мету й основні завдання роботи. Був здійснений аналіз програм і методик з окресленої проблематики. Складена бібліографія, оформлений перший розділ дослідження.

Другий етап передбачав проведення дослідження з метою одержання вихідних даних досліджуваних; оформлені таблиці; проведена статистична обробка одержаних даних; оформлений другий розділ роботи.

На *третьому етапі* проведено дослідження кількісних і якісних змін досліджуваних показників під впливом психодіагностичної моделі як основи ефективного соціально-педагогічного супроводу розвитку дітей з порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного центру, здійснена обробка одержаних даних.

Четвертий етап передбачав визначення динаміки досліджуваних показників у результаті впровадження психодіагностичної моделі як основи

ефективного соціально-педагогічного супроводу розвитку дітей з порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного центру в групах; узагальнення одержаних результатів; формулювання висновків; оформлення роботи, формулювання психолого-педагогічних рекомендацій, а також апробація основних положень дослідження на наукових конференціях; впровадження результатів дослідження у практику.

РОЗДІЛ 3
ОБҐРУНТУВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОЇ МОДЕЛІ СОЦІАЛЬНО-
ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ДІТЕЙ З ГЛИБОКИМИ
ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ В УМОВАХ НАВЧАЛЬНО-
РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ ЇЇ
ЕФЕКТИВНОСТІ

3.1. Психолого-педагогічні умови ефективності розвитку дітей з порушеннями зору

Актуальність підвищеної уваги до забезпечення повноцінності розвитку дітей з глибокими порушеннями зору дуже висока у зв'язку з тим, що стан зору значною мірою визначає формування образу зовнішнього світу, відповідно до якого будується психічна система дитини цієї категорії, її особливості, здатність відобразити світ, що сприймається у всій його складності взаємин об'єктів.

Особливе місце в дослідженні дітей з порушеннями зору займає визначення істинного стану дитини. Психодіагностичне обстеження дитини з порушеннями розвитку є складовою комплексного клініко-психолого-педагогічного та соціального обстеження дітей [49].

Проведення психодіагностичного дослідження завжди підпорядковане конкретній меті. Основною його метою є виявлення структури порушення психічної діяльності та визначення оптимальних шляхів нівелювання цих порушень.

Мета психодіагностичного обстеження дитини з глибокими порушеннями зору визначає шляхи вирішення поставлених відповідно до неї конкретних завдань. Сама постановка завдань залежить від віку дитини, що обстежується, типу порушення (відхилення) розвитку психічної діяльності, а також етапу діагностики (скрінінг, диференціальна діагностика, поглиблене

психологічне вивчення дитини для розробки індивідуальної програми її розвитку, оцінка ефективності реалізованих заходів) [55].

Залежно від поставлених діагностичних завдань психолого-педагогічне обстеження проводиться і психологом, і дефектологом. У деяких випадках обстеження може бути проведене одним дефектологом, але в особливо складних диференційно-діагностичних випадках психологічне обстеження обов'язково проводиться фахівцем-психологом.

Діагностика та обстеження дітей із глибокими порушеннями зору припускають участь різних фахівців: офтальмологів, психологів, педагогів. Порушення зору різняться як у характеристиці стану зору, так і за походженням, і навіть за умовами соціального розвитку.

У разі обстеження дітей з різними порушеннями зору, як і за будь-якого обстеження будь-якої дитини, повинні дотримуватися ряд спеціальних умов, а саме:

- методики діагностичного інструментарію мають бути адекватними цілям та завданням обстеження (наприклад, при здійсненні скринінгового дослідження діагностичний інструментарій повинен дозволяти в ході одноразового обстеження дитини зробити висновок про наявність чи відсутність порушеннями розвитку психічної діяльності обстежуваної дитини);
- конкретність визначення передбачуваних обстежень психічних функцій (від цього залежить вибір необхідних методик та способу інтерпретації результатів обстеження дитини);
- науковість у доборі методик;
- принцип цілісності повинен лежати в основі підбору діагностичних методик та експериментальних завдань, бо отримати повноцінну, інформативну, розгорнуту психологічну характеристику обстежуваної дитини, яка б відображала особливості її пізнавального та особистісного розвитку, можливо лише за умови використання кількох взаємодоповнюючих методик;

- щоб уникнути психічного виснаження обстежуваної дитини кількість методик має бути визначено з урахуванням її індивідуальних можливостей;
- розробка діагностичного інструментарію має включати теоретичне обґрунтування системи експериментальних завдань;
- експериментальні завдання повинні бути різного ступеня складності їх виконання, що дасть змогу оцінити рівень актуального розвитку психічної діяльності дитини, що обстежується, а також визначити найвищий рівень її можливостей;
- підбір завдань не повинен мати інтуїтивно-емпіричний характер;
- завдання повинні відповідати віку обстежуваної дитини, виконання їх – доступним та цікавим для неї, тому що для отримання повноцінних та достовірних результатів обстеження зміст експериментальних завдань має сприяти встановленню контакту з дитиною, що обстежується; також неприпустимі у використанні завдання, які можуть викликати у дитини негативні реакції;
- необхідно враховувати вплив афективної сфери дитини на результати її діяльності, щоб унеможливити необ'єктивність в інтерпретації результатів виконання нею експериментальних завдань [62].

При організації проведення процедури обстеження необхідно враховувати такі вимоги:

- щоб адекватно оцінити рівень розвитку психічної діяльності дитини, необхідно включити її в активну діяльність, яка відповідає її віку (провідну діяльність на цьому віковому етапі);
- методики повинні бути оптимальними для використання з точки зору стандартизації та математичної обробки отриманих даних та можливості отримання в результаті їх застосування та кількісних результатів і інформації про особливості процесу виконання завдань обстежуваною дитиною;

- необхідно дати якісний та кількісний аналіз результатів обстеження дитини (якісний аналіз дозволяє виявити своєрідність психічного розвитку обстежуваної дитини та її потенціал; кількісні оцінки дозволять визначити ступінь виразності того чи іншого якісного показника: це важливо для оптимізації розмежування норми та патології, для порівняння результатів, отриманих під час обстеження дітей з різними порушеннями розвитку психічної діяльності);
- система якісно-кількісних показників має бути єдиною для всіх дітей, що обстежуються: це детермінує вибір якісних показників не випадковим чином, але в основі їх здатності відбивати рівні сформованих в дитини психічних функцій, порушення яких притаманно дітям із відхиленнями у розвитку;
- для оптимізації процедури обстеження треба пропонувати дитині завдання різного ступеня складності, а також дозвано надавати допомогу дитині під час виконання цих завдань [66].

Що стосується порядку надання дитині експериментальних завдань, то існує кілька думок щодо цього. Деякі дослідники [26, 33] вважають за доцільне розташовувати їх за ступенем зростання складності – від простого до складного, інші [18, 44] – чергувати прості та складні завдання для профілактики втоми. Це питання вирішується інтуїтивно, залежно від конкретної ситуації.

Насправді вибір правильної послідовності пред'явлення методик важливий для інформативності і достовірності дослідження. Доцільно після розмови з дитиною давати їй нескладні та нейтральні завдання, оскільки на цьому етапі ще йде встановлення контакту з молодшим школярем, визначення його можливостей та реакцій на обстеження.

Потім завдання ускладнюються. Характер завдань необхідно варіювати. Наприклад, не рекомендується спочатку пред'явити всі методики «на пам'ять», потім – «на мислення» тощо. Також слід пам'ятати про те, що не існує методик, які вивчають виключно одну функцію, внаслідок системності

людської психіки, йдеться про виявлення за допомогою тієї чи іншої методики тієї чи іншої функції психіки. У разі використання однотипних методик швидше виникає ситуація пересичення, дитина швидко втомлюється через одноманітність та виконання одноманітних видів діяльності. Програма обстеження так само не повинна бути перевантажена різноманітністю методик, але в ході її реалізації мають бути отримані всі відповіді на поставлені під час обстеження дитини питання [57].

Психодіагностичне обстеження дитини реалізується у кілька етапів.

На першому етапі для адекватного визначення завдань дослідження та підготовки необхідного діагностичного інструментарію психологу необхідно вивчити документацію щодо отриманих про дитину відомостей клінічного, педагогічного та соціального характеру. Саме процес обстеження повинен проводитися в спокійній обстановці. Обстеження краще починати із завдань, виконання яких гарантує обстежуваній дитині успіх.

Психолог має бути уважним, спостережливим, спокійним і доброзичливим. У разі помилки при виконанні дитиною завдання необхідно надати їй допомогу, але тільки в обсязі, передбаченому цим завданням.

До протоколу заносяться всі результати спостереження у межах обстеження; фіксуються: час виконання завдань, помилки, які допускаються дитиною, види наданої їй у ході виконання завдань допомоги та ефективність наданої допомоги.

Якщо з якихось причин дитина поводить себе неадекватно, відмовляється виконувати завдання, необхідно з'ясувати причини такої поведінки і через кілька днів провести повторне обстеження. За цей час слід налаштувати дитину на повторне обстеження, скоригувавши процедуру обстеження для встановлення необхідного контакту з дитиною. При виявленні причин порушень поведінки необхідно ретельно вивчити як особистісні особливості дитини, а й усю систему її міжособистісних відносин, соціально-психологічну ситуацію у ній, школі та визначити сфери дисгармонії відносин. З цією метою можуть використовуватися опитувальники, проєктивні

методики, соціометрія (визначення становища дитини у соціальній мікрогрупі).

Повторне обстеження є доцільним і для тих дітей, які швидко втомлюються, внаслідок чого не можуть за один раз бути повністю обстежені. За часом дослідження молодших школярів, зазвичай, не перевищує однієї години, часто навіть менше часу, якщо дитина швидко виснажується, тому в разі потреби за наявності можливості доцільно проводити дослідження протягом декількох днів. За результатами обстеження психологу необхідно їх проаналізувати і обговорити отримані результати, відповісти на питання, що цікавлять, і дати необхідні рекомендації.

У висновку обов'язково мають бути зазначені вік обстежуваного, дати обстеження та написання висновку, прізвище того фахівця, який проводив обстеження. Висновок на дитину доцільно оформляти за кілька кроків:

- обробка результатів виконання завдань, їх аналіз, висновки про рівень та особливості розвитку особистості обстеженої дитини, її пізнавальну діяльність, мовлення, емоційно-вольовий сфери, поведінки;
- вирішення питання про характер психолого-педагогічної допомоги, яка може бути їй надана, підготовка рекомендацій батькам;
- оформлення отриманих результатів у вигляді письмового висновку у вільній формі за дотримання константних правил.

Висновок передбачає наявність трьох щодо незалежних елементів. У першому зазначаються причини та мета обстеження дитини, особливості поведінки дитини під час її проведення. **Обов'язковими для фіксації є:** мотивація дитини до виконання завдань, особливості та рівень її контактності, способи її взаємодії з психологом, виконання нею завдань, характер її діяльності, її реакції на успіх і заохочення, зауваження чи неуспіх. Особливо відзначається здатність дитини продуктивно використовувати допомогу та її різні види, вміння дитини застосовувати знайдений разом із психологом спосіб розв'язання до аналогічного завдання; наявність або

відсутність мовного супроводу дитиною своїх дій, характер її висловлювань, її здатність розповісти про свої дії.

У другій частині висновку надається аналіз отриманих результатів обстеження дитини відповідно до поставлених завдань і психічних функцій та процесів, що вивчалися у цьому обстеженні конкретної дитини.

Висновки про структуру порушень розвитку психічної діяльності обстежуваної дитини представляються у третій частині висновків. Причому вони стосуються не тільки виявлених у дитини порушень, їх кореляції, а й рівня безпеки сторін її психіки, а також потенціалу дитини, що визначає її подальший розвиток.

Наступний крок – формулюються рекомендації для педагогів, психологів та батьків дітей з глибокими порушеннями зору щодо організації та змісту психологічної допомоги конкретній дитині цієї категорії, оптимізації соціально-педагогічного супроводу. При складанні рекомендацій необхідно враховувати такі факти.

1. Важливо враховувати час виникнення порушення у розвитку аналізатора: чим раніше виникло це порушення, тим важче наслідки.

2. Найбільш загальні закономірності розвитку нормальної дитини є такими і для дітей із глибокими порушеннями зору.

Серед загальних закономірностей розвитку як нормальної дитини, так і дітей з глибокими порушеннями зору, можна перерахувати:

- певну послідовність стадій та процесів розвитку психіки; наявність сензитивних періодів у розвитку психічних функцій; роль діяльності, мовлення у психічному розвитку, формуванні вищих психічних процесів;
- провідну роль навчання у психічному розвитку [69].

Вивчаючи закономірності психічного розвитку дітей за різних типів аномалій, виділяють загальні специфічні закономірності, що виявляються за різних типів порушень. Причини, що викликають аномалії, ведуть до виникнення основного порушення у психічній діяльності – первинному, далі, як наслідок, це веде до змін цілісного психічного розвитку дитини, до появи

вторинних, третинних і т.д. порушень психічної діяльності. Також виявлена така закономірність: труднощі у взаємодії із соціальним середовищем, порушення зв'язків із навколишнім світом. Ця закономірність є спільною для всіх дітей із порушеннями у розвитку. Для дітей цієї категорії характерні специфічні особливості мовного спілкування, і навіть рухові порушення, які проявляються у різних формах, залежно від типу порушення.

Наявність первинних і вторинних порушень психічної діяльності значно скорочує в дітей інформацію, одержувану ними від зовнішнього світу. Вплив глибоких порушень зору у дітей на процес їхнього розвитку проявляється у відхиленнях у пізнавальній діяльності, у формуванні їхньої особистісної та емоційно-вольової сфер розвитку психіки.

Глибокі порушення зору в дітей проявляються у зміні як кількості, а так і якості одержуваної ними ззовні інформації. Значне скорочення зорових відчуттів, сприйнятів, уявлень у сфері чуттєвого пізнання навколишнього світу обмежує можливості формування образів уяви, пам'яті, і навіть психологічних систем, їх структур, зв'язків, функцій та взаємин усередині цих систем.

3. У дитини з порушеннями у розвитку психічної діяльності поряд з існуванням спільних з дітьми нормального психічного розвитку закономірностей, формується своя, дуже своєрідна психологічна система, якісно і структурно не схожа з жодною системою дитини, що нормально розвивається. У дітей з порушенням зору модифікуються міжфункціональні зв'язки, набуваючи певної своєрідності.

У цієї категорії дітей якісні зміни у системі взаємовідносин аналізаторів опосередковують існування специфічних особливостей у співвідношенні образного і понятійного в розумовій діяльності, у формуванні образів, понять, мовлення. Внаслідок якісних змін і у фізичному розвитку дітей цієї категорії, таких як порушення точності, інтенсивності рухів, ними набувається специфіка в ході, інших рухових актах, змінюється, набувається специфіка в їхній орієнтації та мобільності у просторі.

Своєрідність психічної системи дитини з порушенням у розвитку психічної діяльності опосередковано її змістом, процесів різного рівня розвитку внаслідок впливу на них первинного дефекту, створення нових шляхів компенсації порушень у розвитку в процесі організованого для цієї компенсації соціально-педагогічного супроводу цілісного розвитку дитини цієї категорії.

4. Соціально-педагогічний супровід цілісного розвитку дітей із глибокими порушеннями зору первинного характеру, крім підвищення компенсаторних можливостей, «організує» включення зв'язку первинно порушеного аналізатора із збереженими у структурі кожної стадії розвитку, створюючи у складну, рухливу систему психічних утворень. Ця система не схожа на психологічні системи ні абсолютно сліпої дитини, ні зрячої.

Таким чином, компенсація у дитини різних порушень зору, за своєю суттю, не є простим заміщенням одних функцій іншими, а являє собою створення на кожному етапі розвитку нової складної системи зв'язків і взаємовідносин сенсорних, моторних, логічних структур, що дозволяють дитині цієї категорії сприймати, аналізувати інформацію від зовнішнього світу. Це опосередковує її подальше адекватне відображення, а також реалізацію поведінки відповідно до умов життя та діяльності, соціальних та моральних вимог.

5. Глибокі порушення зору призводять до соціальної невпевненості, стану тривожності в дітей, може викликати періодично стресові стани. Соціальна зрілість такої дитини в ранній період розвитку тісно пов'язана з її біологічним дозріванням, особливо з руховим розвитком та мануальною діяльністю рук. Виділяють три критичні періоди у розвитку дітей з різними порушеннями зору.

Найбільш гострим специфічним періодом є період усвідомлення своєї відмінності від дітей, які нормально бачать, який припадає на середній і старший дошкільний вік. Другий критичний період пов'язаний з переходом від дошкільної системи виховання до регулярного систематичного шкільного

навчання. Третій критичний період припадає на перехід до навчання у середніх класах загальноосвітньої та спеціальної шкіл, що опосередковується зміною обстановки, вчителів, товаришів, колективу, появою нових вимог до поведінки у ньому, встановлення зв'язків та своєї позиції у класі, переходом до викладання предметів різними вчителями-предметниками.

6. Внаслідок того, що дітям з глибокими порушеннями зору властива менша пізнавальна активність, у тифлопедагогічній практиці існує принцип провідного значення педагогічної допомоги дітям цієї категорії на основі результатів психологічної діяльності, спрямованої на вивчення питань: наскільки дитині властиві інтерес та увага до навколишніх предметів, до оволодіння найпростішими нормами соціальної поведінки.

7. Для абілітації дітей із різними порушеннями зору молодшому шкільному віці визначальною є проблема їхньої соціалізації [71].

В останні роки в шкільних установах для дітей з глибокими порушеннями зору найбільше уваги приділялося розвитку пізнавальних процесів, на шкоду їх соціальній адаптації, соціалізації загалом, але для дитини з глибокими порушеннями зору життєво необхідне оволодіння адаптаційними, соціальними, трудовими та іншими навичками, щоб уникнути труднощів і проблем розвитку. Тому на сьогоднішній день актуальність соціально-педагогічного супроводу психічного розвитку дитини, розвиток та створення спеціальних методик для повноцінного проведення психологічної діагностики дітей із глибокими порушеннями зору безсумнівно зростає.

3.2. Обґрунтування психодіагностичної моделі соціально-педагогічного супроводу дітей з глибокими порушеннями зору

Проведення психодіагностики дітей із глибокими порушеннями зору потребує спеціальних методик, яких, на жаль, надзвичайно мало. Тому психологам, які працюють у шкільних закладах для дітей з порушеннями

зору, доводиться використовувати наявні методики для дітей цього віку з нормальним зором. Використання психодіагностики пов'язане з адаптацією стимулюючого матеріалу та процедури проведення дослідження відповідно до психологічних особливостей сприйняття дітей та наслідків впливу недоліків зору на весь хід психічного розвитку.

Роль педагога-психолога, який проводить обстеження, полягає у підготовці дітей до змін у їхньому житті й у створенні разом із вчителями установки на подолання труднощів і можливості їх уникнути чи подолати.

Поняття «психодіагностична модель» включає у себе діагностичну гіпотезу і специфічний набір методів, що дозволяє виділити особливості параметрів у цілісному обстеженні дітей із глибокими порушеннями зору.

Для побудови психодіагностичної моделі необхідно вибрати набір показників, що можуть схарактеризувати особливості розвитку дітей із глибокими порушеннями зору. Вибрана нами модель психічних механізмів розвитку дітей із глибокими порушеннями зору визначає підбір необхідних для її перевірки методик діагностики.

Психодіагностична модель включає оцінку причин тих чи інших проблем, обумовлених психічними особливостями дітей з глибокими порушеннями зору.

Існує [77] концепція внутрішньої картини хвороби (ВКБ) на протипагу зовнішньої, що об'єктивно спостерігається, яку формує порушення (у нашому випадку – порушення зору), соціальне середовище дитини та її особистість. Основною ланкою виступає особистість, яка будує ВКБ, до структури якої входять такі компоненти; сенситивний, емоційний, раціональний та вольовий. Останній компонент представляє результат ВКБ як поведінки, спрямованої на одужання чи компенсацію.

Проведені дослідження [13] показують, що ВКБ є оптимальною моделлю діагностики, яка дозволяє надати допомогу найбільш спрямовано (у системі особистості), з найбільшим охопленням усіх симптомів.

Для дітей молодшого шкільного віку психологічна модель передбачає аналіз психічного розвитку дітей відповідно до їхніх вікових норм, тому у батарею методик необхідно включати, насамперед, методики оцінки психомоторного розвитку та інтелекту.

Особливості психічного розвитку дітей з глибокими порушеннями зору необхідні для їх вивчення за допомогою психодіагностичної моделі:

1. Увага дитини. Стійкість, концентрація, розподіл, переключення. Увага та працездатність.
2. Сприйняття та спостереження. Запам'ятовування, збереження, впізнавання. Відтворення: відтворююче, пізнавальне, полегшуюче (повнота, точність, послідовність).
3. Види пам'яті. Рівні.
4. Особливості мислення. Протікання розумового процесу. Стан темпу, активності, послідовності судження.
5. Встановлення причинно-наслідкових залежностей та функціональних зв'язків. Стан видів мисленнєвої діяльності.
6. Обстеження особистісних особливостей. Співвідношення емоцій та волі.
7. Особистість та поведінка. Позиція особистості.
8. Характер у системі взаємовідносин особистості. Порушення у спілкуванні особистості.
9. Виявлення особистісних особливостей, які негативно впливають на психічне здоров'я дітей з глибокими порушеннями зору.
10. Визначення прогнозу розвитку [21].

Таким чином, виходячи з особливостей розвитку дітей із глибокими порушеннями зору, розроблена психодіагностична модель спрямована на вивчення рівня розвитку візуального мислення, зорово-моторної координації, працездатності, визначення самооцінки, характеру взаємин дитини з оточуючими.

У зв'язку з фізіологічними особливостями дітей цієї категорії, стимульний матеріал для обстеження повинен враховувати індивідуальні

особливості та труднощі сприйняття матеріалу кожною дитиною. Запропоновані для обстеження завдання можуть складатися з реальних об'єктів, геометричних і об'ємних площинних форм, рельєфних і площинних зображень в контурному або силуетному вигляді, виконаних у різній колірній гамі.

При аналізі розвитку дитини слід звернути особливу увагу на її соціальну зрілість, що має велике значення у процесі реабілітації.

При побудові психодіагностичної моделі нами було виділено обов'язкові вимоги до процедури проведення діагностики та умов подання стимульного матеріалу:

1. Величина об'єктів, що пред'являються, визначалася залежно від двох факторів – віку та зорових можливостей дітей. Зорові можливості визначаються залежно від характеру зорової патології.
2. Складність фону. Фон, на якому пред'являється об'єкт, розвантажений від зайвих деталей, для запобігання виникненню труднощів у пізнанні об'єкта та його якостей відповідно до завдання.
3. Колірна гама. Використання жовто-червоно-оранжевих та зелених тонів.
4. Куткові розміри зображень – в межах 3–35°. Фон має бути розвантажений від деталей, які не входять у задум завдання (особливо це стосується завдань для дітей молодшого шкільного віку).
5. При створенні спеціальних стимульних матеріалів для дітей з глибокими порушенням зору використано 7 типів зорових навантажень для дітей з глибокими порушеннями зору з метою корекції та охорони зору. Насиченість тонів – 0,8–1,0.
6. Дослідження з дітьми з глибокими порушеннями зору проводилося ближче до обіду (12–13 год).
7. Облік проблеми локалізації погляду певному об'єкті.

При відборі діагностичних методик та адаптації їх стимульного матеріалу нами враховувалися такі вимоги:

- контраст об'єктів та зображень стимульного матеріалу відносно до фону має бути 60–100 % (діти краще розрізняють чорні об'єкти на білому тлі, ніж білі об'єкти на чорному, тому негативний контраст краще);
- пропорційність співвідношень предметів за величиною відповідно до співвідношення реальних об'єктів;
- виділення ближнього, середнього, далекого планів та ін.;
- відповідність реальним кольорам об'єктів;
- колірний контраст 80–95 %.

Збільшення часу подання стимульного матеріалу – основний принцип адаптації методик щодо процедури дослідження. Зважаючи на те, що у дітей з глибокими порушеннями зору при виконанні завдань можливий суцесивний спосіб зорового сприйняття стимульного матеріалу, тому необхідне збільшення часу для його подання, щонайменше, вдвічі. Залежно від рівня зорових порушень час виконання завдань може бути збільшено у 2–10 разів.

Особливості адаптації різних діагностичних методик під час роботи з дітьми з глибокими порушеннями зору:

- При використанні методик, що базуються на рухових навичках, необхідно враховувати не швидкість та точність рухів, а якість виконання завдань.
- З батареї методик виключаються всі тести на дослідження рухів та рухових навичок.
- При використанні методик, що ґрунтуються на мовному матеріалі, необхідно попередньо з'ясувати рівень сформованості у дитини реальних уявлень, пред'явлених словесним матеріалом. Дітям з глибокими порушеннями зору властивий формалізм мовлення, який може виявитися у неповноцінності реальних уявлень про предмет чи явище, заявлене у слові.
- При використанні методик, до яких включено елементи малювання, слід попередньо з'ясувати сформованість у дитини уявлень про предмет, знання дитиною характеристик предмета, який необхідно зобразити. Якщо є необхідність, слід показати предмет і розповісти про нього.

- При використанні методик, що ґрунтуються на зоровому аналізі та синтезі просторових співвідношень об'єктів, необхідно з'ясувати рівень сформованості у дитини знань пропонованих форм та об'єктів.
- Методики, в яких використовуються вільні творчі ігри, слід використовувати, попередньо з'ясувавши, чи знає дитина іграшки, з якими гратиметься. Це стосується різноманітних стилізованих іграшок, тварин в одязі та казкових персонажів.
- При використанні методик, спрямованих на наслідування, необхідно робити показ на дитині, роблячи акцент на його рухово-м'язовій пам'яті і всі дії проводити спільно з дорослими.

На основі вимог, що висуваються до діагностичних методик, для створення психодіагностичної моделі були відібрані такі методики:

1. Тест Равена – дослідження розвитку структурно-візуального та лінійно-візуального мислення.
2. Тест Тулуз-П'єрона – виявлення рівня працездатності (швидкість, увага, стійкість уваги).
3. Рисуночний тест Коха – виявлення самовідчуття та особистісних особливостей.
4. Гештальд-тест Бендер – визначення рівня сформованості візуально-моторної координації.

Ці тести відповідають основним принципам діагностичного дослідження, крім того, при їх використанні можна врахувати та реалізувати специфічні (адресні) принципи побудови психологічного дослідження, що включають особливі потреби дитини з глибокими порушеннями зору. Відібрані методики мають високу валідність [77]. Запропоновані психодіагностичні методики мають високу інформативність. Стимульний матеріал обраних методик та процедура їх проведення придатні для модифікації відповідно до потреб та особливостей досліджуваних. Використання цих методик дозволяє отримати широкі відомості про психічний розвиток дітей.

Крім того, до складу розробленої психодіагностичної моделі були включені фізіометричні тести на визначення динамометрії і тепінг-тест, вперше застосовувані для діагностики дітей з глибокими вадами зору. Динамометрія у психологічній практиці використовується для визначення максимальної м'язової сили кистей рук, моторної асиметрії, м'язової витривалості з оцінкою вегетативних зрушень, тепінг-тест – з метою оцінки властивостей лабільності нервової системи, встановлення сили нервової системи. Спільне застосування цих методик дозволяє дослідити різні компоненти працездатності досліджуваних (грунтуючись на отриманих результатах витривалості та сили нервової системи) та визначити загальний рівень працездатності. Використання цих методик не вимагає зорової стимуляції досліджуваних, що мінімізує ризик спотворення результатів дослідження внаслідок порушеного зорового аналізатора дітей. Результати, отримані за допомогою фізіометричних тестів, як більш точні та об'єктивні, зіставляються з даними, отриманими за допомогою психодіагностичних методик, і доповнюють їх, дозволяючи скласти найбільш точне уявлення про психічний стан дітей.

З урахуванням вищеперелічених вимог та відповідно до мети дослідження стимульний матеріал відібраних психодіагностичних методик був адаптований наступним чином:

1. Стандартно застосовуваний тест Равена було збільшено вдвічі.
2. Стандартно застосовуваний тест Тулуз-П'єрона було збільшено вдвічі.
3. Стандартний тест Бендер був збільшений у чотири рази.
4. Рисуночний тест Коха не отримав модифікації, був доступним для дитини і застосовувався відповідно до загальноприйнятих інструкцій.

Фізіометричні тести (тепінг-тест та динамометрія) проводилися згідно зі стандартними інструкціями.

Умови проведення методик зберігалися такими ж, як для звичайних дітей, жодних додаткових роз'яснень із досліджуваними не проводилося.

Для отримання достовірних та повноцінних результатів досліджувані відводилося достатньо часу для виконання завдань. Суворо дотримувалися оптимальних зовнішніх умов при проведенні дослідження: контролювалося гарне освітлення, відсутність сильних подразників і різких шумів. Постійно відслідковувалося сприйняття та розуміння досліджуваними пред'явленого стимульного матеріалу, давалися чіткі та докладні інструкції для виконання завдань. Тестування проводилося дозовано, з перервами, різні методики проводилися у різні дні, з урахуванням особливих потреб досліджуваних та щоб не допустити навантаження дітей та зберегти об'єктивність результатів.

3.3. Алгоритм впровадження експериментальної психодіагностичної моделі соціально-педагогічного супроводу дітей з глибокими порушеннями зору

Існують загальні психологічні вимоги до організації та проведення обстеження дітей з порушеннями розвитку. До них відносяться: попереднє знайомство з історією розвитку, спостереження за поведінкою та діяльністю дитини в групі, на заняттях, під час дозвілля. Особливе значення надається встановленню контакту з дитиною, організації місця проведення дослідження, вибору методик, що відповідають його меті.

До особливих, специфічних вимог слід віднести такі:

- відповідна освітленість (загальна освітленість приміщення має становити 1000 лк, на робочому столі дитини – 400–500 лк);
- обмеження безперервного зорового навантаження (5–10 хв у молодшому та середньому дошкільному віці); режим зорової роботи встановлюється офтальмологом відповідно до діагнозу та характеру захворювання дитини;
- зміна виду діяльності на не пов'язану з напруженим зоровим спостереженням;
- спеціальні вимоги до наочності.

Вимоги до стимульного матеріалу та організації діагностичної процедури при обстеженні дітей з амбліопією та косоокістю наступні:

Дітям молодшого шкільного віку з глибокими порушеннями зору з візусом до 3 з нецентральною, але стійкою фіксацією рекомендується пред'являти тест-об'єкти з розмірами більше 2 см переважно помаранчевого, червоного та зеленого кольорів. Форми об'єктів обстежуються і візуально, і тактильно. Час проведення експерименту – ранок чи вечір.

Дітям у тому віці з тією ж гостротою зору, але з центральною та нестійкою фіксацією, а також з нецентральною та нестійкою фіксацією пред'являються тест-об'єкти тих самих кольорів, розмірів та форм. Однак час проведення обстеження бажано призначати ближче до обіду.

Дітям з гостротою зору від 0,4 і вище з центральною стійкою фіксацією і з монокулярним, монокулярно-артенуючим і одночасним характером зору, можна пред'являти різноманітні об'єкти різних кольорів і розмірів. Обстеження проводиться у час дня. Особливість цієї категорії дітей – проблеми конвергенції, релаксації. У них виникають труднощі і з сприйняттям об'ємних предметів, і навіть зображень переднього і заднього плану. Для роботи зі стимульним матеріалом у процесі обстеження дітям необхідні окуляри для наближення і вправи на розслаблення конвергенції.

Дітям з візусом від 0,4 до 1 при одночасному бінокулярному нестійкому характері зору пред'явлення стимульного матеріалу супроводжується лише віковими протипоказаннями.

Тестування дітей проводилося у позаурочний час, після достатнього відпочинку від навчальних занять та фізичних вправ. Діагностика починалася з першого класу та завершувалася четвертим. Психодіагностичні методики пред'являлися досліджуваним у такому порядку:

- тест Тулуз-П'єрона;
- тест Равена;
- рисуночний тест Коха;
- гештальд-тест Бендер;

- динамометрія;
- тепінг-тест.

Для кожного тесту виділявся окремий день.

- Тест Тулуз-П'єрона: кожна дитина отримувала окремий збільшений варіант тесту. Час проведення тесту дотримувався відповідно до стандартної інструкції.
- Тест Равена: кожній дитині були роздані комплекти матриць Равена серій «А» та «В» у збільшеному варіанті.
- Рисуночний тест Коха: проведення цієї методики не вимагало створення спеціальних умов та додаткових інструкцій. Досліджуваним було запропоновано чисті аркуші паперу стандартного розміру.
- Гештальд-тест Бендер: для цього тесту на дошку вивішувався збільшений малюнок-зразок. Дітям пропонувалося уважно вивчити зразок та приступати до виконання завдання.

Проведення фізіометричних методик здійснювалося індивідуально з кожною дитиною. Спочатку випробуваний проходив тест динамометрії, далі йому пропонувався тепінг-тест. Проведення цих методик відбувалося одноразово.

Кожна дитина отримала докладні інструкції щодо виконання завдань.

Обстеження проводилося у класній кімнаті, діти по черзі запрошувалися до столу з обладнанням. Інші діти, які не були зайняті обстеженням, залишалися на своїх місцях.

Під час проведення обстеження необхідний облік особливостей пред'явлення стимульного матеріалу для дітей із порушеннями зору:

- пред'явлення стимульного матеріалу дітям має здійснюватися з відстані трохи більше 30–33 см від ока дитини, залежно від гостроти зору;
- розмір перцептивного поля об'єктів, що пред'являються, становить від 0,5 до 50°;

- відстань від очей визначається для кожної дитини індивідуально (20–30 см). Зображення пред'являються під кутом від 5 до 45° відносно лінії погляду.

3.4. Результати апробації та аналіз ефективності впровадження психодіагностичної моделі соціально-педагогічного супроводу дітей з глибокими порушеннями зору

На початку процедури експерименту виявилися труднощі. Досліджувані першого класу не впоралися із виконанням тесту Тулуз-П'єрона. Обстеження було припинено після спроби дітьми виконати тренувальний рядок цього тесту. Незважаючи на докладну та чітку інструкцію, діти не змогли впоратися із завданням. Виконання тесту відбувалося дуже повільно, з великою кількістю помилок. Складний стимульний матеріал тесту, не дивлячись на збільшення, виявився важкодоступним для дітей з глибокими вадами зору. Крім того, ускладнене сприйняття інструкції до тесту може свідчити про порушення в інтелектуальному розвитку дітей. Виходячи з цього, проведення тесту Тулуз-П'єрона у другому та третьому класі було скасовано. Для вторинної перевірки придатності цієї методики була апробована в четвертому класі, з дорослішими дітьми. Результати проведення виявилися задовільними, випробувані впоралися із завданням. Деякі з дітей потребували індивідуальної повторної інструкції. Загальний негативний результат проведення тесту пояснюється численними медичними даними, які свідчать про зниження працездатності дітей з глибокими вадами зору внаслідок патології зорового органу, а також даними про порушення психічного розвитку та зниження рівня основних психічних функцій таких дітей.

Виходячи з переліченого, вже на попередньому етапі обговорення результатів дослідження можна говорити про непридатність тесту Тулуз-П'єрона в роботі з дітьми з зоровою депривацією молодшого шкільного віку.

Тому, надалі, під час нашого експериментального дослідження визначення рівня працездатності використовувалися динамометрія і тепінг-тест. Дослідження за допомогою цих методик проходило успішно, всі діти впоралися із запропонованими інструкціями. Було проведене повторне обстеження 1-х та 4-х класів на встановлення рівня працездатності за допомогою фізіометричних тестів. Дослідження цього параметра у 2-х та 3-х класах також здійснювалося за допомогою тепінг-тесту та динамометрії.

Проведення тесту Равена та рисуночного тесту Коха виявилось успішним, не викликало особливих труднощів. Досліджувані всіх класів впоралися із запропонованими завданнями. При виконанні тесту Равена деяким дітям першого та другого класів були потрібні індивідуальні повторні інструкції. Доросліші учні третього та четвертого класів виконували завдання без додаткових роз'яснень. Загальний результат показав придатність застосування адаптованого варіанту цих методик для дослідження дітей з глибокими порушеннями зору.

У ході проведення гештальд-тесту Бендер також виявилися труднощі у випробуваних у сприйнятті стимульного матеріалу. Початкова апробація проходила у першому класі. Повішений на дошку збільшений малюнок-зразок недостатньо чітко сприймався дітьми. У ході виконання тесту довелося дозволити досліджуваним підходити до дошки для кращого розгляду малюнка. В результаті цього було прийняте рішення змінити умови експерименту, і решті випробуваних було запропоновано гештальд-тест Бендер зі стимульним матеріалом стандартних розмірів (формат паперу А4). Кожна дитина отримувала окремий екземпляр тесту. Подальше проведення дослідження не викликало особливих труднощів, всі діти впоралися із завданням. Однак була відзначена присутність у деяких дітей зорової напруги в ході виконання тесту навіть після зміни умов експерименту. Для кращого розгляду запропонованого зразка діти нахилилися над малюнком, або брали його до рук і наближали себе. Це може свідчити про те, що розмір стимульного матеріалу виявився для деяких випробуваних надто маленьким,

можливо, внаслідок більш глибокого порушення зору. Однак, загальний результат показав досить високу ефективність застосування цього тесту при обстеженні дітей із порушеною зоровою функцією.

В результаті математичного аналізу отриманих даних виявлено таке:

1. Гештальд-тест Бендер. З отриманих даних було побудовано графік середніх значень.

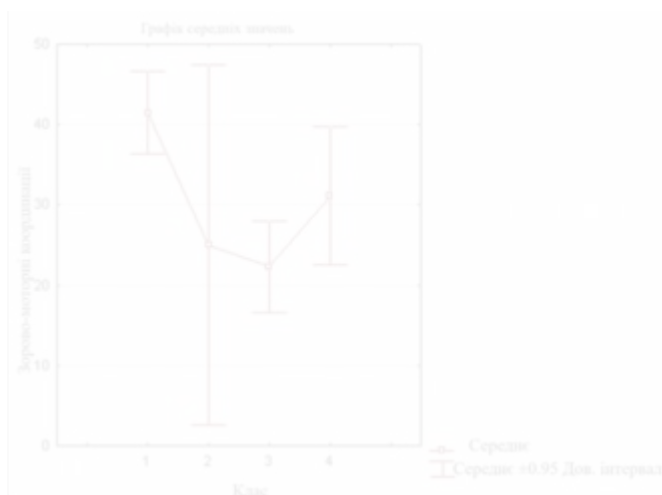


Рис. 3.1. Графік середніх значень тесту гештальд-тесту Бендер.

Виходячи з графіку (рис. 3.1) видно, що найбільш широкий діапазон значень розвитку візуально-моторних координацій займають досліджувані 2-го «А» класу. Їм належать найнижчі та максимально високі показники за експериментальною групою та загалом за ступенем сформованості. Випробувані 1-го «А» класу показали досить високий і відносно однорідний рівень сформованості зорово-моторних координацій. Значне погіршення та зниження розвиненості зорово-моторних координацій виявлено серед учнів третіх класів «А» та «Б» порівняно з першим. Середній рівень розвитку виявлено у найбільш дорослих піддослідних 4-го «А» класу. Загалом ми можемо спостерігати в експериментальній групі неоднорідність у розвитку зорово-моторних координацій. Крім того, виявлено тенденцію до погіршення

ступеня розвиненості координацій у досліджуваних з віком, від першого класу до четвертого. Загалом, в експериментальній групі виявлено рівень розвитку зорово-моторних координацій значно нижчим за норму.

Результати діагностики інтелекту з використанням прогресивних матриць Равена представлені на рисунках 3.2 і 3.3.

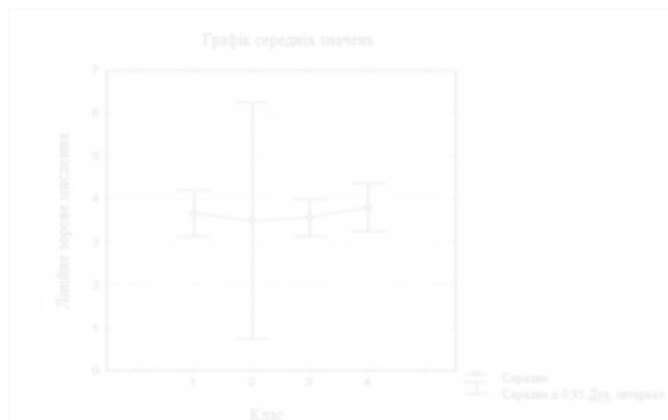


Рисунок 3.2. Графік середніх значень тесту Равена. Серія «А».

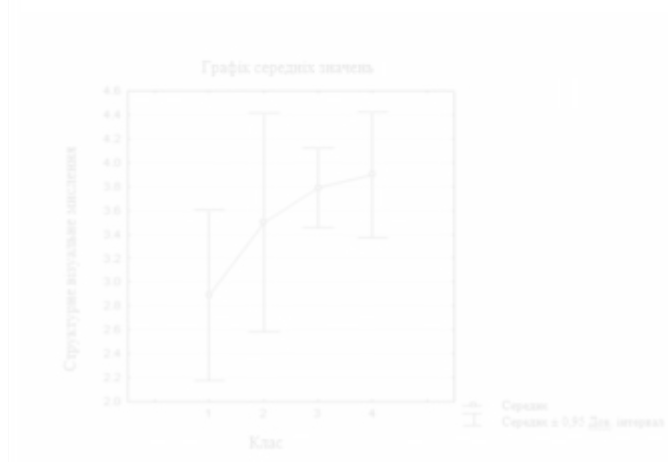


Рис. 3.3 . Графік середніх значень тесту Равена. Серія «В».

Аналіз результатів тесту Равена показав наступне: результати обстеження 2-го «А» класу охоплюють широкий спектр значень, що виявляються найбільш розрізненими. Тут відзначені найвищі показники рівня

розвитку лінійного візуального мислення, найнижчий результат також отримано у цьому класі. Рівень сформованості лінійного візуального мислення у випробуваних 1-го «А», 3-ix («А» та «Б») та 4-го «А» класів виявляється відносно однаковим і відповідає середньому рівню розвитку цього виду мислення. Загалом спостерігається розвиток лінійного візуального мислення з віком.

Рівень сформованості структурного візуального мислення в цілому в експериментальній групі виявляється нижчим за середній. Найнижчі результати відзначені в 1-му класі, найвищі – у 2-х та 4-х класах. У 3-му класі рівень розвитку цього виду мислення знаходиться вище середнього показника. У 2-му класі спостерігаються найбільші коливання середніх значень (від 2,6 до 4,4). Загалом в експериментальній групі відзначається середній рівень розвитку візуального мислення.

Результати діагностики з рисуночного тесту Коха представлені у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Зведена таблиця результатів тесту Коха

Якість	Дуже слаба	Слаба	Середня	Сильна	Висока	Середня зона
Самооцінка	0(0,00)	16(43,24)	10(27,03)	1(2,70)		1,89
Внутрішньо-сімейні конфлікти	0(0,00)	34(91,89)	1(2,70)	2(5,41)	0(0,00)	1,14

Примітка: у дужках зазначено кількість дітей у відсотковому співвідношенні та абсолютних значеннях

Дані, подані в таблиці 3.1, свідчать, що більшість досліджуваних мають занижену самооцінку, високий рівень ймовірності виникнення внутрішньоособистісних конфліктів, психопатології (43,24 %). Високий рівень стану самооцінки виявлено лише в одного досліджуваного. Однак результати дослідження також показують, що в більшості дітей в

експериментальній групі благополучна сімейна обстановка, відсутні гострі внутрішньосімейні конфлікти. Незадовільний стан внутрішньосімейних відносин виявлено у 2-х дітей. У середньому, значення самооцінки в експериментальній групі дітей виявляється нижче за норму, а рівень сімейного благополуччя високий.

Результати проведення трьох діагностичних методик (тест Коха, тест Равена, гештальт-тест Бендер) також наочно представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Зведена таблиця результатів тесту Коха, тесту Равена, гештальт-тесту Бендер

Якість	Дуже слаба	Слаба	Середня	Сильна	Висока	Середня зона
Внутрішньо-сімейні конфлікти	0(0,00)	34(91,89)	1(2,70)	2(5,41)	0(0,00)	1,14
Самооцінка	0(0,00)	16(43,24)	10(27,03)	10(27,03)	1(2,70)	1,89
Візуальне лінійне мислення	1(2,70)	2(5,41)	10(27,03)	20(54,05)	4(10,81)	3,65
Зорово-моторні координації	0(0,00)	15(38,89)	11(30,56)	11(30,56)	0(0,00)	2,92
Візуальне структурне мислення	0(0,00)	4(10,81)	11(29,73)	19(51,35)	3(8,11)	3,57

Примітка: дані в абсолютних значеннях та процентному співвідношенні.

Усі представлені тести були використані для визначення рівня працездатності досліджуваних. При цьому тест Тулуз-П'єрона і тепінг-тест, що його замінює, були спрямовані на визначення кількості виконуваних досліджуваним завдань за обмежений інтервал часу. За допомогою динамометрії було встановлено м'язовий компонент працездатності, що визначався в силі правої та лівої кистей. Розглянемо спочатку результати, отримані під час використання тесту динамометрії:

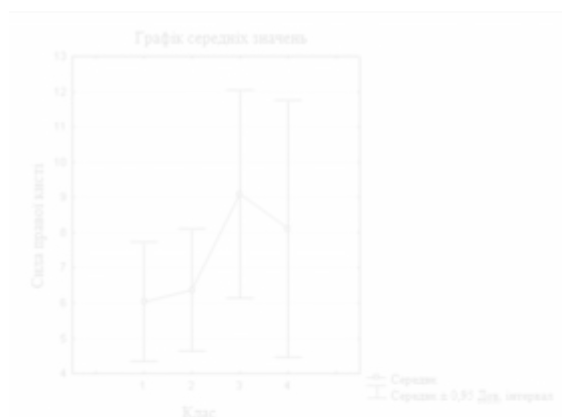


Рис. 3.4. Графік середніх значень. Динамометрія. Права рука.

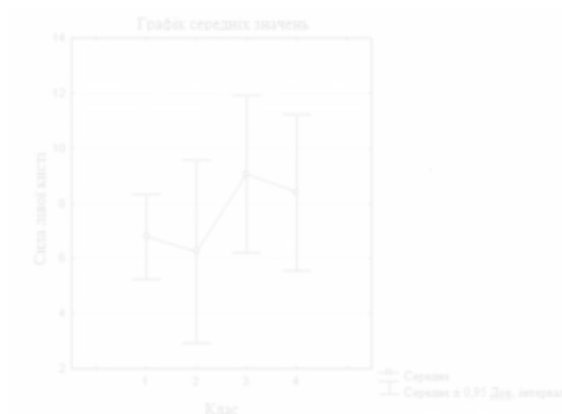


Рис. 3.5. Графік середніх значень. Динамометрія. Ліва рука.

На представлених графіках (рис. 3.4 та 3.5) ми бачимо, що максимальні значення за силою правої та лівої рук збігаються (12) і належать випробуваним 3-х «А» та «Б» класів. У цілому, за силою правої руки отримані такі результати: розвиненість правої руки у досліджуваних у першому та другому класах перебуває нижче норми. Досить високі результати правої руки отримані у третіх класах (максимальне значення). У четвертому класі представлений широкий діапазон результатів, значення

витривалості коливаються від дуже низьких і доходять до досить високих показників. За силою лівої руки у досліджуваних отримані такі результати: розвиненість лівої руки першому класі перебуває нижче норми. У другому класі значення витривалості розрізнені, коливаються від найнижчих і сягають середніх результатів. У третіх класах відзначається найвищий показник розвитку сили лівої руки. У четвертому класі рівень показників лівої руки є середнім.

Вимірювання працездатності в експериментальній групі дітей спочатку відбувалося за допомогою адаптованого варіанта тесту Тулуз-П'єрона. Однак в ході експерименту була виявлена непридатність цього тесту при роботі з дітьми. Випробувані 1-го «А» класу не змогли впоратися із запропонованим завданням, внаслідок чого було прийнято рішення скасувати використання тесту Тулуз-П'єрона у 2 «А», 3 «А» та «Б» класах. Повторну апробацію адаптованого тесту було здійснено в 4 «А» класі. Результати проведення виявилися позитивними, діти впоралися із завданням. Для визначення рівня працездатності в експеримент були включені фізіометричні методики: тепінг-тест та динамометрія, за допомогою яких тестувалися другі та треті класи, а також повторно обстежувалися перші та четверті класи. Для встановлення можливості заміщення тесту Тулуз-П'єрона тепінг-тестом з метою вимірювання рівня працездатності ми порівняли дані, отримані за допомогою цих методик у четвертому класі. Співзалежність результатів тестування зображена нижче на графіках:

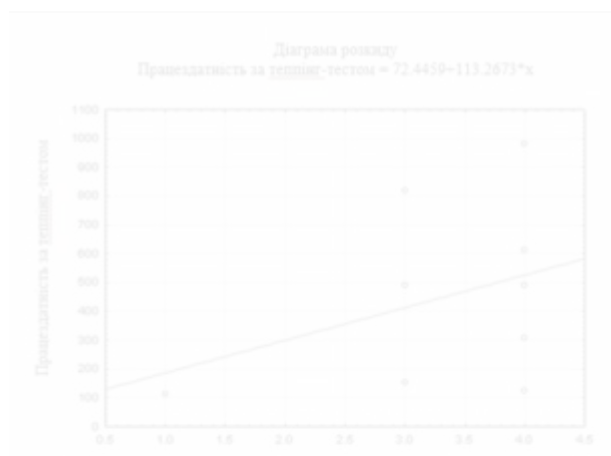


Рис. 3.6. Діаграма розсіювання. Порівняння результатів тесту Тулуз-П'єрона та теплінг-тесту.

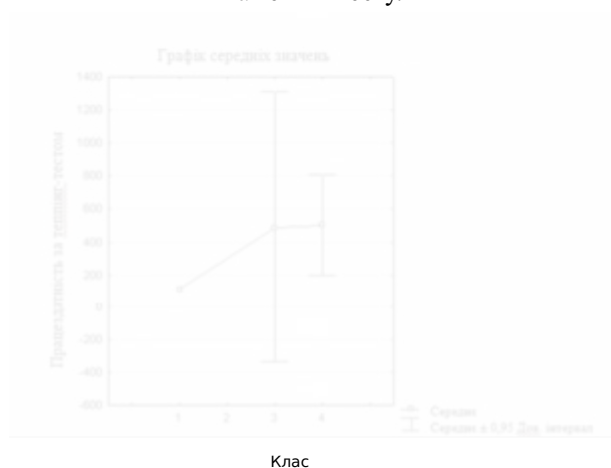


Рис. 3.7. Графік середніх значень. Тест Тулуз-П'єрона та теплінг-тест.

Тенденція розвитку показників (рис. 3.6 і 3.7) дозволяє зробити висновок про можливість заміни тесту Тулуз-П'єрона теплінг-тестом для вимірювання працездатності. Тому результати, отримані при використанні останнього, є достовірними та придатними для аналізу.

Далі ми розглянемо результати проведення теплінг-тесту:

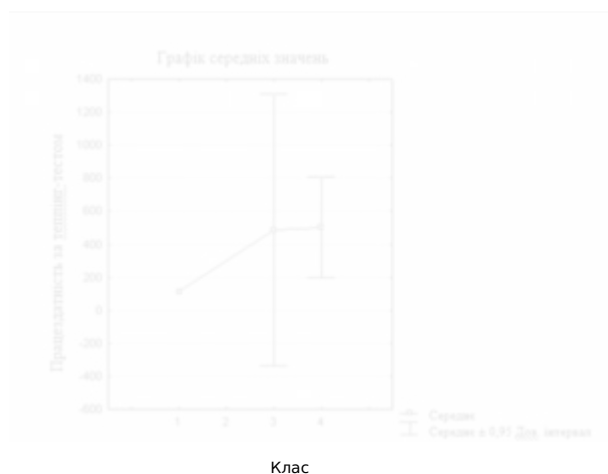


Рис. 3.8. Графік середніх значень за рівнем працездатності.

Аналіз даних, зображених на графіку середніх значень (рис. 3.8), показав наступне: рівень працездатності досліджуваних першого класу охоплює широкий спектр значень. У ньому представлені мінімальні значення експериментальної групи, відповідні низькому рівню працездатності (- 400). Максимальні значення експериментальної групи, відповідні високому розвитку працездатності досліджуваних, також виявлено у першому класі (2000). Працездатність учнів другого та четвертого класів є низькою. Досліджувані треті класи показали середній рівень працездатності.

Зіставляючи дані працездатності, отримані з допомогою тепінг-тесту, і результати вимірювання м'язової витривалості динамометром, ми можемо визначити загальний рівень працездатності кожної вікової групи дітей: 1-й «А» клас – середній рівень працездатності; 2-й «А» клас – низький рівень працездатності; 3-й «А» та 3-й «Б» класи – рівень працездатності вищий за середнє значення; 4-й «А» клас – рівень працездатності середній. У цілому в експериментальній групі переважає середній рівень працездатності. Крім того, спираючись на результати тепінг-тесту (дані про частоту), ми можемо визначити переважний тип нервової системи дітей у кожній з вікових груп.

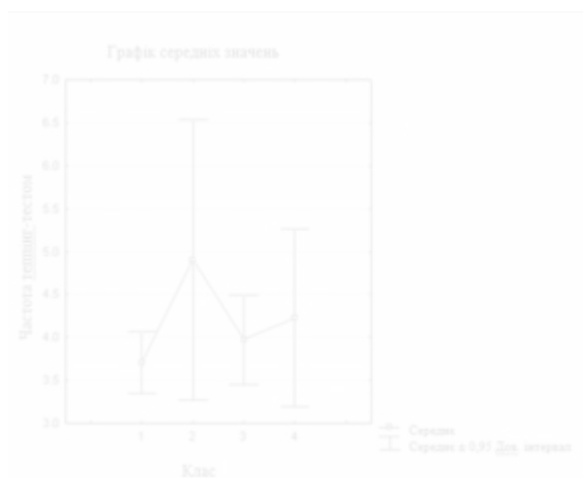


Рис. 3.9. Графік середніх значень. Частота тепінг-тесту.

Аналіз графіка (рис. 3.9) показує наступне: 1-й «А» клас – переважає слабкий тип нервової системи; 2-й «А» клас – представлений широким діапазоном значень. Досліджуваним цієї вікової групи відповідають різні типи нервової системи, починаючи від слабкого до найстійкішого типу; 3-й «А» та 3-й «Б» класи – переважає слабкий тип нервової системи; 4-й «А» клас – переважає середній тип нервової системи. Загалом, в експериментальній групі переважає слабкий тип нервової системи.

Для розгляду впливу зорової патології на розвиток психіки дітей ми наводимо порівняльний аналіз отриманих результатів дослідження експериментальної групи з даними обстеження нормально зрячих дітей (контрольна група 1–4 класи) за тими самими психодіагностичними методиками, що входять до складу розробленої психодіагностичної моделі. Стать та вік досліджуваних контрольної групи збігаються з досліджуваними експериментальної групи. Кількість дітей у контрольній групі – 19 осіб. За середніми величинами порівняння проводилося за допомогою критерію Стьюдента. Достовірні відмінності представлені у таблиці 3.3.

З даних, поданих у таблиці 3.3, очевидно, що діти з глибокими порушеннями зору значною мірою відстають у розвитку своїх однолітків з нормальним зором за всіма класами експериментальної і контрольної груп (1–4 класи). Отримані результати підтверджуються численними відомостями вчених-тифлопсихологів [14, 25, 41] про появу відхилень у розвитку психіки дитини при порушеннях зорового аналізатора. Наприклад, дуже високим виявляється ризик виникнення психопатології за умов зорової депривації (0,54054) проти показників здорових дітей (0,00000). При цьому достовірність різниці між групами дітей збільшується від класу до класу. Значне відставання в дітей із глибокими порушеннями зору виявлено в області зорово-моторних координацій, у швидкості виконання роботи. При цьому також знижуються показники віри у свої сили у дітей з глибокими порушеннями зору в різних класах: чим старші діти стають, тим нижчим у них рівень віри у власні сили, що є свідченням їхньої соціалізації в суспільстві, що є важливою умовою психічного розвитку дітей у цієї вікової групи.

Результати, які були отримані після проведення експериментальної роботи, підтвердили необхідність розробки спеціальних освітніх рекомендацій для педагогів-психологів і батьків по роботі з дітьми з глибокими порушеннями зору та учнями в масовій школі.

3.5. Розробка практичних рекомендацій для педагогів-психологів і батьків щодо організації ефективного соціально-педагогічного супроводу дітей з глибокими порушеннями зору

Робота, що проводиться зі школярами, які мають глибокі порушення зору, з урахуванням їхніх особливостей сприйняття навколишнього світу та потенційних можливостей кожної дитини, допомагає досягти гарних результатів в їхньому вихованні та навчанні, створює основу соціальної адаптації, підготовки дітей до життя в сучасному суспільстві. Вся система

компенсаторних занять педагогом-психологом повинна базуватися на навчанні дітей з глибокими порушеннями зору отримувати інформацію про навколишній світ із залученням збережених аналізаторів (дотик, слух, рухово-тактильна, температурна, нюхова, смакова чутливість).

Ефективне соціально-педагогічне супроводження процесу розвитку дитини з глибокими порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного центру має враховувати всебічні фактори освітнього процесу: адаптивне освітнє середовище, допоміжні технічні засоби, специфічні особливості комунікації, позитивний емоційний мікроклімат.

Рекомендації для педагогів-психологів:

Організація навчально-виховної роботи у школі

1. Одне з основних завдань педагога-психолога – включення кожної дитини з глибокими порушеннями зору учня до колективного середовища класу. При цьому слід мати на увазі, що працездатність дитини з глибокими порушеннями зору є нижчою. Він може не встигати за роботою учнів, що нормально бачать. У зв'язку з цим, поруч із приладом Брайля, діти з порушеним зором користуються диктофонами, куди записуються фрагменти уроку.
2. Педагоги-психологи повинні мати великий досвід у сфері орієнтування дітей із глибокими порушеннями зору у просторі, особливостях поведінкових реакцій, розвитку психоемоційної сфери. Вони мають бути готові проконсультувати батьків та вчителів щодо кожного конкретного випадку. Вчитель повинен заздалегідь продумати весь педагогічний маршрут, розбираючи найскладніші випадки, обговорити з адміністрацією школи, яким чином оптимізувати психолого-педагогічний супровід повноцінного розвитку учня.
3. У мові вчителя обов'язково повинні бути слова «бачити» і «дивитися». Для дітей з глибокими порушеннями зору вони мають таке ж значення, як і для дітей, які нормально бачать. Вони не використовують їх для позначення свого сприйняття, але ці слова зберігають своє первісне

значення. Для успішної соціалізації дитина з глибоким порушенням зору повинна знати і правильно вживати слова, що позначають візуальне сприйняття.

4. Особливу увагу слід звернути на фронтальну роботу у класі. Щоб діти з глибокими порушеннями зору могли взяти участь у фронтальній роботі класу, необхідні спеціальні індивідуальні картки та тексти, підготовлені рельєфним або укрупненим шрифтом та інші наочні посібники.
5. Необхідно провести знайомство учня з порушенням зору з усіма видами діяльності, якими займаються у школі (фізичними вправами, іграми, навчальними предметами, дозвільною діяльністю, звичаями та традиціями класу та школи).
6. Дитина з порушенням зором може не виявляти інтересу або не помічати того, що відбувається на відстані від неї, наприклад, жестикуляції співрозмовника. З огляду на це необхідно навчити дітей робити акцент на вербальному спілкуванні. У той же час потрібно звертати увагу дитини з глибокими порушеннями зору на невербальні елементи комунікації, пояснювати їх значення.
7. Необхідно враховувати підвищену емоційну чутливість дитини з глибокими порушеннями зору до критики та зауважень. Важливе значення має конструктивність і аргументованість зауважень, контроль розуміння дитиною впевненості вчителя у цьому, що учень здатний бути кращим.
8. У разі використання учнем з глибокими порушеннями зору індивідуальних адаптивних засобів, вчитель повинен допомогти йому спокійно користуватися ними на уроці.
9. Оскільки деякі діти з глибокими порушеннями зору намагаються уникати уваги до власних проблем, вони неохоче приймають допомогу лише у випадку, якщо цього вже неможливо уникнути. Природно, що слід поважати побажання дитини з порушенням зору у її прагненні до самостійності, проте якщо педагог спостерігає, що дитина дійсно

потребує додаткової допомоги, необхідно делікатно, але твердо пояснити їй це. Коли у дитини з порушенням зору спаде нервово-емоційна напруга, потрібно провести з нею спокійну розмову, пояснити, що приймати допомогу не соромно, що може виникнути ситуація, коли комусь знадобиться та її допомога. Контроль протікання таких ситуацій необхідно постійно обговорювати зі шкільним педагогом-психологом.

10. Необхідно стежити за перемиканням з одного роду діяльності на інший, щоб запобігти швидкій перевтомі дитини з порушеннями зору – організація фізкультхвилин, допомога вчителю розкласти навчальний матеріал на парти, стерти з дошки і т.д.
11. Залежно від ступеня порушення зору, дитині може знадобитися різна кількість та комбінації адаптивних пристроїв. Прилади поділяються на оптичні та неоптичні, підбір здійснюється лише фахівцями, виходячи з можливостей кожної конкретної дитини. Серед допоміжних адаптивних засобів виділяють: книжкові підставки, що дозволяють скоротити навантаження на хребет та зберегти гарну поставу; фломастери, пріоритетно темних тонів, можна використовувати для малювання діаграм та таблиць; прозорі листи з ацетатного пластику (переважно жовті, хоча можливі інші кольорові рішення), розміщені поверх друкованої сторінки, дозволяють виключити ефект засвічування чорного шрифту на білому тлі; реостатні лампи дають можливість регулювати інтенсивність та кут освітлення об'єкта; книги з укрупненим шрифтом зручні для тих дітей, які через ослаблений зір не можуть читати тексти зі звичайним розміром шрифту; спеціальний прилад для листа по Брайлю та грифель; спеціальні тактильні ілюстрації, графіки, таблиці можуть значно допомогти дитині з порушеннями зору засвоїти навчальний матеріал; арифметичний прилад, що складається із пластикових кубів з нанесеними на них брайлівськими знаками та пластини (матриці), розділені на комірки, в які вставляються кубики, що також дозволяють складати безліч тактильних комбінацій для представлення математичних формул; трафарети та шаблони – пластикові

або металеві форми, що дозволяють робити записи вздовж напрямних осередків; аудіокасети, CD, DVD, флеш-карти – діти з порушенням зору можуть записувати завдання та свої відповіді на диктофон та прослуховувати навчальні тексти з використанням касетних, CD або флеш-програвачів; аудіо книги; програми звукового виведення інформації з комп'ютера – вони поділяються на програми читання з екрану та синтезатори мови та, у поєднанні з програмами збільшення зображення на екрані та брайлівськими дисплеями та принтерами, становлять основу обладнання комп'ютерних місць для дітей з порушенням зору; звукові калькулятори – пристрої, всі операції на яких промовляються синтезатором; окуляри з особливими характеристиками – біфокальними, призматичними, контактними, комбінованими та іншими типами лінз, що підбираються відповідно до індивідуальних можливостей та потреб дитини; збільшувачі – кишенькові або настільні лупи для читання текстів або невеликі телескопи для того, щоб дитина могла бачити написане на дошці, не встаючи з місця.

12. Дитині з порушенням зору під час уроків математики з довгими письмовими роботами необхідно використовувати, з одного боку, компенсаторні механізми пам'яті (усний рахунок), з іншого боку – прилад прямого читання, що, безумовно, сприятиме підтримці загального темпу уроку.
13. Враховуючи, що діти з порушенням зору більшість інформації на уроці отримують на слух, мова вчителя має бути виразною та точною. Необхідно промовляти все, що він робить, пише, малює чи коли проводить дослід. Словникову роботу слід проводити на кожному уроці, тому що для багатьох дітей з порушенням зором характерний вербалізм. Вербалізм пояснюється збідненістю досвіду в дітей із глибокими порушеннями зору та відсутністю за словом конкретних уявлень, оскільки вони знайомі з багатьма об'єктами зовнішнього світу лише формально-словесно.

14. Наявність спеціальних дидактичних посібників, розрахованих на тактильне або візуально-тактильне сприйняття дитини з порушенням зору, важлива на уроці. Однак, враховуючи, що багато об'єктів, які діти ніколи не тримали в руках або бачили лише невиразно, їм незрозумілі, необхідно проводити індивідуальну роботу з реальними об'єктами, спрямовуючи руки і погляд на об'єкт, що вивчається. Якщо ж спеціальних наочних посібників немає, слід спеціально їх приготувати.
15. Дуже важливим напрямом роботи педагога-психолога є включення учня до позакласних та позашкільних заходів. Дитині з порушенням зору, щоб вона могла увійти повноправним членом у світ зрячих, важливо показати, що і зрячим є чому в неї повчитися, а особливо – працьовитості, наполегливості та впевненості в тому, що довкола живуть і трудяться гарні добрі люди.
16. Необхідно включати дітей з порушеннями зору у всі сфери діяльності – фізкультурні заходи, художню самодіяльність, залучати до доступної їм суспільно корисної праці. Педагог-психолог повинен давати необхідні рекомендації щодо використання допоміжних засобів, які допоможуть кожній дитині з порушенням зору брати участь у діяльності колективу.
17. Допомога з боку вчителів у вирішенні проблем, що виникають у дітей з глибокими порушеннями зору, допоможе завоювати їхню довіру та дружбу, сприяти психологічній адаптації в колективі. Однак опіка не повинна бути надмірною, оскільки вона може придушувати активність самих учнів, а також формувати такі негативні особистісні особливості, як безініціативність і егоїзм.
18. Дії педагога-психолога та педагогів-предметників повинні бути спрямовані на перетворення негативних емоцій, які можуть виникнути у дитини у зв'язку з початком шкільного навчання на міцний фундамент соціального імунітету, необхідного дитині у дорослому житті, коли їй доведеться входити у світ зрячих.

19. Широке поширення у системі спеціальної освіти набуло використання музичних засобів навчання, які виступають не лише як найбагатше джерело знань про навколишню дійсність, про світ образів, а й як спосіб вираження своїх почуттів, вражень, емоцій, свого внутрішнього світу. Тому у роботі з дітьми з порушеним зором застосування цих засобів навчання є виключно необхідним.
20. Ручна праця розвиває моторику, координацію рухів, формує трудові навички, долучає до культури та мистецтва, розширює кругозір і мовний запас.
21. Художньо-мовна діяльність допомагає дітям з порушеним зором удосконалювати свої мовні навички, долати страх і невпевненість у процесі користування мовою, розвиває здатність відчувати красу мови, поетичного та художнього слова, духовно збагачує дітей, викликає у них інтерес до літературного читання. Використання засобів мистецтва сприяє корекції та компенсації зорової депривації, активізації пізнавальних інтересів, залучення до духовної культури, освоєння різних форм соціального життя та в результаті до соціальної адаптації дитини з обмеженими можливостями, активної участі у суспільній, культурній та дозвільній діяльності в соціальному середовищі.
22. Організація соціально-педагогічного супроводу повинна здійснюватися під постійним контролем психологічної служби навчального закладу, із залученням усього кола фахівців та батьків учнів.

Сенсорний розвиток

1. Для компенсації інтелектуальної, сенсорної та рухової недостатності необхідно створювати ситуації, які стимулюють дітей до прояву своїх потенційних можливостей. Спеціальні компенсаторні вправи допомагають дітям зрозуміти способи встановлення соціальних контактів. З цією метою можуть бути використані різноманітні ігрові ситуації. У цих ситуаціях діти розуміють практичне значення слуху для успішного розпізнавання об'єктів, коли зір не дозволяє їх побачити. У приміщеннях,

де навчаються та відпочивають діти з глибокими порушеннями зору, необхідно розміщувати дзвіночки, до яких можна доторкнутися, щоб привернути увагу оточуючих. Подібні вправи активізують дітей до пізнання різних способів та засобів спілкування.

2. Введення ігрових пристроїв дозволяє дітям встановлювати контакти з іншими дітьми, полегшує та стабілізує процес навчання. В іграх з водою та піском можна здійснювати навчання тактильно-кінестетичних дій.
3. У процесі формування самостійного орієнтування дитини у навколишньому середовищі важливу роль відіграє навчання дітей вмінню пізнавати предмети за їх характерними ознаками. Чим більше органів чуття бере участь у процесі ознайомлення з навколишнім світом, тим успішніше йде соціальний розвиток дитини.
4. Відсутність зорового контролю за рухами ускладнює формування зорово-просторової координації. Внаслідок цього рухи молодших школярів скуті, невпевнені, немає точності у їх виконанні. У пізнанні навколишнього світу дитиною з глибокими зоровими порушеннями важливу роль відіграє дотик. Саме він дає дитині можливість отримати конкретні, реальні уявлення про найближчий простір і предмети, що знаходяться в ньому. За допомогою дотику та рухово-тактильної чутливості дитина може набути необхідних навичок самообслуговування. Це є основою для формування в неї самостійності, яка дозволить надалі обходитися без сторонньої допомоги, що надзвичайно важливо не лише з практичної точки зору, але й психологічного комфорту.
5. У дітей із глибокими порушеннями зору часто спостерігаються прояви нав'язливих рухів. Слід м'яко, але рішуче відчувати їхню відмінність від цих звичок.

Розвиток когнітивної сфери дітей молодшого шкільного віку з глибокими порушеннями зору

1. Розвиток уваги. Компенсація прогалин у чуттєвому досвіді дитини можлива лише за посиленої активізації діяльності інших органів чуття, причому тут істотна роль належить увазі. Подолання труднощів у розвитку мимовільної та довільної уваги у дітей з глибокими порушеннями зору сприятиме їхньому включенню в активну діяльність різного характеру. Вони мають бути постійними активними учасниками навчально-дослідницької роботи, педагогу важливо акцентувати увагу дитини на всіх деталях того чи іншого завдання, залучати уважно вивчати пропонований матеріал. Активна діяльність дітей із глибокими порушеннями зору стимулює розвиток здатності довільно спрямовувати свідомість на об'єкти цієї діяльності, уможливує адекватне відображення цих об'єктів, значною мірою компенсуючи обумовлені різними порушеннями зору вторинні відхилення.
2. Розвиток мовлення. Необхідно ще раз наголосити, що у дітей з глибокими порушеннями зору та дітей з нормальним зором розвиток фонематичного слуху та формування мовленнєво-слухових уявлень, заснований на слуховому сприйнятті, протікає ідентично. Однак, формування у дітей з глибокими порушеннями зору артикуляції звукового мовлення, яке опосередковане не тільки слуховим, а й кінестетичним і зоровим сприйняттями, дуже проблематично внаслідок повної або часткової відсутності можливості візуально відображати артикуляторні рухи людей, що спілкуються з дітьми з глибокими порушеннями зору. Соціально-педагогічний супровід розвитку дітей цієї категорії має проходити під пильною увагою логопеда за допомогою впливу на збережені слуховий та зоровий аналізатори. Основним завданням є розвиток словникового запасу – збільшення числа використовуваних слів, а також смисловий розвиток словника, іншими словами, співвідношення слів і предметів, що позначаються ними, процес все більшого і більшого узагальнення значення слів. Розвиток словникового запасу дітей із глибокими порушеннями зору опосередковано розвитком обсягу мовного

спілкування, що залежить від безпосереднього спілкування з дорослими, читання книжок, слухання радіо тощо. Акцентування уваги розвитку мовлення дітей із глибокими порушеннями зору, забезпеченні різноманітності їхнього мовного спілкування призводить вже у середньому шкільному віці як до досягнення ними рівня норми мовлення, а й, за даними деяких дослідників, перевищенню її.

3. Розвиток уявлень. Характерною рисою уявлень в дітей із глибокими порушеннями зору є різке звуження їх обсягу внаслідок редукування зорових образів чи його випадання (повного чи часткового). Крім того, уявлення у дітей з глибокими порушеннями зору мають і якісні відмінності від чуттєвих образів пам'яті однолітків із розвитком у нормі. Фрагментарність можна визначити за тим, що в образі об'єкта часто відсутні багато суттєвих деталей, образ позбавлений цілісності, іноді неадекватний об'єкту, що відображається. В основі фрагментарності образів в дітей із глибокими порушеннями зору – сукцесивність, послідовність дотикового чи дефектного зорового сприйняття. Фрагментарність уявлень у дітей із глибокими порушеннями зору проявляється при художній діяльності. Сукцесивність та фрагментарність сприйняття необхідно долати за допомогою розвитку мислення дитини, дотикового та зорового обстеження об'єктів. Соціально-педагогічний супровід розвитку дітей з глибокими порушеннями зору, зокрема процесу сприйняття з акцентом на розвиток спостережливості, формування навичок обстеження об'єктів, дозволить подолати у дітей схематизм їх уявлень.
4. Розвиток пам'яті. У дітей з глибокими порушеннями зору, зорових функцій спостерігається уповільнення утворення тимчасових зв'язків, що виявляється у необхідності більшої кількості підкріплень при запам'ятовуванні інформації. Характерна для дітей з глибокими порушеннями зору і велика амплітуда індивідуальних коливань у швидкості запам'ятовування, обсяг пам'яті, у співвідношенні механічного

і осмисленого запам'ятовування. Ці індивідуальні особливості безпосередньо не пов'язані зі станом зорових функцій, вони опосередковуються різними причинами, такими, як наявність і обсяг чуттєвого досвіду, рівень інтелектуального розвитку та ін., відсутністю чи неоптимальністю соціально-педагогічного супроводу їхнього розвитку. Найважливішою умовою успішного запам'ятовування, збереження та відтворення є якість і характер матеріалу, а також облік наступних фактів: впізнавання об'єктів здійснюється уповільнено і менш повно, ніж у нормі, правильність впізнавання об'єкта залежить від гостроти зору. На заняттях педагогу необхідно дозувати навчальне навантаження для дитини з порушенням зором, відводити їй необхідну кількість часу для осмислення та запам'ятовування матеріалу, що вивчається. При подачі навчальних завдань необхідно контролювати розуміння їх дитиною з глибокими порушеннями зору, графічні та аудіозавдання мають бути доступними для сприйняття такої дитини.

5. Розвиток мислення. Однією з векторів компенсації неповноцінного сприйняття, фундаментальної властивості мислення, в дітей із глибокими порушеннями зору є опосередкованість, що дозволяє з допомогою умов розкрити сутність предметів і явищ, недоступних для сприйняття дітям цієї категорії. У дітей з глибокими порушеннями зору часто спостерігається виділення ними надмірно загальних чи несуттєвих ознак об'єктів, що перешкоджає правильній їх класифікації та систематизації. На основі положення про єдність чуттєвого та логічного, можна зробити висновок про вплив відхилень у сфері чуттєвого пізнання на всі розумові операції. Успішний розвиток системи операцій мисленнєвої діяльності дітей з глибокими порушеннями зору детермінує постановку акценту в рамках такого соціально-педагогічного супроводу на спрямованість та організацію сприйняття через уточнення та розширення кола їхніх уявлень, формуючи на цій основі повноцінні поняття. Формування видів та типів мислення дітей з глибокими порушеннями зору проходить через

ті ж етапи, що і в нормі. Саме тому для дітей із глибокими порушеннями зору особливе значення має один із основних дидактичних принципів – принцип наочності. На його основі можливе нормальне засвоєння дітьми з глибокими порушеннями зору понять, які за своєю природою не можуть не спиратися на образи насправді.

6. Розвиток уяви. Одним з основних завдань соціально-педагогічного супроводу дітей різними порушеннями зору є розвиток відтворюючої уяви. Цілеспрямований, керований розвиток уяви необхідний як такий, що заповнює прогалини у чуттєвих знаннях, а й тому, що, спираючись на недостатні по повноті і свідомості уявлення, уяву може спотворювати ставлення до реальному житті. Це може виявлятися при пасивній уяві, до якої можуть бути схильні діти з глибокими порушеннями зору у разі їхнього малорухливого способу життя і недостатньо активного включення в діяльність. Відрив від реальності перетворює мрію зі стимулу діяльності на мрійливість і негативно впливає на розвиток особистості. Педагогам на заняттях необхідно повною мірою використати ці факти, стимулюючи подальший розвиток уяви та творчого потенціалу дитини з порушеннями зору. Слід частіше використовувати у навчальних завданнях елементи творчого пошуку рішення.

Рекомендації для батьків:

Дитячо-батьківські відносини

1. Батькам дитини з глибокими порушеннями зору необхідно прийняти ситуацію як даність. Потрібно пам'ятати, що всі страхи та переживання дитина відчуває на інтуїтивному рівні, і у неї формується комплекс «провини». Заради успішної дитини батькам необхідно знайти сили з оптимізмом дивитися в майбутнє.
2. Ніколи не слід нарікати дитині, що вона не така, як усі. Таким чином, у неї може бути сформований комплекс неповноцінності.

3. Дитину з глибокими порушеннями зору слід оточити увагою, турботою та любов'ю, проте не слід забувати про інших членів сім'ї, особливо про інших дітей, оскільки в цьому випадку виникає ризик народження почуттів заздрості та ревнощів.
4. У багатьох батьків виникає комплекс провини відносно власної дитини, яка має фізичний недолік від народження або набутий пізніше. Почуття провини формує певний стиль батьківського виховання – гіперопіку. Такі батьки захищають дитину від можливих проблем, потурають її примхам та бажанням. Подібні виховні заходи призводять до спотворення особистісного розвитку дитини, з якої може зрости зніжений споживач із егоцентричними установками. Цим батькам необхідно в процесі співробітництва демонструвати наявність більших можливостей розвитку їхньої дитини, створювати у них відповідні педагогічні настанови. Батьки повинні знати, що саме в даний момент їхній дитині під силу, а що без сторонньої допомоги вона зробити не зможе, необхідно також намітити перспективу розвитку академічного та фізичного навантаження дитини.
5. У всіх членів сім'ї має бути можливість саморозвитку та повноцінного життя. Не можна забувати, що дитині з перших місяців життя важливо відчувати стабільність та спокій свого оточення.
6. Домашнє оточення має бути організоване таким чином, щоб усі члени сім'ї відчували себе комфортно.
7. Домашнє завдання є невід'ємною частиною повноцінного процесу навчання, особливо за умов зорових порушень. Правильна організація домашнього самостійного навчання молодшого школяра істотно впливає на ефективність соціально-педагогічного супроводу загалом. Головне завдання цього етапу полягає у тому, щоб допомогти учням організувати свою домашню навчальну працю.

Розвиток когнітивної сфери

1. Для розвитку мислення, уваги, пам'яті та уяви батькам слід частіше водити дитину з глибокими порушеннями зору до розважальних центрів, парків, де є просторові лабіринти, ставити завдання орієнтації перед дитиною, знаходження іграшки за описом маршруту. Рекомендується розігрувати театральні сценки, пантоміму, заняття у танцювальній студії. Ці засоби не лише допоможуть у вдосконаленні когнітивних процесів, а й сприятимуть розвитку зорово-просторової орієнтації.
2. Для підвищення працездатності дитини з глибокими порушеннями зору батькам рекомендується створення гнучкого режиму дня з обов'язковими пунктами та часовими відрізками, з можливістю варіювати наповнення додаткових пунктів у режимі дня. Необхідні заняття спортом із чітко поставленим завданням на тренуванні.
3. У зв'язку з тим, що темп роботи дітей із зоровими порушеннями уповільнений, слід давати більше часу для виконання домашніх завдань (особливо письмових). Деякі порушення зору ускладнюють вироблення навички гарного письма, тому слід зменшити вимоги до почерку дитини. Рекомендуються додаткові заняття з такою дитиною, спрямовані на розвиток навичок письма та креслення по трафарету, навичок штрихування, орієнтування в мікропросторі, розвиток зорового сприйняття, уваги, пам'яті.

Розвиток емоційної сфери

1. Для виховання в дитині з глибокими порушеннями зору емоційної стійкості та позитивного емоційного настрою батькам необхідно формувати у дитини вміння сказати «ні», вміння висловлювати бажання та вимоги, володіння навичками ефективного спілкування: вміння налагоджувати контакти, вести та закінчувати розмову, висловлювати як позитивні, так і негативні почуття. Не слід допускати негативних оцінок з боку близьких людей чи вчителів, які згодом видозмінюються на негативні самооцінки власних намірів та можливостей. Необхідно

формувати бажання спілкуватися та розвивати комунікативні навички дитини. Необхідно постійно розширювати коло її пасивного спілкування. При цьому необхідно створювати такі умови, в яких дитина почувала б себе спокійно і безпечно. У процесі постійного залучення дитини до суспільства у неї поступово формується спокійне та адекватне ставлення до спілкування, розвиваються необхідні навички спілкування, формується мовлення. Батьківська любов має бути керована принципами та очікуваннями; бути терплячою та поблажливою, а не загрозливою та авторитетною. Вона повинна давати дитині почуття власної сили і, нарешті, дозволити їй самій для себе стати авторитетом.

2. Для профілактики виникнення сімейних конфліктів та запобігання виникненню негативної емоційної атмосфери батькам рекомендується якнайчастіше брати участь у «сімейних клубах», спільних святах з дітьми, організувати туристичні походи – водні, піші, походи вихідного дня як у рамках роботи «клубу» так і самостійні (своєю родиною).

Висновки до третього розділу

1. Організація соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дітей з глибокими порушеннями зору пов'язана з безліччю особливостей та труднощів через специфіку їхнього психічного та особистісного розвитку. Створення та дотримання особливих умов буде ключовим фактором ефективності процесу розвитку в цілому.

2. Зарубіжна та вітчизняна соціальна та психолого-педагогічна практика переконливо доводить необхідність та ефективність інтегрованого навчання дітей з глибокими порушеннями зору молодшого шкільного віку за допомогою диференційованого підходу залежно від індивідуальних особливостей функціонування зорової системи учня, оскільки порушення зору втрачають свої позиції перед широким фронтом атакуючих знань, умінь та навичок. Основним завданням сучасної науки є створення універсальної

системи соціально-педагогічного супроводу, що включає систему заходів та організацію предметного простору з урахуванням особливих можливостей здоров'я дитини.

3. Проведений за допомогою методу спостереження аналіз виявив вкрай низькі показники ефективності навчального процесу рівня професійної компетентності педагогів під час роботи з дітьми з глибокими порушеннями зору. Позначилася гостра необхідність радикальних заходів щодо зміни структури роботи з дітьми з глибокими порушеннями зору в освітніх установах. Отримані результати свідчать, що на даному етапі школи не повною мірою готові працювати з дітьми з глибокими порушеннями зору та організувати повноцінний соціально-педагогічний супровід процесу їхнього розвитку.

4. Психодіагностика – ключовий етап комплексного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дитини з глибокими порушеннями зору. Вона ґрунтується на ряді принципів, сформульованих провідними фахівцями в галузі спеціальної психології та психодіагностики порушеного розвитку. Психодіагностичне обстеження дитини з проблемами розвитку має бути системним, тобто включати вивчення всіх сторін психіки (пізнавальну діяльність, мова, емоційно-вольову сферу, особистісний розвиток).

5. Проведення психологічної діагностики дітей із глибокими порушеннями зору потребує спеціальних методик, яких, на жаль, мало. Адаптація стимульного матеріалу при дослідженні дітей з глибокими порушеннями зору викликається необхідністю його чіткого і точного сприйняття дітьми та вимагає від педагога-психолога знання діагнозу захворювання та стану основних зорових функцій досліджуваної дитини: гостроти зору, колірного зору, характеру зору та ін. Під час обстеження можуть бути використані стандартизовані діагностичні методики для визначення рівня розумового розвитку та навчальної діяльності дітей із глибокими порушеннями зору. Однак це можливо лише за умов, що дозволяють дітям вирішувати ці завдання, а саме, при адаптації матеріалу

відповідно до загальних вимог до зорових та тактильних можливостей дітей з глибокими порушеннями зору.

6. В результаті аналізу існуючих на даний момент психодіагностичних методик для роботи з дітьми з глибокими порушеннями зору було виявлено відсутність комплексної діагностичної моделі для повноцінного та різнопланового вивчення особистісних особливостей дитини з порушеним зором, а саме: візуального мислення, візуально-моторної координації, працездатності, особистісних особливостей.

7. Впровадження експериментальної психодіагностичної моделі виявилось успішним, підтвердилась можливість застосування для діагностики дітей із глибокими порушеннями зору адаптованого тесту Равена, рисуночного тесту Коха. Застосування адаптованого (збільшеного) гештальд-тесту Бендер виявило недоцільність його модифікації, оскільки викликало складнощі у дітей при виконанні завдань, внаслідок чого їм було запропоновано стандартний стимульний матеріал тесту, з яким досліджувані успішно впоралися. Також апробація моделі виявила непридатність тесту Тулуз-П'єрона для дітей з вадами зору. Тому надалі під час експерименту визначення працездатності використали теплінг-тест і динамометрію з метою оцінки рівня витривалості рук. Крім того, дані, отримані при використанні теплінг-тесту, дозволяють судити про тип нервової системи дитини.

8. Проведене психологічне дослідження показало такі результати:

- Рівень розвитку візуально-моторних координацій в експериментальній групі дітей знаходиться нижче за норму.
- Рівень розвитку візуального мислення має середні значення.
- У досліджуваних виявлено середній рівень працездатності.
- Виявлено зниження самооцінки дітей, підвищений ризик виникнення психопатології.
- У дітей із глибокими порушеннями зору переважає слабкий тип нервової системи.

9. Порівняльний аналіз результатів обстеження показав відставання у психічному розвитку за заданими показниками дітей із глибокими порушеннями зору щодо здорових однолітків.

10. Результати експериментального дослідження дозволили сформулювати рекомендації для педагогів та батьків як основи організації ефективного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дитини з глибокими порушеннями зору. Рекомендації враховували всебічні чинники процесу розвитку дитини з глибокими порушеннями зору: особливості сімейного виховання, специфіку дитячо-батьківських відносин, адаптивне освітнє середовище, допоміжні технічні засоби, специфічні особливості комунікації в сім'ї та школі, позитивний емоційний мікроклімат.

ВИСНОВКИ

1. Актуальність проведеного дослідження визначається розкритим протиріччям між зростаючою потребою у підвищенні ефективності навчання дітей з глибокими порушеннями зору та відсутністю зараз у психолого-педагогічній практиці необхідних засобів повноцінної діагностики таких дітей; між потребою педагогів та батьків у необхідних практичних рекомендаціях щодо організації ефективного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дітей молодшого шкільного віку з глибокими порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного центру та відсутністю таких рекомендацій.

Цей факт свідчить про необхідність збору, систематизації та обробки даних з досвіду навчання дітей з глибокими порушеннями зору в умовах навчально-реабілітаційного закладу з метою визначення специфіки та умов ефективності освітнього процесу для цієї категорії учнів.

2. У процесі теоретичного аналізу нами було визначено таке:

- порушення зору у дітей є однією з найбільш актуальних соціально-педагогічних проблем. Згідно з даними статистичного аналізу, частота та структура очної захворюваності у дітей значно варіюється. Одним із найбільш значних факторів порушень зору, безсумнівно, є шкільне навчання. Згідно з результатами аналізу статистичних даних проблема порушення зору у школярів є особливо актуальною у зв'язку з великою частотою та поширеністю серед різних вікових груп дітей та потребує пильної уваги фахівців усіх напрямів: медичного, соціально-психологічного та педагогічного;
- порушення зорової системи завдають величезної шкоди формуванню психічних процесів та рухової сфери дитини, її фізичному та психічному розвитку. Провідним і визначальним різних відхилень у разі порушення органу зору є спотворення зорового сприйняття. Зорове сприйняття

- пов'язане з усією сенсорною системою дитини, що впливає на психофізичний розвиток дитини, формування її емоційно-вольової сфери;
- дослідження особливостей розвитку та навчання дітей з порушеним зором спиралися на теорію основоположників вітчизняної дефектології і були спрямовані на компенсаторний розвиток цієї категорії дітей у процесі корекційного навчання та виховання. Основною проблемою педагогіки та психології сучасності є виявлення потенційних можливостей дитини, пошук шляхів подолання відхилень у формуванні психічних процесів та особистісних якостей, що виникають в результаті глибокого порушення зору. Особливістю позиції сучасних педагогів є розуміння психічного розвитку дітей із глибокими порушеннями зору не як розвитку аномального організму, а як формування активної особистості, що заповнює дефекти сенсорики комплексною опосередкованою пізнавальною діяльністю;
 - організація ефективного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку молодших школярів з глибокими порушеннями зору дозволяє розкрити потенційні можливості дітей, полегшити адаптацію до навчально-виховного процесу. Педагог-психолог бере активну участь в організації соціально-педагогічного супроводу розвитку дітей із порушеним зором. Робота з дітьми, що розвиваються в умовах зорових порушень, потребує особливих професійних навичок, розуміння механізмів протікання онтогенезу таких дітей;
 - закордонна та вітчизняна соціальна та психолого-педагогічна практики переконливо доводять необхідність та ефективність навчання дітей з глибокими порушеннями зору молодшого шкільного віку за допомогою диференційованого підходу залежно від індивідуальних особливостей функціонування зорової системи учня, оскільки порушення зору втрачають свої позиції перед широким фронтом атакуючих знань, умінь та навичок. Основним завданням сучасної науки є створення універсальної системи соціально-педагогічного супроводу, що включає

систему заходів та організацію предметного простору з урахуванням особливих можливостей здоров'я дитини.

3. Проведений за допомогою методу спостереження аналіз виявив вкрай низькі показники ефективності навчального процесу рівня професійної компетентності педагогів під час роботи з дітьми з глибокими порушеннями зору. Позначилася гостра необхідність радикальних заходів щодо зміни структури роботи з дітьми з глибокими порушеннями зору в освітніх установах. Отримані результати свідчать, що на даному етапі школи не повною мірою готові працювати з дітьми з глибокими порушеннями зору та організувати повноцінний соціально-педагогічний супровід процесу їхнього розвитку.

4. Психологічна діагностика дітей із глибокими порушеннями зору потребує спеціальних методик, яких, на жаль, мало. Адаптація стимульного матеріалу при дослідженні дітей з глибокими порушеннями зору викликається необхідністю його чіткого і точного сприйняття дітьми та вимагає від педагога-психолога знання діагнозу захворювання та стану основних зорових функцій досліджуваної дитини: гостроти зору, колірного зору, характеру зору та ін. Під час обстеження можуть бути використані стандартизовані діагностичні методики для визначення рівня розумового розвитку та навчальної діяльності дітей із глибокими порушеннями зору. Однак це можливо лише за умов, що дозволяють дітям вирішувати ці завдання, а саме, при адаптації матеріалу відповідно до загальних вимог до зорових та тактильних можливостей дітей з глибокими порушеннями зору.

5. В результаті аналізу існуючих на даний момент психодіагностичних методик для роботи з дітьми з глибокими порушеннями зору було виявлено відсутність комплексної діагностичної моделі для повноцінного та різнопланового вивчення особистісних особливостей дитини з порушеним зором, а саме: візуального мислення, візуально-моторної координації, працездатності, особистісних особливостей.

6. Проведене впровадження експериментальної психодіагностичної моделі виявилось успішним, підтвердилася можливість застосування для діагностики дітей із глибокими порушеннями зору адаптованого тесту Равена, рисуночного тесту Коха. Застосування адаптованого (збільшеного) гештальд-тесту Бендер виявило недоцільність його модифікації, оскільки викликало труднощі в дітей під час виконання завдань, у результаті їм було запропоновано стандартний стимульний матеріал тесту, з яким випробувані успішно впоралися. Також апробація моделі виявила непридатність тесту Тулуз-П'єрона. Тому надалі під час експерименту визначення працездатності використали тепінг-тест і динамометрію з метою оцінки рівня витривалості рук. Крім того, дані, отримані при використанні тепінг-тесту, дозволяють судити про тип нервової системи дитини.

Проведене дослідження показало такі результати:

- Рівень розвитку візуально-моторних координацій в експериментальній групі дітей знаходиться нижче за норму.
- Рівень розвитку візуального мислення має середні значення.
- У досліджуваних виявлено середній рівень працездатності.
- Виявлено зниження самооцінки дітей, підвищений ризик виникнення психопатології.
- У дітей із глибокими порушеннями зору переважає слабкий тип нервової системи.

7. Порівняльний аналіз результатів обстеження показав відставання у психічному розвитку за заданими показниками дітей із глибокими порушеннями зору щодо здорових однолітків.

8. Результати експериментального дослідження дозволили сформулювати рекомендації для педагогів та батьків як основи організації ефективного соціально-педагогічного супроводу процесу розвитку дитини з глибокими порушеннями зору. Рекомендації враховували всебічні чинники процесу розвитку дитини з глибокими порушеннями зору: особливості сімейного виховання, специфіку дитячо-батьківських відносин, адаптивне

освітнє середовище, допоміжні технічні засоби, специфічні особливості комунікації в сім'ї та школі, позитивний емоційний мікроклімат.

9. Отримані в дослідженні результати розширюють уявлення про комплексний соціально-педагогічний супровід як про основу ефективного та повноцінного розвитку дітей молодшого шкільного віку з глибокими порушеннями зору, про психодіагностичні методи дослідження особливостей розвитку цієї категорії дітей.

Схожість

Джерела з Інтернету

484

2	https://mstone.ru/uk/video/psihologicheskaya-diagnostika-shkolnikov-s-narusheniem-zreniya	11 джерел	2.99%
3	https://goaravetisyan.ru/uk/psihologo-pedagogicheskoe-obsledovanie-detei-s-narusheniem-zreniya-psihologo-pedago	9 джерел	2.15%
4	http://education-inclusive.com/wp-content/docs/2012/12/putivnyk_dlya_vchiteliv.pdf	30 джерел	2.08%
5	http://dspace.vspu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/11227/%d0%9c%d0%be%d0%bd%d0%be%d0%b3%d1%80%d0%b0%...		1.97%
6	https://lib.imzo.gov.ua/wa-data/public/site/books2/navchalno-metodychny-posibnyky/dlya-pedpratsivnykiv-ospotreb	3 джерела	1.9%
8	http://www.kzmovld.dp.ua/wp-content/uploads/2016/09/%D0%A2%D0%98%D0%A4%D0%9B%D0%9E%D0%9F%D0%9	3 джерела	1.22%
9	https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82%D0%9	3 джерела	1.04%
10	https://studfile.net/preview/5721352/page:9	12 джерел	0.96%
11	http://ni.biz.ua/3/3_4/3_41926_trebovaniya-k-stimulnomu-materialu-i-organizatsii-diagnosticheskoy-protседuri-pri-ob	2 джерела	0.9%
12	https://lib.iitta.gov.ua/722339/1/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%81%D0%BD%D0%9	2 джерела	0.88%
13	https://ua-referat.com/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8	24 джерела	0.88%
14	https://goaravetisyan.ru/uk/standartizirovannye-diagnosticheskie-metodiki-adaptirovannye-dlya-raboty-s		0.86%
15	https://ua-referat.com/%D0%A1%D0%BF%D0%B5%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0_%D0	3 джерела	0.81%
16	http://detkam.in.ua/rozvitok-dribnoyi-motoriki-i-dotiku-u-ditej-starshogo-doshkile-v2.html	2 джерела	0.77%
17	https://fddocuments.net/document/-osvita-f-f.html	6 джерел	0.76%
18	https://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D1%85%D0%B8%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D1	2 джерела	0.76%
19	https://studfile.net/preview/5186294/page:3	2 джерела	0.76%
20	http://um.co.ua/8/8-4/8-44891.html	3 джерела	0.69%
21	https://studfile.net/preview/5186336/page:2	2 джерела	0.65%
22	https://studfile.net/preview/5186296/page:2		0.57%

23	http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/3879/Zdoroviazberihaiuchi-tekhnohii-pry-roboti-z-ditmy-iz-osobl...	0.56%
24	http://dariana.simplesite.com/437599801	2 джерела 0.49%
25	http://dspace.ltsu.org/bitstream/123456789/3177/2/Bystrova.pdf	4 джерела 0.48%
26	https://pl.uu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/05/C%D0%91%D0%9E%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A-2020.docx	0.46%
27	http://enpuir.npu.edu.ua:8080/bitstream/handle/123456789/39725/Kolodna_dis.pdf?isAllowed=y&sequence=1	27 джерел 0.43%
28	http://lib.iitta.gov.ua/719286/1/%D0%9A%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%20%D0%9649	3 джерела 0.42%
29	https://ua-referat.com/%D0%9C%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%80%D0%BE%D0%9649	2 джерела 0.42%
30	https://ua-referat.com/uploaded/klinichna-psihologiya-v-reabilitaciyi-hvorih-ditej-paciyentiv/index1.html	0.41%
31	https://docplayer.net/53250967-lelisieieva-dar-ya-sergiyivna-innovaciyna-tehnologiya-zmicnennya-zdorov-ya-ditej-starshogo-sh...	0.4%
32	https://archer.chnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7488/1/%d0%a1%d1%82%d0%b0%d1%82%d1%82%d1%8f%20	2 джерела 0.39%
33	https://fdo.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/05/Pogozha-YE.S..pdf	0.39%
34	https://docplayer.net/85800479-Lvivskiy-derzhavniy-universitet-fizichnoyi-kulturi-fakultet-zdorov-ya-lyudini-i-turizmu	20 джерел 0.35%
35	http://lib.iitta.gov.ua/707694/1/%D0%9A%D0%BE%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%9649	6 джерел 0.35%
36	https://ukrdoc.com.ua/text/25869/index-1.html?page=5	2 джерела 0.34%
37	http://rkr.nuczu.edu.ua/images/053/bak/2019/Kokkey.pdf	0.34%
38	https://ua-referat.com/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%82%D0%9649	6 джерел 0.32%
39	http://ir.duan.edu.ua/bitstream/123456789/1307/1/psychology_05_1_ukr.pdf	0.31%
40	https://reposit.uni-sport.edu.ua/bitstream/handle/7878787/3743/%d0%a1%d0%a2%d0%90%d0%a5%d0%9e%d0%9649	30 джерел 0.3%
41	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/rozklad/diss_kadiyeva_m.v.pdf	2 джерела 0.3%
42	http://www.ni.biz.ua/12/12_11/12_116461_tiflopsihologiya-kak-nauka-o-zakonomernostyah-psihicheskogo-razvitiya-sl...	3 джерела 0.29%
43	https://studfile.net/preview/5643790/page:2	14 джерел 0.28%
44	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/anons_zuhyst/anons_z/diss_ischenko1.pdf	8 джерел 0.27%

68	https://inklyuzivna-osvita.webnode.com.ua/diti-z-porushennyam-zoru/inklyuzivnij-pidkhid	3 джерела	0.12%
69	https://bibl.com.ua/pshologiya/11979/index.html	2 джерела	0.12%
70	http://www.vmurol.com.ua/upload/Naukovo_doslidna%20robota/Elektronni_vidannya/Act_problemi/2010/55.PDF		0.12%
71	http://uadoc.zavantag.com/text/25632/index-1.html		0.12%
72	http://bukvar.su/fizkultura-i-sport/page,4,58136-Pokazateli-lovkosti-i-ih-vliyanie-na-formirovanie-navykov-vedeniya-myacha-u-y...		0.12%
73	http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/7194	6 джерел	0.11%
74	https://fc.sspu.edu.ua/files/doc_files/2019/%D0%A2%D1%83%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%BC/%D1%80%D0%BE%D	2 джерела	0.1%
75	http://lib.iitta.gov.ua/707278/1/Untitled0%D0%9A%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE.pdf	2 джерела	0.1%
76	http://infiz.dp.ua/joomla/images/docum/spec-rada/zah0043-2019-06-07-dissert-01.pdf		0.09%
77	http://ni.biz.ua/14/14_12/14_128748_naviki-lichnoy-gigieni.html		0.09%
78	http://chasopys.ps.npu.kiev.ua/archive/84/part_1/84-1_2021.pdf		0.09%
79	https://vseosvita.ua/library/osoblivosti-psiichnogo-rozvitku-ta-zorovogo-spriynatta-ditej-z-porushennami-zoru-376544.html		0.09%
81	http://um.co.ua/3/3-8/3-80431.html	2 джерела	0.09%
82	https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/5546/1/kozhedub_t_g.pdf	2 джерела	0.08%
83	http://ditsad.com.ua/konsultac/info-d0/konsultac2702.html	5 джерел	0.08%
84	https://lib.iitta.gov.ua/736503/1/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D0%BE-...		0.08%
85	http://www.ni.biz.ua/3/3_4/3_41957_psihologicheskoe-izuchenie-detey-s-narusheniyami-razvitiya.html	2 джерела	0.08%
86	https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/11631/1/%D0%9E%D0%A1%D0%9E%D0%91%D0%9B%D0%98%D0%92%D0%...		0.08%
87	https://ua-referat.com/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%80%D0%...	2 джерела	0.08%
88	http://detkam.in.ua/osoblivosti-rozvitku-ditej-z-porushennyami-oporno-ruhovogo-apa.html		0.08%
89	http://psychology.oa.edu.ua/wp-content/uploads/2015/05/2013-%D0%9A%D0%B2%D0%B0%D1%88%D1%83%D0%BA-%D0%9...		0.08%
92	https://socionics.kiev.ua/ponyattya-spriynattya-u-psixologi%D1%97-zagalne-ponyattya-pro-spriynattya		0.07%

93	https://1library.net/document/y96pegvy-a-system-level-design.html	0.07%
94	http://distance.dnu.dp.ua/ukr/nmmateriali/documents/Specpsyhologiya.doc	0.06%
95	http://lib.iitta.gov.ua/705392/1/02_2556_%D0%94%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%	2 джерела 0.06%
96	https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/diss_pereginec_m.m.pdf	10 джерел 0.06%
97	http://dspace.idgu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/1693/%d0%9f%d1%80%d0%be%d1%84%d0%b5%d1%81%d1%...	0.06%
98	https://dnz13.dnepredu.com/uk/site/storinka-defektologa.html	0.06%
99	https://donschool86.ru/uk/adjective/socialno-pedagogicheskaya-pomoshch-licam-s-ovz-konsultaciya-organizaciya.htm	2 джерела 0.06%
101	https://ua-referat.com/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%	2 джерела 0.05%
102	https://ua-referat.com/%D0%A1%D0%BF%D0%B5%D1%86%D1%96%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0_%D0%BF%D...	0.05%
103	https://uu.edu.ua/upload/Nauka/Electronni_naukovi_vidannya/Actualni_problemi/AP_16_1.pdf	0.05%
105	http://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2021/34/part_1/24.pdf	2 джерела 0.05%
106	https://student2.ru/pedagogika/722575-tema-2-2-osoblivosti-rozvitku-navchannya-i-vikhovannya-osobistosti-pri-glibokikh-poru...	0.05%
107	https://infopedia.su/15x1056e.html	0.05%
108	http://bibl.com.ua/pshologiya/11386/index.html	2 джерела 0.05%
110	https://uchika.in.ua/prava-lyudini-v-mediaosviti-ta-mediadiyalenosti-v-ukrayini.html?page=3	0.04%
111	https://epub.chnpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/172/1/%d0%94%d0%b8%d0%bd%d0%b0%d0%bc%d1%96%d0%	5 джерел 0.04%
112	http://molodyvcheny.in.ua/files/conf/ped/32oct2018/32oct2018.pdf	0.04%
113	http://dspace.pdpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/1278/1/%d0%9a%d0%b5%d0%bc%d0%ba%d1%96%d0%bd%d0%b0%2...	0.04%
114	https://uchika.in.ua/programa-z-korekcijno-rozvitkovoyi-roboti-rozvitok-movlennya.html	4 джерела 0.04%
115	http://www.chl.kiev.ua/svit_pdf/SDB-2010-4.pdf	0.04%
116	https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/81653	0.04%
117	http://www.referatu.net.ua/referats/7569/173008	2 джерела 0.04%

118	<a :"="" href="http://repository.lidufk.edu.ua/bitstream/34606048/22037/1/%d0%9d%d0%b0%d1%83%d0%ba%d0%be%d0%b2%d0%">http://repository.lidufk.edu.ua/bitstream/34606048/22037/1/%d0%9d%d0%b0%d1%83%d0%ba%d0%be%d0%b2%d0%":	5 джерел	0.04%
119	http://eprints.zu.edu.ua/12919/1/%D0%9C%D0%B0%D0%B3%D1%96%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%8C%D...		0.04%
120	http://bnrc-kam-pod.at.ua/Pedagogu/Shvets/dosvid_roboti_shvec.pdf		0.04%
121	http://docplayer.net/39863401-Technologies-of-shaping-and-enhancing-health-of-human-and-society.html	2 джерела	0.04%

Джерела з Бібліотеки

65

1	Студентська робота	ID файлу: 1009821597	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	2 Джерело	21.9%
7	Студентська робота	ID файлу: 1015859755	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	55 Джерело	1.75%
60	Студентська робота	ID файлу: 1013557477	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.17%
80	Студентська робота	ID файлу: 1009827333	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.09%
90	Студентська робота	ID файлу: 1006642623	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.08%
91	Студентська робота	ID файлу: 1015813374	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.08%
100	Студентська робота	ID файлу: 1010097102	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...	2 Джерело	0.05%
104	Студентська робота	ID файлу: 1013303664	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.05%
109	Студентська робота	ID файлу: 1013802071	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.05%

Цитати

Цитати

1

¹ 3.4 та 3.5) ми бачимо, що максимальні значення за силою правої та лівої рук збігаються (12) і належать випробуванним 3-х «А» та «Б» класів.