

Міністерство освіти і науки України  
Тернопільський національний педагогічний університет  
імені Володимира Гнатюка

**«ІНКЛЮЗІЯ В ДІЇ:  
СТРАТЕГІЇ ВПРОВАДЖЕННЯ  
В УКРАЇНІ ТА СВІТІ»**

*Колективна монографія*

Тернопіль – 2022

УДК 37.043.2-056.2/.3(477:100)

I-65

**Авторський колектив:**

**Передмова** – Главацька О. Л.

**Розділ 1.** Лещук Г. В. – 1.1; Кравченко О. О. – 1.2; Главацька О. Л. – 1.3; Мешко Г. М., Мешко О. І. – 1.4.

**Розділ 2.** Слозанська Г. І. – 2.1; Горішна Н. М. – 2.2; Гуменюк О. С. – 2.3; Романишин Н. С. – 2.4; Олійник Г. М., Фіголь Н. А. – 2.5; Біницька К. М., Янкович О. І. – 2.6.

**Рецензенти:**

**Ферт О. Г.**, доктор педагогічних наук, доцент, професор кафедри спеціальної освіти й соціальної роботи Львівського національного університету ім. І. Франка;

**Вихрущ А. В.**, доктор педагогічних наук, професор кафедри педагогіки і психології та інклюзивної освіти Тернопільського обласного комунального інституту післядипломної педагогічної освіти;

**Шпак М. М.**, доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри психології розвитку та консультування Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.

*Рекомендовано до друку Вченою радою Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка  
(протокол №11 від 23. 05. 2022 р.).*

I-65 **Інклюзія** в дії: стратегії впровадження в Україні та світі: колективна монографія / О. Главацька, Н. Горішна, Г. Слозанська та ін. – Тернопіль: Осадца Ю.В., 2022. – 326 с.

**ISBN**

У колективній монографії висвітлено теоретичні та прикладні аспекти роботи з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного освітнього середовища. Висвітлено сучасні підходи щодо впровадження інклюзії в український освітній простір, охарактеризовано перспективи її подальшого розвитку. Розкрито особливості організації інклюзивного навчання дітей з різними типами освітніх труднощів в Україні та за кордоном. Акцентується увага на інклюзивній компетентності педагогів, збереженні їх здоров'я та попередженні професійного вигорання.

Монографія буде корисною для широкого кола читачів: студентів педагогічних спеціальностей, керівників та педагогів закладів дошкільної, загальної середньої, передвищої, вищої освіти, фахівців інклюзивно-ресурсних центрів та усіх, хто прагне підвищити свою обізнаність у темі навчання осіб з особливими освітніми потребами.

**УДК 37.043.2-056.2/.3(477:100)**

ISBN

© Колектив авторів, 2022  
© ФОП Осадца Ю.В., 2022

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА.....</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗІЇ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Концепт безбар'єрності в теорії та практиці інклюзії .....	8
1.2. Міждисциплінарна команда фахівців в умовах впровадження інклюзивного туризму .....	29
1.3. Попередження професійного вигорання фахівців інклюзивної освіти.....	56
1.4. Сучасні підходи до збереження і зміцнення професійного здоров'я фахівців інклюзивної освіти.....	98
Список використаних джерел до першого розділу .....	114
<b>РОЗДІЛ 2. РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА .....</b>	<b>125</b>
2.1. Основні підходи до розуміння розладів аутистичного спектру у дітей молодшого шкільного віку: аналіз наукових джерел.....	126
2.2. Організація інклюзивного навчання дітей з розладами аутистичного спектру: особливості та шляхи вдосконалення .....	164
2.3. Логопедична корекція мовленнєвого розвитку дітей із ринолалією .....	212
2.4. Neurologopedyczne studium przypadku dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym i wrodzoną wadą mózgu .....	246
2.5. Інклюзивна компетентність педагога з організації дозвілля дітей з особливими освітніми потребами.....	276
2.6. Особливості інклюзивного навчання обдарованих здобувачів початкової освіти в Республіці Польща.....	297
Список використаних джерел до другого розділу.....	309
<b>ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ.....</b>	<b>322</b>

## ПЕРЕДМОВА

*Діти – це наше майбутнє,  
наш сенс життя і щастя*

Спливають століття, змінюються устрої, а діти залишаються найвищою цінністю кожної людини, сім'ї, держави. У їхніх руках майбутнє нашої планети. Діти будуватимуть міста, прокладатимуть нові магістралі, розвиватимуть культуру. І як усе це робитимуть сьогоднішні діти – залежить від батьків, учителів, держави...

Та наш світ не такий безхмарний і яскравий, як нам іноді хочеться його бачити. Важко залишатися байдужим, спостерігаючи за тим, як дитина з порушеннями розвитку намагається адаптуватися у швидкоплинному сучасному світі. Помилковою і навіть стереотипною є сьогодні думка про те, що таких дітей треба ізолювати від світу, аби інші їх не лякалися, не показували на них пальцем, не засуджували. Кожна дитина, незалежно від стану здоров'я, особливостей функціонування, здібностей та можливостей, місця проживання чи інших відмінностей має право на здобуття освіти, якість якої має бути однаково високою для усіх дітей. Маємо досвід європейських країн, де люди з інвалідністю та порушеннями розвитку вчать, працюють, створюють сім'ї, виховують власних дітей<sup>1</sup>. На жаль, у нас це тільки поодинокі випадки.

У сучасному українському освітньому просторі кардинально змінюються підходи до навчання й виховання дітей з особливими освітніми потребами, адже перехід до гуманістичної парадигми освіти гарантує право на рівний доступ до якісної освіти та навчання за місцем проживання в умовах освітнього закладу. Концепція створення єдиного освітнього простору для всіх дітей з врахуванням їх індивідуальних можливостей відображає одну з головних демократичних ідей – цінність кожної дитини та орієнтацію на реалізацію активної життєвої позиції в суспільстві.

Останнім часом активізується процес інклюзії дітей з інвалідністю в заклади освіти. Такий підхід до організації освітнього

---

<sup>1</sup> Досвід реалізації інклюзивної освіти в країнах Європи.  
[http://www.ussf.kiev.ua/ie\\_experience\\_implementing/](http://www.ussf.kiev.ua/ie_experience_implementing/)

процесу зумовлений багатьма чинниками різного характеру. Одним з них є те, що надання освітніх послуг таким дітям у закладах інтернатного типу призводить до зниження соціальної компетенції та дезадаптації в цілому. У концепції інклюзивного навчання наголошується, що неприйнятною для сьогодення є освітня система, учні якої пасивно одержують академічні знання і не вступають у взаємодію із соціумом<sup>2</sup>.

Включення дітей з особливими освітніми потребами в освітній простір – це закономірний етап розвитку системи інклюзивної освіти, який пов'язаний з переосмисленням державою та суспільством ставлення до дітей з інвалідністю та порушеннями психофізичного розвитку, визнанням їхнього права на отримання рівних можливостей в різних галузях життя, зокрема і в освіті. Сучасне законодавство України в галузі освіти забезпечує правові засади розвитку системи освіти в різних аспектах: створення умов для виховання, навчання, реабілітації, соціальної адаптації, соціалізації в суспільстві дітей з особливими освітніми потребами<sup>3</sup>. Саме питання організації освітнього процесу для забезпечення потреб учнів з різними типами освітніх труднощів є актуальним і потребує комплексного підходу, що враховував би відповідність сучасним освітнім тенденціям та сприяв би організації ефективного та оптимального психолого-педагогічного супроводу під час навчання та організації відповідної корекційно-розвиткової роботи.

Сім'я та заклади освіти мають докласти максимум спільних зусиль, аби навчити дітей толерантно поводитися з дітьми з інвалідністю, з тими, хто чимось відрізняється, хто бачить, сприймає, розуміє світ по-іншому, проявляє і переживає власні емоції і мріє.

Дитина з особливими освітніми потребами має бути максимально залучена до того, що відбувається в класі: якщо це вечірка – вона може допомогти створити декор, вийти на сцену та проявити будь-який зі своїх талантів; якщо це спортивні змагання – дитина може вболівати за свій клас, тримаючи плакат. Здібності є у всіх дітей, їх потрібно лише виявляти й розвивати.

---

<sup>2</sup> Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання. Наказ МОН України №912 від 01.10.2010. [http://osvita.ua/legislation/Ser\\_osv/9189/](http://osvita.ua/legislation/Ser_osv/9189/)

<sup>3</sup> Закон України «Про освіту». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>

Впровадження інклюзивної освіти потребує чималих зусиль. Перед усім, освітній процес у закладах освіти має бути організований з опорою на розвиток індивідуальних можливостей усіх дітей та залучення їх до усіх заходів як активних учасників освітнього процесу. Але середовище й інструментарій мають бути адаптовані до індивідуальних можливостей, особливих освітніх потреб кожного окремого учня, адже інклюзія – це перший крок до того, щоб дитина стала частиною соціуму. І до успішного розвитку інклюзивного навчання в Україні необхідно докласти ще багато праці. Процес уже розпочато, та залишається сподіватися, що через декілька років інклюзивна освіта в Україні буде справді на достойному рівні.

Діти – це наше майбутнє. Тому необхідно бачити в кожній дитині людину майбутнього, цінувати кожну мить життя, дослухатися до своїх дітей і підтримувати їх у всьому. Хай як складатимуться обставини, єдина й найцінніша істина в житті – це любов до рідних!

**РОЗДІЛ 1**  
**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО**  
**ВПРОВАДЖЕННЯ ІНКЛЮЗІЇ**

*Інклюзія без ілюзії*

## 1.1. Концепт безбар'єрності в теорії та практиці інклюзії

Право на інклюзію, соціальне включення – невід'ємне право людини. Кожна людина має право бути рівноправним членом суспільства, повною мірою користуватися його благами та ресурсами. Про це йдеться у численних міжнародних нормативних актах, зокрема, в Загальній декларації прав людини (Загальна декларація прав людини, 2021<sup>4</sup>). Попри це, навіть у сучасному високоцивілізованому світі люди продовжують стикатися з перешкодами, які їм заважають користуватися в повній мірі своїми громадянськими, політичними, економічними, соціальними, культурними правами та правом на розвиток. Особливо страждають від цього люди з інвалідністю через усе ще поширене невігластво та упередження, які існують в суспільстві; недосконалість законодавства, яке не захищає права людей з інвалідністю, не відповідає стандартам і принципам міжнародних документів з прав людини. Як наслідок, недоступне середовище позбавляє людей з інвалідністю їхнього права на рівність, гідність та свободу, сприяє постійному відчуженню та ексклюзії. Саме соціальна ексклюзія акцентує увагу на обмеженості доступу тих чи інших груп населення чи окремих індивідів до інституцій, які розподіляють ресурси; наголошує на позбавленні індивідів низки прав, до яких належать право на безпечний і здоровий життєвий простір, доступну медичну допомогу, якісну освіту, політичну участь, економічно продуктивне життя, захист від безробіття, гідну старість (Безбар'єрність, 2021<sup>5</sup>). У найзагальнішому вигляді соціальна ексклюзія концептуалізується як брак участі людини в основних аспектах і видах діяльності у суспільстві (Оксамитна, 2004, с. 66-67<sup>6</sup>). За таких умов особливої актуальності набуває питання подолання тих труднощів та бар'єрів, які перешкоджають реалізації їхніх прав та ускладнюють доступ до тих чи інших суспільних благ. Мова йде про створення безбар'єрного

---

<sup>4</sup> Загальна декларація прав людини. (2021, Вересень 28). <https://www.coe.int/uk/web/compass/the-universal-declaration-of-human-rights-full-version->

<sup>5</sup> Безбар'єрність: Безбар'єрний простір в Україні: новація, яка покликана забезпечити рівні права для всіх українців. (2021, Жовтень). [https://psjust.gov.ua/post\\_news/](https://psjust.gov.ua/post_news/).

<sup>6</sup> Оксамитна, С., Хмелько, В. (2004). Соціальна ексклюзія в Україні на початковій стадії реставрації капіталізму. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 66-77.



середовища, утвердження безбар'єрності як філософського та соціального концепту.

Аналіз наукових джерел з проблеми дослідження засвідчує, що соціальна інклюзія та дотичні до неї питання привертають увагу учених з різних галузей наукового знання: соціології, юриспруденції, філософії, педагогіки, психології тощо. Труднощі адаптації та інтеграції в соціум людей з інвалідністю досліджують у своїх працях О. Безпалько, М. Гавриш, А. Капська, Н. Мирошніченко, Г. Першко. Проблемні аспекти створення безбар'єрного інклюзивного простору в освіті аналізують Р. Вайнола, В. Гайдукевич, Е. Музафарова, С. Чечета. Соціальна інклюзія та ексклюзія є предметом наукових розвідок вітчизняних і зарубіжних авторів: Н. Ільченко, С. Оксамитної, Ю. Савельєва, В. Хмелько, Д. Голдберга, Е. Даніелса, Р. Картера, Ф. Крид, Р. Мейо, М. Олсона, Т. Парсонса.

Україна, попри суттєві зрушення в напрямку імплементації засад інклюзії, все ще перебуває на самому початку шляху по формуванню безбар'єрного середовища і сподіватися на швидкі результати не доводиться, оскільки, наприклад, у США цей процес зайняв майже 30 років. Зважаючи на це, актуальним та своєчасним є аналіз концепту безбар'єрності в контексті інклюзивних потреб українського суспільства та вивчення напрацьованого світового досвіду впровадження безбар'єрності.

Першим вагомим кроком на шляху просування ідеї безбар'єрності в сучасному суспільстві стала прийнята Генеральною Асамблеєю ООН резолюція 31/123 від 16 грудня 1976 року, яка проголосила 1981 рік Міжнародним роком людей з інвалідністю. Ця подія стала знаковою віхою у тривалій боротьбі за визнання прав людей з інвалідністю, краще розуміння їхніх потреб та оцінку їхніх можливостей. Після Міжнародного року людей з інвалідністю була запущена в дію Всесвітня програма дій щодо людей з інвалідністю, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 3 грудня 1982 року (Резолюція 37/52). У резолюції 37/53 від того ж 3 грудня 1982 року Генеральна Асамблея ООН проголосила період 1983-1992 рр. десятиліттям людей з інвалідністю. Ці заходи викликали значне пожвавлення громадської, правової, соціальної активності у сфері

захисту прав людей з інвалідністю на міжнародному, регіональному та національному рівнях (Accessibility for the Disabled, 2021<sup>7</sup>).

Саме в контексті вище згаданих законодавчих ініціатив і сформувалася концепція безбар'єрності (barrier free) – філософія суспільства без обмежень, де кожному членові цього суспільства буде комфортно (Barrier-free environment for persons with disabilities, 2021<sup>8</sup>). Поряд із термінами «безар'єрність» та «безбар'єрне середовище» також активно використовують дефініції «доступність», «пристосована архітектура», «універсальний дизайн», «безперешкодний доступ», «інклюзивне планування» тощо (Вайнола, 2018, с. 104-106<sup>9</sup>). Тривалий час безбар'єрність асоціювалася лише з подоланням фізичних перешкод та бар'єрів, однак бар'єрність різноманітна – від ускладненої доступності до громадських та житлових будівель до працевлаштування чи культурного життя. Помилковою є думка, що бар'єри стосуються не всього суспільства в цілому, а лише окремих його груп: людей з інвалідністю, літніх людей та решти маломобільних груп населення. Але насправді кожна людина в ті чи інші періоди свого життя може зіткнутися з бар'єрами, тому поняття безбар'єрності є значно ширшим і стосується не лише людей з інвалідністю.

За кордоном усвідомлення необхідності створення безбар'єрного середовища прийшло після Другої світової війни у зв'язку з появою великої кількості людей з різними фізичними та психічними порушеннями. На початку 1950-х років у Раді Європи почала працювати комісія, що займається вирішенням питань, пов'язаних зі створенням довкілля, що відповідає потребам людей з обмеженими можливостями.

Важливим кроком на шляху вирішення проблеми доступності став громадський рух «the barrier free movement», який виник у 1950-х у США як реакція на вимоги ветеранів-інвалідів В'єтнамської війни дати їм можливість здобувати освіту та роботу нарівні з рештою

---

<sup>7</sup>Accessibility for the Disabled. A Design Manual for a Barrier Free Environment. (2021, November 12). <https://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/preface.html>.

<sup>8</sup> Barrier-free environment for persons with disabilities (2021), 29.

<sup>9</sup> Вайнола, Р. (2018). Безбар'єрне середовище закладу освіти як умова інтеграції дітей з інвалідністю. *Післядипломна освіта в Україні*, 104–106.

громадян (Афонькина, 2015, с. 149-142<sup>10</sup>). Після цього фізичні бар'єри у навколишньому середовищі були визнані серйозною проблемою, що стоїть на заваді життєдіяльності маломобільних груп населення. Як наслідок, упродовж наступних десятиліть уряд США займався удосконаленням законодавчої бази, пов'язаної з адаптацією середовища до потреб людей з обмеженими можливостями.

Трансформація суспільного простору у напрямі його безбар'єрності для людей з інвалідністю визначається низкою чинників: активною діяльністю громадських рухів, зростанням наукового інтересу до дослідження феномену інвалідності, суттєвими змінами законодавчої бази, реалізацією соціальних програм, особистою позицією впливових осіб у владній ієрархії. Процес усвідомлення суспільством, соціальною групою або окремим суб'єктом існування бар'єрів як обмежень для реалізації соціальних потреб людей з інвалідністю у тій же мірі, як їх реалізують інші члени соціуму, відображає сутність поняття «бар'єризація інвалідності» – процес усвідомлення суспільством обмежень (бар'єрів) у можливості реалізації зростаючих соціальних потреб людини (Жигунова, 2018, с. 34-39<sup>11</sup>).

Соціальна політика щодо людей з інвалідністю першопочатково базувалась на концепції нормалізації чи мейнстрімінгу. Норма тут розумілася як благо, а нездатність людини через порушення стану та функцій організму у достатній мірі засвоїти патерни домінуючої культури і наслідувати їх – як «соціальна недостатність». Її наслідками є уразливе соціальне становище, потреба у соціальному захисті людей з інвалідністю та охопленість соціуму негативними стереотипами щодо потреб та прав людей з інвалідністю. Виходом із ситуації є формування нормативних соціальних функцій та зв'язків у людей із порушеннями здоров'я. Слідом за мейнстрімінгом практично одночасно з'явилися концепти соціальної інтеграції та соціальної інклюзії, за якими обмеження життєдіяльності та здоров'я є наслідком/результатом не хвороби, але складних взаємовідносин між

---

<sup>10</sup> Афонькина, Ю.А. (2015). Социальная инклюзия лиц с инвалидностью и проблема человеческого достоинства. *Современные исследования социальных проблем*, 11(55), 149–162.

<sup>11</sup> Жигунова, Г.В., Афонькина, Ю.А. (2018). *Барьеры и ресурсные возможности социальной среды для независимой жизни людей с инвалидностью. Общество: социология, психология, педагогика*, 12, 34-39.

змінами здоров'я особистості та факторами навколишнього середовища – фізичними та соціальними (Шаповал, 2018<sup>12</sup>).

У концепті соціальної інтеграції основним способом реабілітації осіб з інвалідністю є їх об'єднання зі здоровими людьми в процесі спільної діяльності. Збільшивши обсяг та інтенсивність цих зв'язків та взаємодій, надбудувавши нові рівні управління, суспільство вийде на новий рівень якості інтегрованого соціального світу, головними індикаторами якого є внутрішня згуртованість його субкультур та колективна ідентифікація членів суспільства, взаємозбагачених інтересами та ідеями один одного.

В концепті інклюзії різноманітність суспільства, загальна причетність громадян до культури у всіх соціальних практиках і рівне ставлення до всіх без винятку оголошуються ресурсом сталого соціального розвитку. Інклюзія людей з інвалідністю вбачається демократичною стратегією: долучаючись до культурного процесу та практик більшості, вони різними шляхами реалізують загальне прагнення до загальних соціальних цілей (сприятливого статусу, самореалізації тощо) (Афонькіна, 2018<sup>13</sup>).

Таким чином, поширення в сучасному суспільстві концепту безбар'єрності є результатом утвердження соціальної моделі інвалідності, яка прийшла на зміну медичній, змістивши акценти в розумінні потреб людини з інвалідністю та зобов'язань суспільства по відношенню до неї. Загальноприйнятим тут є твердження, що інвалідність є соціальною конструкцією й її вплив на людей більшою мірою зумовлений умовами та факторами соціального середовища. Людина замикається на своїй інвалідності, коли суспільство не враховує її фізичні, сенсорні чи психічні відмінності, ізолюючи таким чином від себе. Більшість повсякденних проблем, з якими стикаються люди з інвалідністю, спричинені тим фактом, що вони живуть у соціальному просторі, який здебільшого підлаштований під потреби здорових людей. Звертаючи увагу на бар'єри в суспільстві, соціальна модель пропонує більш широкий спектр вирішення проблем людей з

---

<sup>12</sup> Шаповал, И.А. (2018). Ментальные барьеры становления отечественной инклюзивной среды. *Проблемы современного педагогического образования*, 438-442.

<sup>13</sup> Афонькіна, Ю.А., Жигунова, Г.В. (2018). Анализ социальных сред в контексте обеспечения независимой жизни людей с инвалидностью. *Государственное управление. Электронный вестник*, 69, 445-462.

інвалідністю, що базується на дотриманні прав людини, їх недоторканності, тоді як при інших підходах спостерігаються намагання змінити, вилікувати чи «опікуватися» людьми з інвалідністю. Соціальна модель інвалідності визнає, що життєдіяльність людей зазнає обмежень через спосіб організації суспільства, а доступність середовища для кожної людини вимірюється її потребами, обсягом та характером діяльності. Таким чином, дискримінаційні аспекти соціуму, наявність у ньому бар'єрів поглиблюють інвалідність, стигматизують її, отже, суспільство зобов'язане створити сприятливі умови для інклюзії усіх його членів. І тут мова йде не лише про людей з інвалідністю, як одну з найбільш вразливих соціальних груп, але про усіх громадян, оскільки зі ступенем задоволення потреб безпосередньо пов'язані якість життя і можливість розкриття людського потенціалу. Незадоволені потреби негативно позначаються на якості життя людини. Отже, для забезпечення права людей брати участь у всіх процесах, що відбуваються в суспільстві, необхідно адаптувати середовище з урахуванням потреб уразливих категорій населення. Тому інвалідність розглядається як проблема нерівних можливостей, яка багато в чому вирішується за рахунок вирівнювання соціальних ресурсів, у тому числі середовищ, для забезпечення незалежного життя людей зі стійкими порушеннями здоров'я (Жигунова, 2018, с. 34-39<sup>14</sup>).

У соціальному плані проблематика інвалідності зумовлена насамперед асиметрією у реалізації прав та можливостей людей з інвалідністю у порівнянні зі здоровими співгромадянами. Причиною цієї асиметрії є цілий комплекс бар'єрів: медико-фізіологічних, технологічних, психологічних, економічних, соціальних, інформаційних та інших. Зазначені бар'єри призводять до соціального виключення та соціальної залежності та негативно позначаються як на якості життя людей, які мають інвалідність, так і на соціальних

---

<sup>14</sup> Жигунова, Г.В., Афонькина, Ю.А. (2018). *Барьеры и ресурсные возможности социальной среды для независимой жизни людей с инвалидностью. Общество: социология, психология, педагогика*, 12, 34-39.

взаємовідносинах людей з інвалідністю у місцевих громадах (Савельєв, 2015<sup>15</sup>).

Таким чином, для більш глибокого розуміння безбар'єрності важливо усвідомлювати, що бар'єри, з якими стикається людина в суспільстві, можуть бути різними, мати зазвичай фізичний, психологічний або соціальний характер.

**Соціальні бар'єри.** Під соціальними бар'єрами ми розуміємо негативні ставлення й упередження, які існують у суспільній свідомості щодо людей з інвалідністю. Ці упередження знижують соціальну взаємодію людей з інвалідністю з навколишнім середовищем та ускладнюють їхню інклюзію. Соціальні бар'єри ще можна назвати ментальними бар'єрами або бар'єрами ставлення, оскільки вони пов'язані із ставленням до людей з інвалідністю, що може проявлятися через розуміння, співчуття, страх, огиду, глузування, жалість тощо. Ментальні бар'єри – колективні та персональні – це складна ментальна структура, що включає жорсткі межі «Я», нездатність налагоджувати взаємодію, ригідний механізм «довіри-недовіри», інтолерантність, неемпатійність, негнучкість ментальних репрезентацій у реакціях на соціальні зміни, дефіцит саморегуляції афекту та вибору ситуації невизначеності (Шаповал, 2018<sup>16</sup>).

Подолання соціальних бар'єрів – серйозне завдання, що потребує комплексного підходу. Оскільки інвалідність – це інституційне явище, то для створення безбар'єрного середовища важливо вести цілеспрямовану роботу на макро та мікрорівнях із змінами інституційних принципів та підходів взаємодії суспільства у кожній сфері життєдіяльності громадян, а також компенсувати та заповнювати недостатні ресурси соціального середовища.

**Психологічні бар'єри** пов'язані із емоційним станом людини з інвалідністю – її вірою у свої можливості, впевненістю у собі, самооцінкою. Ці бар'єри значною мірою формуються в результаті ставлення інших людей. Негативне ставлення оточуючих може

---

<sup>15</sup> Савельєв, Ю.Б. (2015). Соціальне включення та ексклюзія як форми взаємодії в суспільстві: евристичний потенціал соціологічних концепцій. *Український соціум*, 4(55), 61–74.

<sup>16</sup> Шаповал, И.А. (2018). Ментальные барьеры становления отечественной инклюзивной среды. *Проблемы современного педагогического образования*, 438–442.

знижувати мотивацію людини з інвалідністю до пошуку свого місця в суспільстві, до самореалізації та саморозвитку.

**Фізичні бар'єри** стосуються обмежень, з якими стикається людина з інвалідністю на фізичному та природному рівнях – будівлі, дороги, громадський транспорт, парки, нерівний рельєф місцевості. Таким чином, тут можна говорити про:

- 1) архітектурні бар'єри;
- 2) бар'єри в громаді – парки/ігрові майданчики, школи, робоче місце, місця відпочинку, релігійні споруди;
- 3) громадський транспорт і дорожні бар'єри (Towards a barrier-free society, 2002<sup>17</sup>).

У процесі ліквідації фізичних бар'єрів сформувались три підходи до формування доступного середовища: «тотальний» підхід до трансформації середовища; «об'єктний» підхід; «локальний» підхід. Для всіх цих підходів загальним є підтримка певного вектора у державній політиці, спрямованого на вирішення проблем життєдіяльності людей з інвалідністю, у тому числі, засобами архітектури (Шостак, 2017<sup>18</sup>).

Важливим є розуміння того, як виглядають та проявляються ті чи інші бар'єри на різних рівнях соціального середовища.

Бар'єри для людей з інвалідністю на **макрорівні** визначаються відсутністю доступу до механізмів інтеграції у суспільстві. Тут суспільство можна графічно зобразити у вигляді концентричних кіл, у центрі яких (ядро) перебувають ті його члени, які володіють всією сукупністю прав, доступом до ресурсів і можливістю вести прийнятний у суспільному просторі спосіб життя. У кожному наступному колі за ядром знаходяться ті громадяни, які з різних причин більшою чи меншою мірою є дискримінованими щодо реалізації певних прав. Так, суб'єкти множинної дискримінації, до яких належать і люди з інвалідністю, перебувають на периферії, фактично становлячи групу виключених. Аналіз даного рівня важливий для розуміння нормативно-правових кордонів функціонування людей з інвалідністю в суспільстві, становища та заходів для зростання участі людей з

---

<sup>17</sup> Towards a barrier-free society: report on accessibility and built environments. SAHRC Report November, 2002. 48 p.

<sup>18</sup> Шостак, А.С., Древаль, И.В. (2017). Современные подходы в формировании доступной городской среды. *Архитектурный вестник КНУБА*, 13, 365-373.

інвалідністю у соціальних процесах, принципів та підходів до організації середовища для незалежного життя людей з особливими потребами. З урахуванням вище сказаного, критеріями аналізу соціального середовища на макрорівні виступає відповідність сформованих у суспільстві ідей, стандартів та норм міжнародному законодавству, ідеям рівності прав людини, недискримінованості тощо.

На **мезорівні** соціуму вивченню та аналізу підлягають формальні та неформальні норми соціальних інституцій, умови життєдіяльності громад, організацій та установ, соціальних груп, колективів, з якими взаємодіє індивід. Різні соціальні інститути мають різні функціональні можливості, ресурси та потенціал для задоволення специфічних потреб людей, що належать до тієї чи іншої соціальної групи. Цей рівень регулює нормативно-правові межі функціонування людей з інвалідністю у різних групових та спеціалізованих видах взаємодії, здійснює організацію середовища людей з інвалідністю з урахуванням існуючих вимог, регулює правила ставлення до уразливих категорій населення в умовах конкретних організацій. Критеріями аналізу соціального середовища на мезорівні є адекватність і повнота реалізації встановлених норм у процесі життєдіяльності людей з інвалідністю та відповідність існуючих норм їхнім потребам у незалежному житті.

Характер впливу мезосередовища на життєдіяльність особистості значною мірою залежить від регіональних умов проживання, типу поселення (місто, село, селище), рівня підлаштування матеріально-технічного середовища до потреб людей з інвалідністю тощо. Тут особливо важливо звернути увагу на просторову організацію населених пунктів, містобудівну складову середовища (тротуари, пішохідні дороги, освітленість, доступність будівель, парковок, пандуси, ліфти, тактильні смуги тощо), логістичну (розташування установ, вказівники, знаки тощо), рівень матеріально-технічного стану середовища, ресурсне та інформаційне забезпечення середовища та їхньої доступності для людей з інвалідністю. Слід враховувати і природне середовище, і різноманітні соціальні характеристики локального соціуму, які включають і особливості



регіонального виробництва, і характер соціальних взаємодій (Афонькіна, 2018, с. 445-462<sup>19</sup>).

Ключовим елементом аналізу доступності середовища для людей з інвалідністю на мезорівні є контактні спільноти, що оточують людей з інвалідністю: різні локальні об'єднання, ініціативні асоціації громадян, політичні групи, незалежні масмедіа, громадські рухи, клуби, що організують взаємодію.

На **мікрорівні** у фокус уваги потрапляють соціальні середовища утворені референтними групами та особами, необхідними для задоволення найважливіших потреб індивідів: сім'я та найближче оточення, друзі, колеги; трудовий чи навчальний колектив, неформальні об'єднання за інтересами тощо. Мікрорівень соціального середовища можна вважати свого роду соціальним капіталом, використання якого дозволяє вирішувати повсякденні проблеми індивіда та пристосовуватися до соціальних трансформацій. Таким чином, дослідження мікросередовища має значення не тільки саме по собі, а й у контексті аналізу та прогнозування можливостей людини у її соціальній адаптації та пошуку дієвих механізмів соціальної інклюзії людей з інвалідністю.

Найважливішими критеріями аналізу мікросередовища стають медико-психологічні та фізичні особливості самої людини з інвалідністю, її соціальні ролі в мікрогрупах, емоційно-вольові, ціннісно-мотиваційні, когнітивні, комунікативні характеристики, характер, умови та принципи соціальних взаємодій, соціальний досвід, самооцінка, усвідомлення свого місця та ролі у соціальних групах та суспільстві, спосіб повсякденного життя, житлово-побутові умови тощо.

Отже, на макрорівні визначається ставлення держави та суспільства до громадян, зокрема тих, які мають особливі потреби. Мезорівень, включаючи соціальні інститути, локальні спільноти та громади, створює чи руйнує соціальні бар'єри на місцях, формує конкретні моделі поведінки індивідів, ставлення до осіб з інвалідністю. Мікрорівень представлений повсякденним життям, пов'язаним із задоволенням різноманітних потреб, реалізацією

---

<sup>19</sup> Афонькіна, Ю.А., Жигунова, Г.В. (2018). Анализ социальных сред в контексте обеспечения независимой жизни людей с инвалидностью. *Государственное управление. Электронный вестник*, 69, 445–462.

інтересів, мотивів, установок, цілей осіб з інвалідністю в тих чи інших соціальних умовах. Цей рівень дає можливість скласти уявлення про конкретно-ситуативний досвід організації життєдіяльності індивідів.

У контексті формування соціального середовища, що комплексно відображає всі аспекти безбар'єрності та дає можливість незалежного життя, заснованого на нових інклюзивних умовах та суспільних потребах, використовують термін «право на місто» (right to the city), введений А. Лефевром (Лефевр, 2015<sup>20</sup>) для позначення права на свободу, творіння, участь громадян у житті спільноти. Саме тому важливо розуміти, наскільки ресурси людей з інвалідністю використовуються в умовах сучасного соціуму та наскільки соціальна інфраструктура чутлива до їхніх потреб. Обґрунтовуючи дану дефініцію, Д. Харві (Harvey, 2003<sup>21</sup>) зазначає, що мешканці міста повинні мати право на його перетворення, на приведення у відповідність до спільних потреб та бажань індивідів. Важливо також розуміти, якою мірою соціальне середовище дозволяє людям з інвалідністю брати активну участь у житті локального соціуму. При цьому соціальний безбар'єрний простір життєдіяльності для людей з інвалідністю – це звичайне середовище, обладнане з урахуванням потреб осіб з інвалідністю, що дозволяє їм вести незалежний спосіб життя. Складовими цього середовища є містобудівне, логістичне, транспортне, матеріальне, соціально-психологічне, освітнє, соціокультурне, виробниче, оздоровче, інформаційне, правове середовище, середовище стаціонарних установ тощо. У кожному із цих середовищ є певні ресурси реалізації інклюзії, але також присутні і бар'єри (Музафарова, 2016<sup>22</sup>). Відповідно, інклюзивні бар'єри, з якими стикаються особи з інвалідністю, є наслідком ресурсного дефіциту наявних соціальних середовищ: житлово-побутові та інфраструктурні бар'єри, бар'єри просторової недоступності, малозабезпеченості, недостатньої інформації, трудової сегрегації, особистісної самореалізації у різних сферах діяльності,

---

<sup>20</sup> Лефевр, А. (2015). Производство пространства, 405.

<sup>21</sup> Harvey, D. (2003). The Right to the City. *Divided Cities: The Oxford Amnesty Lectures*, 83-103.

<sup>22</sup> Музафарова, Е.А. (2016). Технології інклюзивної освіти як засобу для створення безбар'єрного навчання дітей з ОВЗ. *Освіта і виховання*, 5, 89–91.

комунікативні, відносні, економічні, освітні та багато інших (Жигунова, 2018<sup>23</sup>).

Серед основних проблем, пов'язаних зі створенням безбар'єрного середовища в Україні, донедавна були такі:

1. Загалом низький рівень розробленості безбар'єрного середовища для людей з інвалідністю.

2. Відсутність розуміння комплексної доступності суспільного простору. Комплексна доступність – це, приміром, не тільки пандус у закладі, це, як мінімум, три критерії: обладнана спеціальним місцем для людини з інвалідністю парковка, зручна прилегла територія, сам вхід у приміщення – достатньо широкі двері, невисокі пороги тощо.

3. Відсутність інформації (інформаційних вказівників) про наявність/відсутність умов доступності об'єктів інфраструктури для людей з інвалідністю.

4. Низький рівень доступності транспортної та вуличної інфраструктури.

5. Недостатність громадського контролю за реалізацією державної політики у сфері створення безбар'єрного середовища (Дрюма, 2021<sup>24</sup>).

Позитивом є те, в останні роки спостерігаємо певні зрушення, підтримані як відповідними законодавчими ініціативами, так і змінами у суспільному ставленні до проблем інклюзії. 4 грудня 2020 року вступив в дію Указ Президента України №533/2020 «Про забезпечення створення безбар'єрного простору в Україні», спрямований на промоцію безбар'єрності в різних аспектах життя, створення рівних можливостей для всіх суспільних груп для самореалізації, здобуття освіти, працевлаштування, розвитку здібностей та потенціалу, забезпечення системного та комплексного підходу щодо реалізації принципів соціальної, економічної, політичної, цифрової та фізичної безбар'єрності (Указ Президента

---

<sup>23</sup> Жигунова, Г.В., Афонькіна, Ю.А. (2018). *Барьеры и ресурсные возможности социальной среды для независимой жизни людей с инвалидностью. Общество: социология, психология, педагогика*, 12, 34-39.

<sup>24</sup> Дрюма, О. Безбар'єрне середовище для людей з інвалідністю в Україні: п'ять основних проблем. (2021, Вересень 05). [https://www.irf.ua/bezbarene\\_seredovishe\\_dlya\\_lyudey\\_z\\_invalidnisty\\_v\\_ukraini\\_pyat\\_osnovnikh\\_problem/](https://www.irf.ua/bezbarene_seredovishe_dlya_lyudey_z_invalidnisty_v_ukraini_pyat_osnovnikh_problem/).

«Про забезпечення створення безбар'єрного простору в Україні», 2022<sup>25</sup>).

Безумовним проривом у напрямі утвердження ідеї безбар'єрності у вітчизняному просторі стала Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року від 14 квітня 2021 р. (далі – Національна стратегія), яка визначила нові стандарти доступності та інклюзії, імплементуючи їх у державну політику, закріпила ключові поняття безбар'єрності, запустила реформування транспортної інфраструктури, підготовки аудиту шкіл щодо безбар'єрності (Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, 2021<sup>26</sup>).

Національна стратегія базується на міжнародних та національних нормативних документах, основоположним завданням яких є захист прав людини, утвердження як найвищої цінності її життя і здоров'я, честі та гідності, недоторканності та безпеки людини: Конституція України (2021<sup>27</sup>), Конвенція ООН про права людей з інвалідністю (2022<sup>28</sup>), Європейська соціальна хартія (переглянута) (2021<sup>29</sup>), Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (2016<sup>30</sup>), міжнародна ініціатива «Партнерство Біарріц». У Національній стратегії наголошується, що відсутність безбар'єрного середовища не лише створює проблеми для громадян, але і призводить до загального погіршення добробуту кожної людини. Зазначено, що проблеми наявні у загальному доступі до інфраструктури (як фізичної, так і цифрової), ускладнений доступ до громадського транспорту та установ, спостерігається неадаптованість інформації, сайтів та додатків для всіх громадян, відчутним є суспільне несприйняття, бар'єри у доступі до освіти, роботи

---

<sup>25</sup> Указ Президента «Про забезпечення створення безбар'єрного простору в Україні». (2022, Січень 11). <https://www.president.gov.ua/documents/5332020-35809>.

<sup>26</sup> Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. (2021, Жовтень 18). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>.

<sup>27</sup> Конституція України. (2021, Грудень 02). <https://www.president.gov.ua/documents/constitution>.

<sup>28</sup> Конвенція про права осіб з інвалідністю. (2022, Січень 11). [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text).

<sup>29</sup> Європейська соціальна хартія (переглянута). (2021, Жовтень 12). [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_062#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text).

<sup>30</sup> Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, 2016, 45.

(Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, 2021<sup>31</sup>).

У Національній стратегії схарактеризовано основні види безбар'єрності:

**Фізична безбар'єрність** – усі об'єкти фізичного оточення доступні для всіх соціальних груп незалежно від віку, стану здоров'я, інвалідності, майнового стану, статі, місця проживання та інших ознак.

**Інформаційна безбар'єрність** – люди незалежно від їхніх функціональних порушень чи комунікативних можливостей мають доступ до інформації в різних форматах та з використанням допоміжних засобів, зокрема: шрифту Брайля, великошрифтового друку, аудіодискрипції (тифлокоментування), перекладу жестовою мовою, субтитрування, формату, придатного для зчитування програмами екранного доступу, форматів простої мови, легкого читання, засобів альтернативної комунікації.

**Цифрова безбар'єрність** передбачає доступ усього населення до публічних послуг та публічної цифрової інформації. У рамках цифрової безбар'єрності послугами швидкісного інтернету для задоволення комунікативних, освітніх потреб, творчої та соціальної реалізації можуть користуватися усі соціальні групи.

**Суспільна та громадянська безбар'єрність** створює можливості для участі окремих громадян, об'єднань громадян та соціальних груп у житті громад та держави в цілому; гарантується рівний доступ громадян до суспільно-політичного та культурного життя; забезпечуються комфортні суспільні умови для фізичного та соціального розвитку індивідів, їх інклюзії.

**Освітня безбар'єрність** передбачає наявність рівних можливостей та вільного доступу громадян до освітніх послуг упродовж життя, а також здобуття професії, перекваліфікації, підвищення кваліфікації, неформальної освіти.

**Економічна безбар'єрність** розглядається як рівний доступ усіх громадян до ринку праці, можливостей для працевлаштування,

---

<sup>31</sup> Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. (2021, Жовтень 18). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>.

заняття підприємництвом чи самозайнятості, сприяння державних та соціальних інститутів у цьому.

**Безбар'єрним середовищем** визнається простір необмежених можливостей, в якому відсутні дискримінація, соціальні упередження та стереотипи, враховуються інтереси та потреби кожного громадянина; **безбар'єрністю** – загальний підхід до розробки та впровадження державної політики для забезпечення вільного та безперешкодного доступу всіх груп населення до різних сфер суспільної життєдіяльності (Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року, 2021<sup>32</sup>).

Національна стратегія передбачає усунення існуючих бар'єрів у шести основних напрямках:

1. Фізичний – включає розробку єдиних архітектурних стандартів. Це означає, що все наше навколишнє середовище (будівлі, вулиці, тротуари, транспорт) має бути фізично доступним для всіх людей, зокрема, для маломобільних груп населення (люди з інвалідністю, люди старшого віку, батьки з маленькими дітьми тощо). Тут можна говорити про концепцію універсального дизайну, який спрямований на перетворення всіх елементів середовища на доступні. Універсальний дизайн вимагає ретельного вивчення можливостей людини на різних вікових та життєвих етапах для облаштування навколишнього середовища під потреби людей з порушеннями зору, слуху, сприйняття, руху, які мають психоемоційні й інтелектуальні особливості – спеціальні витяги та ліфти, універсальні туалетні кабінки, технічні засоби інформування, орієнтування та сигналізації, субтитрування, сурдоперекладу та додаткових систем звукопідсилення, тактильних підлогових смуг та плитки, інформаційних вказівників зі шрифтом Брайля, контрастних міток та інформаторів, аудіовказівників і т.д.). Таким чином, створення універсального середовища – це створення безпечного, зручного, комфортного середовища для всіх без винятку (Універсальний безбар'єрний дизайн, 2003<sup>33</sup>).

2. Суспільний і громадянський – передбачає створення рівних можливостей для активної участі людей у громадському житті. Кожна

---

<sup>32</sup> Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. (2021, Жовтень 18). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>.

<sup>33</sup> Універсальний безбар'єрний дизайн. Аудит доступності. Львів: РЦНЖ, 2003, 24.

людина за такого підходу має відчувати себе вільною у самовираженні, знати, що її не будуть засуджувати через якісь її особливості чи особистісні прояви.

3. Економічний – забезпечення таких умов, за яких людина може працевлаштуватись і відчувати себе захищеною від проявів дискримінації. Також у межах цього напрямку передбачається створення можливостей для отримання фінансових та інших ресурсів для того, щоб займатися підприємництвом.

4. Освітній – у кожної людини має бути вільний доступ до якісної освіти впродовж усього життя. Окремим пунктом тут стоять навчальні заклади, де активно формується інклюзивний простір. Так, у рамках програми «Велике будівництво» в Україні вже реконструйовано сотні шкіл та дошкільних навчальних закладів, ще більше перебувають у процесі реконструкції в процесі реалізації програми «Нова українська школа».

5. Цифровий – передбачає доступ усіх соціальних груп до онлайн послуг та інтернету загалом.

6. Інформаційний. У межах цього напрямку планується створити такі умови, за яких люди, незалежно від своєї мобільності, функціональних порушень чи комунікативних можливостей, зможуть отримувати доступ до інформації та користуватись усіма необхідними технологіями.

На підтримку Національної стратегії також був укладений Довідник безбар'єрності (Довідник безбар'єрності, 2021<sup>34</sup>), розроблений у співпраці з громадськими організаціями, правозахисниками, психологами, українськими та міжнародними експертами. Довідник складається з чотирьох розділів:

1. «Складові безбар'єрності» – розкриваються значення таких понять як «рівність», «бар'єри», «гендер» і «стать», «залучення», «інклюзія», «маломобільні групи населення», «підхід, заснований на правах людини», «стереотипи у суспільстві».

2. «Правила мовлення» – визначено правила, якими слід користуватися у суспільстві для створення безбар'єрного простору. Так, для безбар'єрного мовлення ключовим є правило: «спочатку говоримо про людину, а не про її риси».

---

<sup>34</sup> Довідник безбар'єрності. (2021, Жовтень 15). <https://bf.in.ua>.

3. «Словник» – тут пояснюється, як правильно вживати слова та терміни, аби вони не стали образами, не зачепили почуттів інших людей.

4. «Безбар'єрний календар» розповідає про важливі дати, визначні та пам'ятні дні, пояснює, як їх відзначати та коли привітання є недоречними.

При розробці Національної стратегії було проаналізовано ряд кращих міжнародних практик створення безбар'єрного простору, зокрема країн Європейського Союзу, Канади, Сінгапуру, Японії, Великої Британії, США.

Так, **Німеччина** була однією з перших країн, яка підписала Конвенцію про права осіб з інвалідністю у 2007 році та ратифікувала її у 2009 році. З метою конкретної реалізації положень Конвенції федеральний уряд розробив Національний план дій, щоб надати людям з інвалідністю можливість на рівних брати участь у політичному, соціальному, економічному та культурному житті суспільства, створити рівні можливості в освіті та працевлаштуванні та дати всім громадянам змогу самостійно визначати своє місце в безбар'єрному суспільстві. Приблизно кожна десята людина, яка проживає в Німеччині, має інвалідність, 7,3 мільйона людей мають інвалідність важкої форми. Враховуючи ці обставини, Sozialhelden, Асоціація соціально відданих людей у Берліні, виступила з ідеєю Wheelmap – карти місць, доступних для людей, які користуються інвалідними візками (Burchardt, 2002<sup>35</sup>). На сайті [www.wheelmap.org](http://www.wheelmap.org) можна легко знайти та позначити місця за допомогою системи світлофора відповідно до того, наскільки вони доступні для інвалідного візка. Карта, яка існує з 2010 року, також доступна у вигляді безкоштовного додатка для iPhone та Android і полегшує планування переміщень для інвалідів на візках та людей з іншими обмеженнями. На сьогодні в Німеччині також існує понад 350 000 кав'ярень, бібліотек, басейнів, адаптованих до потреб людей з інвалідністю, понад 300 закладів та установ різного профілю додаються до цього переліку щодня (Burchardt, 2002<sup>36</sup>).

---

<sup>35</sup> Burchardt, T., Le Grand, J., Piachaud, D. (2002). Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional Measure. *Understanding Social Exclusion*. London: Oxford University Press.

<sup>36</sup> Burchardt, T., Le Grand, J., Piachaud, D. (2002). Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional Measure. *Understanding Social Exclusion*. London: Oxford University Press.



У Японії ще у 1995 році введено в дію семирічний План дій уряду для осіб з інвалідністю (The Government action plan for persons with disabilities (2021<sup>37</sup>), який передбачав активні зусилля влади щодо усунення фізичних бар'єрів у навколишньому середовищі (бар'єри, пов'язані з дорогами, станціями, будівлями тощо), у поєднанні з різноманітними заходами, спрямованими на розширення сфер життєдіяльності людей з інвалідністю та створення суспільства, в якому вони можуть почуватися вільно та комфортно:

#### 1. Розвиток прогулянкового простору:

– будівництво широких тротуарів (щонайменше три метри завширшки) до цільового рівня близько 50% (близько 130 000 км) з приблизно 260 000 км головних доріг;

– активне облаштування доріг, де можна обмежити рух у житлових і комерційних зонах, щоб облаштувати пішохідні місця;

– активна пропаганда ліквідації сходинок та вкладання рельєфної плитки для людей з порушеннями зору на пішохідні поверхні та будівництво велопарковок. Крім того, йдеться про підвищення безпеки приміщень, зокрема, шляхом переміщення електричних проводів під землю;

– заохочення таких заходів як будівництво майданчиків, зупинок, широких суцільних і рівних доріжок шляхом підвищення рівня доріг, встановлення підйомних пристроїв на багатоповерхових автомобільних і залізничних переїздах, а також будівництво таких об'єктів як рухомі доріжки на більшості станцій у великих містах, а також основних станціях в регіонах.

#### 2. Просування стратегій мобільності та транспорту:

– встановлення безбар'єрних терміналів громадського транспорту;

– впровадження автомобільних конструкцій, призначених для людей з обмеженими можливостями та будівництво автобусних зупинок та інших об'єктів, включаючи встановлення лавок на автобусних зупинках і зупинках трамваїв, а також просування будівництва пандусів для автобусів з низьким підвісом.

#### 3. Розвиток дорожнього транспортного середовища:

---

<sup>37</sup> The Government action plan for persons with disabilities (2021, October 11). A seven-year normalization strategy. Headquarters for promoting the welfare of disabled persons prime minister's office Japan, december 1995. <https://www.dinf.ne.jp/doc/english/law/japan/100002e/100002e01.html>.

- створення паркувальних місць для людей з інвалідністю;
- відкриття туалетів і автостоянок для людей з інвалідністю на всіх місцях відпочинку вздовж швидкісних доріг, а також на всіх «мічі-но-екі» (спеціальна відпочинкова зона на загальних дорогах, де мандрівники можуть зупинитися, щоб купити місцеві товари, відвідати туристичні інформаційні центри тощо);

4. Підвищення зручності для осіб, які бажають отримати водійські права:

- розробка необхідних рекомендацій для автошкіл щодо забезпечення тренувальними транспортними засобами, спеціально розробленими для людей з інвалідністю;

- надання транспортних засобів, спеціально призначених для людей з інвалідністю для перевірки їхньої водійської кваліфікації.

У **США** перші норми по забезпеченню вимог людей з інвалідністю щодо доступності будівель і можливості користування різними послугами, були розроблені у 1959-1961 рр. Проблему адаптації насамперед архітектурного середовища до потреб людей з інвалідністю актуалізували громадські об'єднання ветеранів В'єтнамської війни. Цей документ став основою для розробки норм безбар'єрності в інших країнах та сприяв посиленню уваги до проблем людей з інвалідністю в цілому. У США ветерани В'єтнамської війни розгорнули активну боротьбу за права людей з інвалідністю на здобуття освіти і роботи, на доступність змістовного дозвілля і спорту. Фізичні бар'єри навколишнього середовища були класифіковані як дискримінаційні обставини та перешкоди на шляху соціальної інтеграції. Таким чином, у 1961 році був прийнятий перший американський стандарт про доступність будинків та споруд для людей з інвалідністю. У подальшому нормативно-законодавча регламентація формування Barrier free (accessible to disabled people) Environment (безбар'єрного середовища) розширювалась і вдосконалювалась. На сьогодні в США існує Національна рада з питань людей з інвалідністю, яка є урядовим органом, у повноваження якого входить розгляд федеральної політики (закони, програми) в питаннях її впливу на людей з інвалідністю. Це єдиний

федеральний орган, який уповноважений розробляти політику в інтересах людей з інвалідністю (Погам, 1999<sup>38</sup>).

Попри вагомі здобутки і напрацьований досвід у створенні безбар'єрного простору у провідних зарубіжних країнах, навіть тут можна зауважити ряд недоліків:

- відсутність цілісного, продуманого безбар'єрного міського середовища;

- переважання туристичної спрямованості у перетворенні міського простору (адаптуються лише туристичні об'єкти, здатні задовольнити лише естетичні потреби населення; практично виключається необхідність створення (або адаптації) доступних туалетів для мало мобільних груп населення в межах пішохідної зони);

- поза увагою залишається необхідність короткочасного відпочинку під час пішохідного руху, особливо це стосується міст зі складним рельєфом, де достатня кількість куточків відпочинку просто необхідно для людей з обмеженими можливостями;

- більша увага приділяється людям із порушеннями опорно-рухового апарату, а не всім представникам мало мобільних груп населення і т.д. (Шостак, 2017<sup>39</sup>).

Таким чином, розвиток процесів інтеграції та інклюзії людей з інвалідністю заактуалізував проблему доступності середовища, його відповідності до фокусу соціальних змін, що є своєрідним барометром розвитку громадських інститутів та всього суспільства. Від того, наскільки в суспільстві враховується потреба участі у соціальних процесах людей з інвалідністю, можна судити про дотримання законодавчо закріплених прав людини, а також про домінуючі суспільні цінності. Таким чином, дослідження проблеми безбар'єрності спричинене необхідністю оптимізації інклюзивних процесів у суспільстві. В українському соціумі досі існує комплекс обмежень для різних груп у можливості безбар'єрного доступу до інфраструктури, транспорту, зайнятості, освіти, отримання публічної

---

<sup>38</sup> Погам, С. (1999). Исключение: социальная инструментализация и результаты исследования. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 2, 140-156.

<sup>39</sup> Шостак, А.С., Древаль, И.В. (2017). Современные подходы в формировании доступной городской среды. *Архитектурный вестник КНУБА*, 13, 365-373.

інформації, послуг з боку державних інституцій та бізнесу тощо. Разом із тим, дедалі більше зростає попит на впровадження інклюзії та безбар'єрності в різних життєвих сферах. Задоволення всього спектра потреб людей з інвалідністю дає їм відчуття причетності до соціальних процесів та власної цінності для суспільства та конкретних людей, дозволяє їм набути високого соціального статусу та соціальної успішності. Таке розуміння соціальної інклюзії та безбар'єрності відображене в концепції людської гідності, яка відображає в концентрованому вигляді ідею про те, що всі люди народжуються вільними та рівними у своїй гідності та правах, є неповторними та цінними для суспільства.

Рівний доступ, рівні можливості, забезпечення залучення та універсальності стають важливими темами, які дискутуються та починають впливати на порядок денний щодо пріоритетних стратегій розвитку нашого суспільства. Усе це свідчить про серйозну соціальну проблему, яка все ще потребує наукового осмислення та рішення.

## 1.2. Міждисциплінарна команда фахівців в умовах впровадження інклюзивного туризму

Довгий час існувала єдина модель надання допомоги людям з інвалідністю – медична, що передбачала розв’язання їхніх соціальних проблем виключно шляхом медичного втручання. Така модель полягає в тому, що людину з інвалідністю розглядають як пацієнта, її труднощі співвідносяться лише з особливостями обмеження життєдіяльності. За такого підходу вона є пасивною під час лікування і догляду.

Соціальна модель виникла і сформувалася як виклик медичній, тому її метою стала підтримка й активізація позитивного потенціалу людей з інвалідністю на шляху до максимальної самостійності та інтегрованості в соціум. Саме вона сприяла використанню міждисциплінарного підходу в розв’язанні цієї складної проблеми.

Суперечності між медичною й соціальною моделями в розумінні проблем людей з інвалідністю потребують особливої уваги у виробленні концепції міждисциплінарної допомоги, інтегрованої підтримки, ефективної співпраці медичних і соціальних працівників, педагогів, психологів та інших фахівців.

Чимало дослідників зараз використовують мультиметодні (багатометодні, змішані) підходи або так звані інтегровані дослідницькі дизайни, обираючи ті, які найкраще відповідають їхнім цілям, комбінують кількісні (статистичні) та якісні (нестатистичні) методи (Семигіна, 2020, с. 3001-3011<sup>40</sup>).

Аналіз останніх досліджень явищ міждисциплінарності дає змогу вичерпно й комплексно охарактеризувати цей феномен. У цьому контексті заслуговують на увагу узагальнення О. Гордійчука, який визначає що 1) міждисциплінарність – це взаємопроникнення, взаємозбагачення підходів і методів різних наук (дисциплін); 2) міждисциплінарність – це можливість виявити, розпізнати, сприйняти те, що було прихованим у надрах окремо взятої науки за умови використання методів та інструментарію інших наук;

---

<sup>40</sup> Семигіна Т.В. (2020). Чи завжди цифри мають значення: огляд парадигм дослідження у соціальній роботі. *Траєкторія науки: міжнародний електронний науковий журнал*, 6(7), 3001-3011. <https://doi.org/10.22178/pos.60-2>

3) міждисциплінарність – це запозичення взаємопов'язаними науками методів, інструментарію, результатів дослідження, використання їхніх теоретичних схем, моделей, категорій, понять; 4) міждисциплінарність – це не лише запозичення методів, інструментарію різних наук, а й інтеграція останніх для конструювання міждисциплінарних об'єктів, предметів, опрацювання яких дозволяє отримати нові наукові знання; 5) міждисциплінарність – це науково-педагогічна новація, що породжує здатність побачити, розпізнати, сприйняти те, що недоступне в межах окремо взятої науки з її специфічним, вузькоорієнтованим об'єктом, предметом і методами дослідження; 6) міждисциплінарність – у широкому, функційному її розумінні – це синергія різних наук, що передбачає розвиток інтеграційних процесів, взаємодію методів, інструментарію для отримання нового наукового знання (Коновальчук, 2013, с. 261-269<sup>41</sup>).

Зарубіжний учений Е. Мирський виокремив три види проблем, які можна розв'язати під час міждисциплінарних досліджень: методологічні (формування об'єкта дослідження в різних предметних проєкціях); організаційні (створення мережі комунікації представників різних наукових дисциплін); інформаційні (впровадження прикладних результатів міждисциплінарного дослідження в практику прийняття рішень та їх технологічного втілення, а також використання власне наукових результатів експертизи в системі дисциплінарного знання) (Алексєєнко, 2012<sup>42</sup>).

Важливою характеристикою міждисциплінарного дослідження є його орієнтування на проблему, що дає змогу виявити принципово нові знання на перетині окремих дисциплін. Водночас самі дисципліни після такого інтегрування не припиняють свого існування, а лише збагачуються новими принципами дослідження. Наразі існує безліч наукової інформації; вона, як правило, диференційована на ізольовані частини, навіть у межах однієї дисципліни. З огляду на це, потрібен орієнтир для її синтезу чи

---

<sup>41</sup> Коновальчук, І. І. (2013). Міждисциплінарний підхід у дослідженні проблем педагогічної інноватики. *Interdyscyplinarnosc pedagogiki i jej subdyscypliny*, 261-269. <http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/12120>

<sup>42</sup> Алексєєнко Т. Ф. та ін. (2012). Енциклопедія для фахівців соціальної сфери. *Універсум*, 535.

інтеграції, який може надати лише міждисциплінарний підхід, що водночас засвідчує його актуальність. Очевидно, міждисциплінарний підхід є одним із методологічних взірців адекватності, конструктивності й семантичної визначеності наукового пошуку і його результатів (Соціальні послуги, (nd)<sup>43</sup>).

На практиці міждисциплінарний підхід можна реалізовувати через два основні формати (сценарії, або підходи). За першим форматом, найбільш поширеним, міждисциплінарність, образно кажучи, будує мости між різними науками, неформально об'єднує їх, не порушуючи їх індивідуальності, унікальності, своєрідності. За другим форматом, міждисциплінарність постає як реальний інструмент об'єднання наук, появи інтегрованих продуктів, проєктів, міждисциплінарних об'єктів дослідження (Коновальчук, 2013, с. 261-269<sup>44</sup>).

Заслуговують на увагу результати наукових досліджень Інституту майбутнього, що знаходиться в Пало-Альто (Каліфорнія). Інститут майбутнього – це незалежна, некомерційна стратегічна дослідницька група з більш ніж 40-річним досвідом прогнозування. Основою її роботи є виявлення тенденцій розвитку глобального суспільства та світового ринку, а також трансформаційні тенденції від охорони здоров'я до технологій, від ринку праці до особистості людини. Фахівці інституту виокремили десять груп навичок, які визначатимуть подальший суспільний поступ у найближчі десятиріччя. Серед цих десяти навичок виокремлено групу *трансдисциплінарності* – грамотність та вміння розуміти поняття в різних дисциплінах. Науковці Інституту майбутнього передбачили, що багато сучасних глобальних проблем є надто складними, і їх не можна вирішити однією спеціалізованою дисципліною. Такі багатогранні проблеми потребують трансдисциплінарних рішень (Davies et al., 2020, p. 19<sup>45</sup>).

---

<sup>43</sup> Соціальні послуги. *Управління праці та соціального захисту Уманської міської ради*. Отримано 17 жовтня 2019 року з <https://umanupszn.gov.ua/socialni-poslugi/>

<sup>44</sup> Коновальчук, І. І. (2013). Міждисциплінарний підхід у дослідженні проблем педагогічної інноватики. *Interdyscyplinarnosc pedagogiki i jej subdyscypliny*, 261-269. <http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/12120>

<sup>45</sup> Davies A., Fidler D., Gorbis M. (2020). Future Work Skills 2020. *Institute for the Future for the University of Phoenix Research Institute*. 19. [https://www.iff.org/uploads/media/SR-1382A\\_UPRI\\_future\\_work\\_skills\\_sm.pdf](https://www.iff.org/uploads/media/SR-1382A_UPRI_future_work_skills_sm.pdf)

Український учений М. Коренев зауважує, що інвалідність змінює соціальний стан людини і спричиняє для неї нові проблеми (пристосування до дефекту, зміна професії та ін), що зумовлюють певні труднощі. Саме сприяння в подоланні цих труднощів є одним із головних завдань соціально-психологічної реабілітації, що потребує активної участі медиків, психологів, педагогів, соціальних працівників та інших фахівців. Реабілітація за своєю суттю має носити інтегративний потенціал, об'єднуючи зусилля фахівців, опиратися на багатий досвід науковців (Коренев и др., 2002, 212<sup>46</sup>).

У цьому контексті розглядаємо *систему соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з особливими освітніми потребами засобами інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму* як міждисциплінарний предмет дослідження, що передбачає синтез окремих наукових дисциплін: інклюзії, туризму, соціальної роботи, педагогіки, соціальної педагогіки, психології, краєзнавства, реабілітаційної географії, медичної реабілітації тощо. Вивчення комплексу цих дисциплін, що фокусуються на предметі дослідження з позицій предметної проєкції, дає змогу отримати цілісне знання про феномен інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму.

Таке інтегрування знань, коли окремі дисципліни зберігають свою самостійність і специфічність, але їх теоретичні концепції і фактичні дані об'єднуються навколо методів дослідження проблем інклюзії та соціально-психологічної реабілітації дітей і молоді з особливими освітніми потребами, сприяє підвищенню їх практичної ефективності.

Евристичні ресурси міждисциплінарного підходу не тільки дають змогу осмислити інклюзивні освітньо-виховні процеси в межах конкретної наукової дисципліни, а й розширюють дослідницький їх потенціал завдяки методології й методам пізнання як гуманітарних, так і природничих наук. Міждисциплінарність у постановці проблем і підходах до їх розв'язання проявляється в аналізі інноваційних теорій різних наукових галузей, виявленні змістових, логічних, функційних зв'язків між ними, синтезі поглядів на інноваційні процеси й формуванні нових теорій та концепцій інклюзії в освіті. У контексті інноваційних змін когнітивні практики тяжіють до

---

<sup>46</sup> Коренев Н.М., Богмат Л.Ф., Михайлова Э.А., Толмачева С.Р. (2002). Инвалидность детей с хронической соматической патологией. *Основа*, 212.



міждисциплінарного синтезу, тому що міждисциплінарність пов'язана зі здатністю всебічно аналізувати завдання і дає можливість вивчати те, що неможливо побачити, сприйняти в межах однієї наукової дисципліни з її специфічними об'єктом, предметом і методами дослідження (Про соціальні послуги, 2003<sup>47</sup>).

Застосування міждисциплінарного підходу в обґрунтуванні системи соціально-психологічної реабілітації пов'язане з потребою синтезу й взаємозбагачення відомих концепцій інклюзивного освітньо-виховного процесу. Взаємопроникнення категорій, екстраполяції підходів проявляється як в узагальненні часткових, так і в конкретизації загальних підходів, проникненні їх з однієї наукової галузі в іншу. Це сприяє створенню інтегративної системи знань про інклюзивні освітньо-виховні процеси для пошуку інноваційних та ефективних засобів соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю. Така система цілісно й логічно відображає сукупність наукових уявлень про всі їх складові й фактори. Рівень міждисциплінарного дослідження соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму називаємо методологічним, адже він дозволяє виявити дослідницький потенціал декількох галузей наукового знання чи наукових дисциплін, а також визначити їхній внесок у теоретичне обґрунтування проблеми дослідження (*Табл. 1*).

У контексті досліджень процесів інклюзії у сфері освіти основоположним підходом є усвідомлення, що не особистість має прилаштовуватися до суспільних, соціальних, економічних умов, а навпаки – суспільство має створити умови для задоволення особливих потреб кожної особистості. Суспільно-соціальна концепція інклюзії стала базовою в сучасній моделі здобуття освіти дітьми з особливостями психофізичного розвитку – інклюзивній освіті. *Інклюзивна освіта* (інклюзія – inclusion (англ.) – залучення) передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Інклюзивна освіта базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання. Інклюзивну освіту як систему освітніх послуг

---

<sup>47</sup> Про соціальні послуги. (2003) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15>

має забезпечувати інклюзивна школа – заклад освіти, що адаптує навчальні програми та плани, фізичне середовище, методи та форми навчання, використовує наявні в громаді ресурси, залучає батьків, фахівців для надання спеціальних послуг відповідно до потреб кожної дитини, забезпечує сприятливий клімат в освітньому середовищі (Безкоровайна, 2018<sup>48</sup>).

Інноваційною послугою інклюзивного закладу освіти стає інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм, що потребує наукового обґрунтування принципів упровадження такої послуги в інклюзивному освітньому середовищі.

Умотивовано доцільним є виявлення наукового потенціалу туризму, роль якого в соціальному житті суспільства зростає. У міжнародних деклараціях із туризму (Гаазькій, Манільській, Осакській, Сеульській) акцентовано, що туризм має важливе значення в житті людей, безпосередньо впливає на соціальну, культурну, освітню, політичну, економічну сфери, міжнародні зв'язки держав, забезпечує мир і міжнародне взаєморозуміння (Мирский, 1980<sup>49</sup>).

Саме туризмознавство дозволяє вивчити цілісну концепцію туризму, а особливо з'ясувати його функції – культурологічні, світоглядні, виховні, реабілітаційні, що й потребує подальшого вивчення у межах предмета дослідження. До того ж доцільно доповнити типологію туризму за ознаками спрямованості на потреби туристичної подорожі – інклюзивний реабілітаційно-соціальний, спортивний, лікувальний, релігійний, пізнавальний та ін. туризм.

Інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм є інноваційною соціальною послугою для людей з інвалідністю, що актуалізує наукові рефлексії в галузі соціальної роботи. Соціальними послугами в Законі України «Про соціальні послуги» визначено комплекс заходів із надання допомоги особам, окремим соціальним групам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати, з метою розв'язання їхніх життєвих проблем (Сапункова

---

<sup>48</sup> Безкоровайна Л.В. (2018). *Теоретичні і методичні засади професійної підготовки майбутніх фахівців з туризмознавства у вищих навчальних закладах* [автореферат докторської дисертації, Запорізький національний університет]. Запорізький національний університет 43. [http://phd.znu.edu.ua/page//aref/09/Bezkorovaina\\_aref.pdf](http://phd.znu.edu.ua/page//aref/09/Bezkorovaina_aref.pdf)

<sup>49</sup> Мирский Э. М. (1980). Междисциплинарные исследования и дисциплинарная организация науки. *Наука*, 304.

та ін., 2018<sup>50</sup>). Складними життєвими обставинами вважають обставини, спричинені інвалідністю, віком, станом здоров'я, соціальним становищем, життєвими звичками і способом життя, унаслідок яких особа частково або повністю не має (не набула або втратила) здатності чи можливості самостійно піклуватися про особисте (сімейне) життя та брати участь у суспільному житті (Сапункова та ін., 2018<sup>51</sup>).

За законодавством України, основними формами надання соціальних послуг (здійснення соціального захисту населення) є матеріальна допомога (тобто соціальне забезпечення) та соціальне обслуговування. Соціальну послугу інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму відносимо до соціального обслуговування, спрямованого на підвищення рівня соціального функціонування індивідів і сприяння задоволенню потреб, послаблення соціальних ризиків та складних життєвих обставин через надання соціальних послуг.

У цьому контексті потребують наукового обґрунтування організаційні й змістові засади надання такої соціальної послуги та висвітлення форм, методів і підходів до проблеми надання професійної допомоги людям з інвалідністю різних нозологій.

Нові концептуальні засади суспільного облаштування, визнання різноманітності та рівноправності людської спільноти, поступ світової науки в напрямі гуманізації та освітньої демократизації актуалізують дослідження в галузі освіти / педагогіки.

Освіта – складний процес становлення особистості, який включає процеси виховання і навчання та передбачає соціалізацію й індивідуалізацію особистості, її фізичний, інтелектуальний, моральний розвиток. Освіченою є не просто людина, яка закінчила той чи той заклад освіти, а людина готова до самостійної й відповідальної діяльності на основі свідомого професійного самовизначення, здатна компетентно приймати рішення в нових для себе умовах та долати складні життєві обставини.

---

<sup>50</sup> Сапункова, С.С., Піц Л.О., Гутніцька, А.Ф. та ін. (2018). Медична та соціальна реабілітація. *ВСВ «Медицина»*, 280.

<sup>51</sup> Сапункова, С.С., Піц Л.О., Гутніцька, А.Ф. та ін. (2018). Медична та соціальна реабілітація. *ВСВ «Медицина»*, 280.

Предметом педагогіки як науки про виховання, навчання й освіти людини є обґрунтування найбільш ефективних шляхів соціалізації молодих поколінь. Його конкретизують у завданнях, серед яких розробка і впровадження теоретичних основ навчання і виховання; визначення змісту навчання і виховання; розробка ефективних методів і форм навчально-виховного процесу, однією з яких є інклюзивний туризм, що зумовлює потребу його теоретико-методичної розробки та практичного впровадження.

Соціалізація – це адаптація особистості до соціуму, процес засвоєння людиною готових форм і способів соціального життя, способів взаємодії із матеріальною та духовною культурою й одночасно вироблення власного соціального досвіду, свого стилю життя. Окремою галуззю наукового знання, що вивчає процес соціалізації особистості, є соціальна педагогіка, головними завданнями якої є вивчення ефективних умов соціалізації особистості в сучасному суспільстві; вивчення дії об'єктивних і суб'єктивних факторів соціального середовища, характеру їх впливу на формування особистості; дослідження закономірностей і перспектив соціально-педагогічної взаємодії особистості та середовища; розробка механізмів регулювання й корекції відносин особистості та суспільства (Колупаєва та Таранченко, 2016<sup>52</sup>)

Провідною функцією соціальної педагогіки є інтегративна. Отже, сферу соціально-педагогічних досліджень становить науково-практичний аналіз виховного потенціалу суспільства, напрями його актуалізації, визначення різних форм інтеграції суспільно-виховних зусиль, спрямованих на соціалізацію особистості.

Такою формою може стати інклюзивний туризм, який дозволяє залучити дитину з особливими освітніми потребами до соціальних відносин, створити умови, які допомагають їй пізнати соціальну дійсність і засвоїти позицію суб'єкта соціального життя. Необхідні наукові студії з обґрунтування соціально-педагогічних умов успішної соціалізації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму.

---

<sup>52</sup> Колупаєва А.А., & Таранченко О.М. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики. ТОВ «АТОПОЛ», 152.

Суміжною галуззю науки, яка досліджує виникнення, функціонування й розвиток психіки як форми активного відображення навколишньої дійсності, є психологія. Очевидною є роль психологічної практики як діагностично-корекційної та профілактичної роботи з людьми з інвалідністю для збереження їхнього психічного здоров'я та запобігання небажаних явищ у поведінці й розвитку, що досягається за допомогою специфічних психологічних методів, методик і технологій. Така практика вимагає від наукової психології не тільки наукових концепцій, теорій і більш глибокого розуміння свого предмета, а й дієвих методів, методик і технологій діагностичної, корекційної, профілактичної та інших видів роботи, методів впливу на об'єкт практикування (Енциклопедія освіти, 2008<sup>53</sup>).

Результатом наукових досліджень у психології є психологічні закони, закономірності, підходи, наукові факти, методи і принципи. Результат професійної діяльності в галузі психологічної практики – психологічно здорова, соціально адаптована й гармонійна особистість. У зв'язку з цим актуальним є теоретичне обґрунтування та впровадження методик, прийомів і технологій надання психологічної допомоги дітям та молоді з інвалідністю з урахуванням їхніх індивідуальних, вікових і соціальних особливостей, розуміння індивідуальності крізь призму їхніх специфічних життєвих обставин, життєвого шляху, проблем і перспектив.

З метою сприяння соціальному, духовному, моральному благополуччю, усебічному здоровому розвитку дитини заклади освіти забезпечують їй доступ до національних історико-культурних місць. Освітньо-виховна діяльність повинна базуватися на найкращих здобутках людства у сфері культури, на засадах моралі та добра, національних духовних традиціях, що актуалізує краєзнавчу діяльність. Укладачі сучасної «Енциклопедії освіти» (Київ, 2008) «шкільне (учнівське) краєзнавство» трактують як організовану й керовану педагогами діяльність учнів, складену з освітньо-пізнавальних, пошуково-дослідних, практично-творчих компонентів і спрямовану на систематичне вивчення, збереження і відтворення

---

<sup>53</sup> Кремень В.Г. (Ред.) (2008). Енциклопедія освіти. *Юрінком Інтер*. 1040.

культурної спадщини рідного краю (Колупаєва та Таранченко, 2016<sup>54</sup>).

Мету краєзнавчої діяльності конкретизують завдання, пріоритетними серед яких є інтелектуальний розвиток, формування особистісних якостей, збереження та зміцнення фізичного, психічного та соціального здоров'я особистості; створення сприятливих умов для самопізнання, самовизначення, розвитку здібностей та реалізації особистості (Панок, 2017<sup>55</sup>).

Заслугує на увагу наукове вивчення виховного впливу шкільного краєзнавства на вольову, емоційну й інтелектуальну сфери дітей та молоді, у тому числі з інвалідністю, а також обґрунтування функцій краєзнавства, зокрема освітньо-пізнавальної, виховно-розвивальної, соціалізаційної, культурно-дозвіллевої й оздоровчої.

Реабілітаційна географія – це напрям географічної науки, який передбачає інтеграцію основних реабілітаційних складових природного та антропогенного характеру для відновлення емоційного, фізичного, психологічного стану людини. Необхідний комплексний підхід до розв'язання питань інклюзивної реабілітації у вигляді соціально-психологічної, медичної, фізіологічної (оздоровчо-лікувальної) та рекреаційної допомоги різними видами інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму.

Реабілітаційна географія включає медичну географію – галузь медицини, що вивчає закономірності поширення хвороб людини в різних географічних зонах земної кулі; соціальну географію, до складу якої входить географія праці, загальносоціальну географію та географію споживання, проблеми сучасного способу життя людей; економічну географію, яка охоплює географію промисловості, сільського господарства, торгівлі, транспорту та загальноекономічні аспекти розвитку соціуму; географію населення, яка вивчає і досліджує розселення населення в містах і сільських поселеннях, особливості трудових ресурсів і загальні суспільно-економічні закономірності (Снопкова, 2015, с. 111-117<sup>56</sup>).

---

<sup>54</sup> Колупаєва А.А., & Таранченко О.М. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики. ТОВ «АТОПОЛ», 152.

<sup>55</sup> Панок В.Г. (2017). Прикладна психологія. Ніка-Центр, 188.

<sup>56</sup> Снопкова Е.И. (2015). Актуальность междисциплинарного подхода в педагогических исследованиях: научное обоснование. *Интеграция образования*. Т 19. 1(78). 111-117.

Перспективними напрямками подальших наукових досліджень у галузі географії є оцінка реальної картини потенційного використання населенням реабілітаційних послуг з урахуванням наявного потенціалу, а також вивчення закономірностей формування та функціонування територіальних рекреаційних систем, що складаються з природних і культурних комплексів, інженерних споруд, які використовують для рекреації.

У сучасній науковій думці щодо соціального захисту людей з інвалідністю усталився *реабілітаційний напрям*, який передбачає комплексне, поетапне, відновне лікування патологічних станів та різноманітних захворювань. Процес реабілітації спрямований на всебічну допомогу особам з інвалідністю для досягнення ними максимально можливої за певної нозології фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності. Мета реабілітації – найбільш повне відновлення втрачених можливостей організму, а в разі неможливості – часткове відновлення або компенсація втрачених функцій і сповільнення прогресування захворювання.

Медична реабілітація є фундаментом реабілітаційного процесу, від її ефективності залежить застосування наступних видів реабілітації, їхні тривалість і обсяг. Завдання медичної реабілітації – відновлення здоров'я; запобігання ускладненням; відновлення або часткова чи повна компенсація втрачених функцій тощо.

Складовою частиною медичної реабілітації є фізична реабілітація, яка мобілізує сили організму, активізує його захисні й пристосувальні механізми, запобігає ускладненням, прискорює відновлення функцій органів та систем, адаптує до фізичних навантажень, відновлює працездатність (Софій, 2015, с. 1-8<sup>57</sup>).

На часі – отримання нових наукових даних, удосконалення методів профілактики та відновлювального лікування захворювань і травм, що сприятиме збереженню здоров'я, покращанню якості життя, скороченню термінів тимчасової непрацездатності, зменшенню ускладнень та інвалідизації населення (табл. 1.1).

---

<sup>57</sup> Софій Н.З. (2015). Основні види і моделі надання додаткової підтримки дітям з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього навчального закладу. *Інноваційна діяльність педагога в умовах реформування шкільної освіти. Якість шкільної освіти та інструментарій її оцінювання*. 1-8.

Таблиця 1.1

**Методологічний рівень міждисциплінарного дослідження  
соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з  
інвалідністю засобами інклюзивного туризму**

<i>Назва наукової дисципліни</i>	<i>Сфера наукового пізнання</i>	<i>Дослідницький потенціал щодо предмета дослідження</i>
Інклюзивна освіта	Вивчає особливості створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку	Інноваційною послугою інклюзивного закладу освіти є інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм, що потребує наукового обґрунтування впровадження в інклюзивне освітнє середовище
Туризм / туризмознавство	Має важливе значення в житті людей, безпосередньо впливає на соціальну, культурну, освітню, політичну, економічну сфери, міжнародні зв'язки держав, забезпечує мир і міжнародне взаєморозуміння, відповідно розробляє теоретико-методологічні основи цілісної концепції туризму	Туризмознавство дає змогу з'ясувати функції туризму – культурологічні, світоглядні, виховні, реабілітаційні, що й потребує подальшого вивчення в межах предмета дослідження. Доцільно доповнити типологію туризму за ознаками спрямованості на потреби туристичної подорожі – інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм, спортивний, лікувальний, релігійний, пізнавальний та ін.
Соціальна робота	Досліджує вплив соціальних явищ, процесів і відносин на соціальне функціонування спільнот, груп чи окремих індивідів	Потребують наукового обґрунтування організаційні та змістові засади надання соціальної послуги інклюзивного туризму, а також висвітлення форм, методів і підходів до проблеми надання професійної допомоги людям з інвалідністю різних нозологій
Педагогіка	Предметом педагогіки як науки про виховання, навчання й освіту людини є обґрунтування найбільш ефективних шляхів соціалізації молодих поколінь. Предмет конкретизують такі завдання: розробка й упровадження теоретичних основ процесу навчання і виховання; визначення змісту навчання і виховання; розробка ефективних форм і методів навчально-виховного процесу.	Актуалізується потреба в теоретичній розробці та практичному впровадженні інклюзивного туризму як форми організації виховного процесу.



Продовження таблиці 1.1

Соціальна педагогіка	Вивчає соціалізацію особистості	Дієвою формою інтеграції суспільно-виховних зусиль, спрямованих на соціалізацію особистості, може стати інклюзивний туризм, який дає змогу залучити дитину з особливими освітніми потребами до соціальних відносин, створити умови, які допомагають їй пізнати соціальну дійсність і засвоїти позицію суб'єкта соціального життя. З цього виникає потреба подальших наукових студій з обґрунтування соціально-педагогічних умов успішної соціалізації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму.
Психологія	Галузь науки, яка досліджує виникнення, функціонування й розвиток психіки як форми активного відображення навколишньої дійсності.	Актуалізуються питання теоретичного обґрунтування та впровадження методик, прийомів і технологій надання психологічної допомоги дітям та молоді з інвалідністю з урахуванням їхніх індивідуальних, вікових і соціальних особливостей, розуміння індивідуальності кожного крізь призму специфічних життєвих обставин, шляху, проблем і перспектив.
Краєзнавство		Існує потреба в науковому вивченні виховного впливу шкільного краєзнавства на вольову, емоційну й інтелектуальну сфери дітей та молоді, у тому числі з інвалідністю, та обґрунтування функцій, які виконує краєзнавство, зокрема освітньо-пізнавальної, виховно-розвивальної, соціалізаційної, культурно-дозвіллевої й оздоровчої.
Реабілітаційна географія	Напрямок географічної науки, який передбачає інтеграцію основних природних та антропогенних реабілітаційних складових для відновлення емоційного, фізичного, психологічного стану людини. Потрібен комплексний підхід до розв'язання питань інклюзивної реабілітації у вигляді соціально-психологічної, медичної, фізіологічної (оздоровчо-лікувальної) та рекреаційної допомоги різними видами інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму.	Перспективними напрямками подальших наукових досліджень із географії є оцінка реальної картини потенційного використання серед населення реабілітаційних послуг з урахуванням наявного потенціалу, вивчення закономірностей формування та функціонування територіальних рекреаційних систем, що складаються з природних і культурних комплексів, інженерних споруд, які використовують для рекреації

Продовження таблиці 1.1

Реабілітаційний напрям	Передбачає вивчення процесів комплексного, поетапного, відновлювального лікування патологічних станів та різноманітних захворювань.	Отримання нових наукових даних, удосконалення методів профілактики та відновлювального лікування захворювань і травм, що сприятиме збереженню здоров'я, покращанню якості життя, скороченню термінів тимчасової непрацездатності, зменшенню ускладнень та інвалідизації населення.
------------------------	---	--

У дослідженнях теоретичних засад соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму міждисциплінарний підхід дозволяє синтезувати теорії інноваційних процесів із різних наукових сфер для моделювання інноваційних інклюзивних процесів і розробки технологій соціальної інтеграції та соціалізації людей з інвалідністю.

Такі міждисциплінарні дослідження спрямовані на пошук шляхів застосування теоретичних концепцій, розв'язання практичних проблем інклюзивної освіти, її соціально-психологічного компонента, отримання конкретних результатів у практиці інноваційної діяльності закладів освіти. У міждисциплінарному ракурсі соціально-психологічні аспекти інклюзії безпосередньо пов'язані із прикладними потребами освітньої галузі й охоплюють усі підструктури інноваційної діяльності: цілі, принципи, зміст, методи, засоби й форми.

**Технологічний рівень** інтеграції практико-орієнтованих знань спрямований на виявлення ефективних механізмів проектування, упровадження та застосування інклюзивного туризму як засобу соціально-психологічної реабілітації, розробку його методики, оптимальних форм діяльності та моніторингу їх ефективності.

Технологічний рівень проблеми дитячої інвалідності з позицій міждисциплінарності доцільно реалізовувати з урахуванням її медичного, соціального, морального та економічного значення.

Вивчення сучасного стану системи реабілітації засвідчує розмитість дій і відсутність координації в роботі як медичних організацій, так і різних установ з питань освіти, виховання, психологічного супроводу, соціальної підтримки дітей з інвалідністю та питань допомоги сім'ям, у яких виховуються такі діти, що в цілому

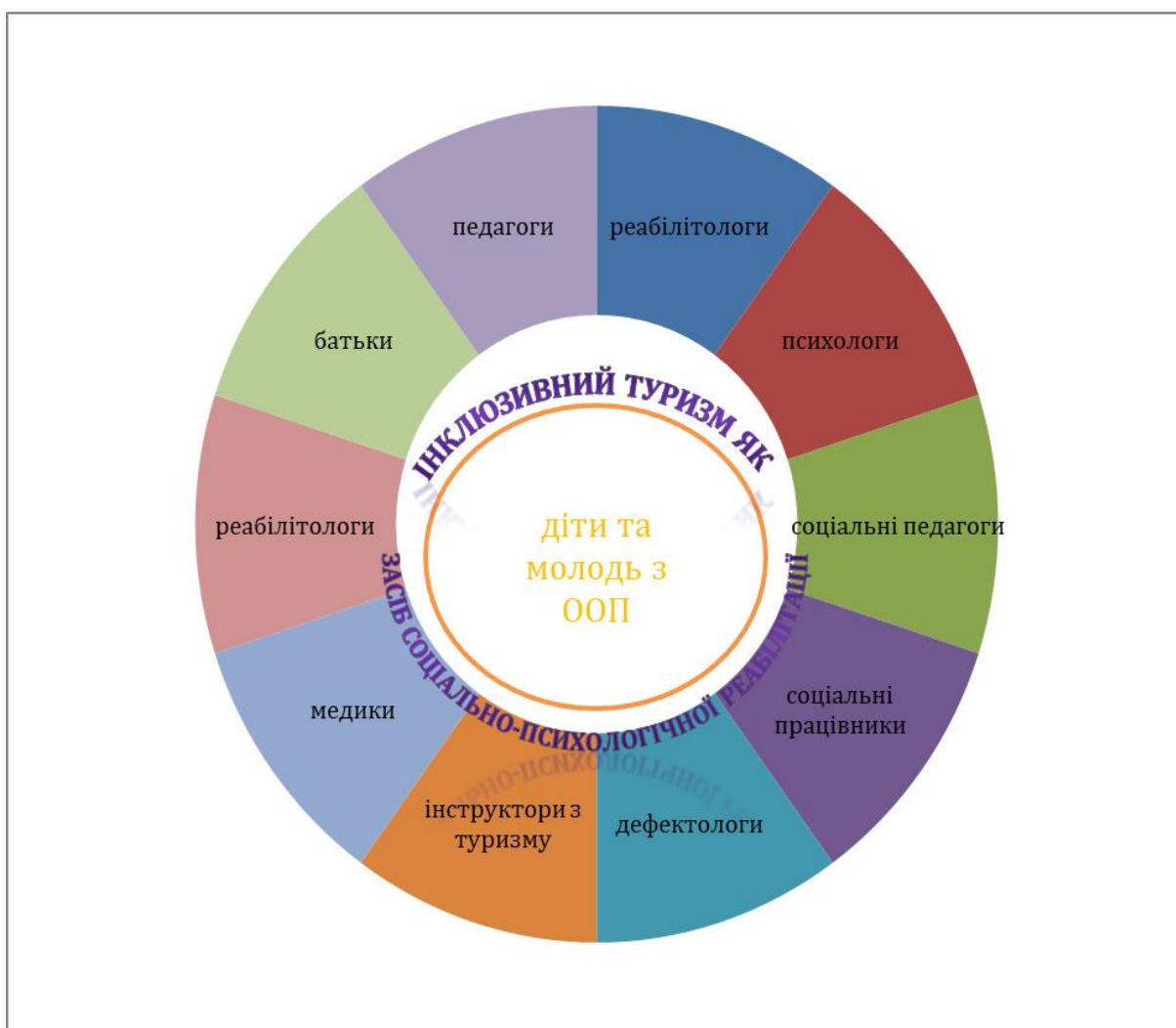
негативно позначається на успішності їхньої соціальної адаптації та інтеграції.

Діти з інвалідністю часто мають проблеми, пов'язані із фізичною мобільністю та спілкуванням. Низький рівень психічного розвитку та ступеня їхньої самостійності, особливості їхньої поведінки призводять до того, що батьки свідомо маніпулюють послугами фахівців. Не маючи можливості виходити з дому, діти не отримують досвіду спілкування з іншими дітьми, із дорослими, а досвід переживання страждань від дорослих при відвідуванні закладів охорони здоров'я примушує бути осторонь від чужих людей. Ці фактори вмотивовують гостру необхідність постійного патронажного супроводу багатьох спеціалістів, а також пошуку ефективних технологій соціально-психологічної реабілітації.

Саме інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм є ефективною технологією комплексної реабілітації, що передбачає створення мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка складається із професіоналів з різних сфер: педагогів, психологів, соціальних педагогів і соціальних працівників, медиків, реабілітологів, інструкторів із туризму, краєзнавців тощо. Така практика має відбуватися в тісній співпраці із батьками дітей з інвалідністю, що найбільш реальним є в умовах інклюзивного туризму (рис. 1.1.).

Для цього МОЗ України вводить нові посади «лікар фізичної і медичної реабілітації», «фізичний терапевт», «ерготерапевт», «асистент фізичного терапевта» та «асистент ерготерапевта». Відповідні зміни до наказу від 28 жовтня 2002 року №385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів із фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я» зареєстровано в Міністерстві юстиції України. За інформацією МОЗ, це дасть змогу сформувати мультидисциплінарні реабілітаційні команди та продовжити впровадження в Україні доказової реабілітації. Медична реабілітація входить до програми медичних гарантій згідно із законом України про «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Робота

нових фахівців спрямована передусім не на саме захворювання чи травму пацієнта, а на роботу з усунення обмеження діяльності внаслідок цих захворювань чи травми. Вони за допомогою комплексу фізичних вправ та інших доказових методів забезпечать активну фізичну реабілітацію для поліпшення діяльності опорно-рухового апарату та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсації порушених чи відсутніх функцій (Нові посади і мультидисциплінарна команда: МОЗ України продовжує впроваджувати підхід доказової реабілітації, 2019<sup>58</sup>). Уважаємо, що такі фахівці мають бути учасниками міждисциплінарної команди з упровадження інклюзивного туризму.



**Рисунок 1.1. Міждисциплінарна реабілітаційна команда**

<sup>58</sup> Нові посади і мультидисциплінарна команда: МОЗ України продовжує впроваджувати підхід доказової реабілітації. (2019). <https://moz.gov.ua/article/news/novi-posadi-i-multidisciplinarna-komanda-moz-ukraini-prodovzhue-vprovadzhuвати-pidhid-dokazovoi-reabilitacii>

У мультидисциплінарних реабілітаційних командах повинна існувати ієрархічна філософія, філософія співпраці між фахівцями. Відносини між ними будуються на основі рівноправ'я. Робота команди ґрунтується на обміні знаннями між фахівцями з різним досвідом та прагненні співпрацювати над досягненням спільної мети. При цьому основними характеристиками ефективної співпраці є бажання працювати і відповідати за кінцеві результати та цінувати внесок кожного. Ефективною є співпраця, побудована на довірі та залученні всіх учасників цього процесу до розв'язання проблем. Інші характеристики ефективної співпраці містять чітке та погоджене всіма членами команди бачення майбутнього для дитини; відданість ідеї спільної роботи, адже різні перспективи і здібності збільшують ефективність команди; взаємозалежність, що передбачає визначення спільних цілей (Про освіту, 2017<sup>59</sup>).

Про значущість у реабілітації роботи міждисциплінарної команди йдеться в концептуальному міжнародному документі «Реабілітація 2030: заклик до дії», у розробці якого взяли участь представники більше 200 країн і в рамках якої були представлені Рекомендації ВООЗ до реабілітації в системах охорони здоров'я. Згідно з ними міждисциплінарні команди включають членів із різним професійним досвідом та над досягненням спільних цілей, використовуючи загальні стратегії. Робота в багатопрофільній команді і розуміння ролі колег є набагато ефективнішим, ніж залучення різних медичних фахівців. Важливими принципами успішної командної роботи є: відповідний набір знань і навичок для погодженого завдання; взаємна довіра і повага; готовність ділитися знаннями і досвідом; відкритість у спілкуванні (Реабілітація 2030: призыв к действиям, 2017<sup>60</sup>).

Ефективність роботи такої міждисциплінарної команди визначають за допомогою комплексу методів, основними з яких є спостереження, аналіз конкретної ситуації, аналіз результатів діяльності, анкетування, тестування, метод незалежних характеристик, метод експертних оцінок, порівняльний аналіз, класифікація, систематизація, типологізація, шкалування, моделювання тощо.

---

<sup>59</sup> Про освіту. (2017). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>

<sup>60</sup> Реабілітація 2030: призыв к действиям. (2017). <https://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf>

У застосуванні цих методів є ряд особливостей, які необхідно враховувати під час соціально-психологічної реабілітації: на точність оцінки впливає рівень компетентності фахівців, рівень їх поінформованості; можливість допуску певної суб'єктивності в оцінці та висновках; аналіз отриманих результатів має ґрунтуватися не лише на формалізованій результат обробки отриманих оцінок, але й на інтерпретацію цих результатів експертами. Для оцінки індивідуального розвитку дітей з ООП необхідно використовувати якісні показники, визначені міждисциплінарною командою.

А. Шевцов та Г. Хворова вважають, що міждисциплінарна взаємодія фахівців закладу, повинна бути відображена в наскрізному, єдиному плануванні роботи усіх фахівців із регулярним плановим проведенням консиліумів – на протипагу до чинної практики річного планування роботи кожного фахівця окремо (логопеда, психолога, корекційного педагога, фахівця з фізичної реабілітації тощо) (Шевцов & Хворова, 2013, с. 281-285<sup>61</sup>).

Отже, міждисциплінарний підхід до практики соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю передбачає професійну співпрацю фахівців різних сфер, кожен з яких володіє відповідними професійними знаннями і набором специфічних компетенцій.

Існує ще один рівень міждисциплінарного підходу до проблеми соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного реабілітаційно-соціального туризму – **організаційний**. Державна політика у сфері ювенології зорієнтована на забезпечення прав дітей та молодих людей з інвалідністю на повноцінну участь у громадському житті, отримання якісної освіти всіх рівнів, кваліфікованої медичної допомоги, на охорону здоров'я та реабілітацію, соціалізацію, юридичну допомогу, соціальний захист, доступне середовище тощо.

Значною проблемою функціонування системи реабілітації є розпорошеність останньої між кількома міністерствами, що через відсутність координації призводить до відсутності цілісності реабілітаційного процесу (Оцінка системи реабілітації в Україні,

---

<sup>61</sup> Шевцов А.Г., & Хворова Г.М. (2013). Сучасні міждисциплінарні підходи до етапної комплексної реабілітації дітей із церебральним паралічем. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. 23 (125). 281-285. <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/17118>

2015<sup>62</sup>). За інформацією оціночної місії ВООЗ, недостатня координація між окремими міністерствами, що реалізують політику у сфері реабілітації, та відповідно між різними реабілітаційними послугами призводить до недостатньої результативності.

У Рекомендаціях парламентських слухань на тему «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення» (2015) звернуто увагу на нагальну потребу розроблення порядку супроводу дітей з особливими освітніми потребами від народження до повноліття та порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, освіти та соціального захисту населення під час супроводу таких дітей (Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення», 2015. с. 67<sup>63</sup>).

У травні 2020 р. Указом Президента України (№195\2020) схвалено *Національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища в новій українській школі*. Серед численних проблем функціонування закладів освіти – недостатнє використання ресурсів взаємодії та партнерства учасників освітнього процесу, закладів освіти і закладів охорони здоров'я, закладів культури, соціальних служб, правоохоронних органів, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, громадських організацій, а також ресурсів волонтерської допомоги за відповідними напрямками. Стратегічними цілями є міжсекторальна взаємодія та залучення соціальних інституцій – закладів охорони здоров'я, органів та установ у сферах молодіжної політики, спорту, соціального захисту, культури, правоохоронних органів, які співпрацюють для створення та забезпечення функціонування здорового, безпечного, розвивального, інклюзивного освітнього середовища. У закладі освіти на основі міждисциплінарної взаємодії та комплексного підходу за участю всіх учасників освітнього процесу формують та підтримують освітнє середовище, що відповідає потребам у розвитку, збереженні здоров'я

---

<sup>62</sup> Оцінка системи реабілітації в Україні. (2015). [http://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf)

<sup>63</sup> Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення». (2015). *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 10. 67.

та безпеці (Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі, 2020<sup>64</sup>).

М. Коренев вважає, що неперервність і етапність реабілітаційного процесу можуть бути забезпечені лише тоді, коли функціонує єдина система «заклад освіти – заклад охорони здоров'я – реабілітаційний центр» із залученням місцевих органів соціального захисту і медичних установ, громадських організацій (Коренев та ін., 2002<sup>65</sup>).

Отже, забезпечення належної координації на трьох рівнях медичної допомоги, системи освіти, системи реабілітації та соціальних послуг, зокрема через рівні «група» – «область» – «інституції національного рівня», дозволяє задовольнити потреби вразливих громадян із залученням відповідних ресурсів.

В інклюзивному реабілітаційно-соціальному туризмі задіяні сфери, серед яких – організації охорони здоров'я, соціального обслуговування, заклади освіти, недержавні організації (Ст. 4 Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», Конвенції про права осіб з інвалідністю).

Охарактеризуємо кожен зі сфер, що дасть змогу визначити не лише внесок закладів медицини, соціального захисту, освіти та громадськості в реабілітацію людей з інвалідністю, а й сприятиме виявленню «точок дотику» у співпраці різних за профілем установ та організацій, забезпечить перспективне бачення єдиної спрямованості цих сфер та обґрунтування механізму цілісної системи комплексної реабілітації.

Державна політика у сфері охорони здоров'я зорієнтована на надання якісного медичного обслуговування, у тому числі людям з інвалідністю. МОЗ реалізує політику у сфері медичної реабілітації, зокрема забезпечення засобами медичного призначення. Інвалідність як ступінь втрати здоров'я визначають шляхом експертного обстеження в органах *медико-соціальної експертизи* (МСЕ) центрального органу виконавчої влади, а неповнолітніх – лікарсько-консультативними комісіями лікувально-профілактичних закладів.

МСЕ має повноваження приймати експертне рішення про групу інвалідності кожного громадянина, якого визнано інвалідом; у Центрі

---

<sup>64</sup> Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі. (2020). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/195/2020#Text>

<sup>65</sup> Коренев Н.М., Богмат Л.Ф., Михайлова Э.А., Толмачева С.Р. (2002). Инвалидность детей с хронической соматической патологией. *Основа*, 212.



медико-соціальної експертизи складають індивідуальну програму реабілітації (ІПР).

ІПР – це комплекс оптимальних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення, компенсацію порушених чи втрачених функцій організму. В ІПР зазначено конкретні заходи по реабілітації інваліда, передбачено їх послідовність, обсяги та терміни виконання. Спеціалісти МСЕ розробляють ІПР на основі плану реабілітаційних заходів, складених лікарем лікувально-профілактичного закладу, що лікує громадянина і направляє його для проходження медико-соціальної експертизи.

Індивідуальна програма реабілітації є обов'язковою для виконання державними органами, підприємствами (об'єднаннями), установами й організаціями. ІПР носить рекомендаційний характер для інваліда, який має право відмовитися від будь-якого виду, форми та обсягу реабілітаційних заходів, передбачених його індивідуальною програмою реабілітації.

Саме з ІПР необхідно звернутися до закладів соціальної сфери стосовно заходів психолого-педагогічної реабілітації за місцем проживання. Водночас Мінсоцполітики, реалізуючи повноваження щодо соціального захисту осіб з інвалідністю, координує діяльність, пов'язану з отриманням окремих реабілітаційних послуг, забезпеченням технічними та іншими засобами реабілітації. Міністерство, затверджуючи типові нормативні документи, координує діяльність стаціонарних закладів соціального захисту (інтернатні заклади), які, окрім догляду, повинні надавати й реабілітаційні послуги (Мойса, 2017<sup>66</sup>). Соціальний захист осіб з інвалідністю є складовою діяльності держави щодо забезпечення прав і можливостей осіб з інвалідністю нарівні з іншими громадянами. Він полягає в наданні соціальних послуг у формі соціального обслуговування та соціального забезпечення.

Через це інклюзивний реабілітаційно-соціальний туризм стає інноваційною соціальною послугою для особи з інвалідністю – потужним засобом активної реабілітації і складається із психологічних, педагогічних, фізичних, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових та медичних заходів.

---

<sup>66</sup> Мойса Б. (2017). Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я. 36. [https://parlament.org.ua/wp-content/uploads/2017/09/Propozicii\\_Politiki\\_reabilitacii\\_zdoroviya-1.pdf](https://parlament.org.ua/wp-content/uploads/2017/09/Propozicii_Politiki_reabilitacii_zdoroviya-1.pdf)

Отже, за висновком МСЕ, інклюзивний туризм може бути рекомендований до ІПР, а заклади соціальної сфери, зокрема Управління праці та соціального захисту, до спектру соціальних послуг можуть включати таку соціальну послугу, створювати відповідні структурні підрозділи чи відділи (Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю, 1991<sup>67</sup>).

Доцільно розглядати законодавчо-нормативні та організаційні основи інклюзії у сфері дитячого оздоровлення та відпочинку. Основну увагу варто приділяти осмисленню досвіду впровадження інклюзивного відпочинку та оздоровлення дітей у Державному підприємстві «Український дитячий центр «Молода гвардія» (у підпорядкуванні Міністерства соціальної політики України) і можливостей його використання для інклюзивного оздоровлення та відпочинку в Україні.

Актуальними є забезпечення доступності до об'єктів фізичного оточення шляхом придбання спеціалізованого транспорту для перевезень осіб з інвалідністю, які рухаються на візках, та інших маломобільних груп населення, а також розробка та впровадження туристичних маршрутів із урахуванням особливостей психологічного стану та потреб відвідувачів.

Послугу інклюзивного туризму вмотивовано доцільно впроваджувати в умовах *закладів освіти* всіх рівнів. Нормативно-правові акти України декларують, що навчальні заклади надають освітні послуги особам з інвалідністю нарівні з іншими громадянами шляхом створення належного кадрового, матеріально-технічного забезпечення, розумного пристосування, що враховує індивідуальні потреби осіб з інвалідністю.

В останні десятиріччя активно формуються організаційні та змістові засади інклюзивного навчання – системи освітніх послуг, гарантованих державою, що базуються на принципах недискримінації, урахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників (Оришко, 2011, с. 96-99<sup>68</sup>).

---

<sup>67</sup> Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю. (1991). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>

<sup>68</sup> Оришко С.П. (2011). Виховні можливості туристсько-краєзнавчої діяльності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету Серія «Педагогіка, соціальна робота»*. 20. 96-99.

Для оптимізації процесів інклюзії у сфері освіти органи державної влади та органи місцевого самоврядування утворюють інклюзивно-ресурсні центри з метою забезпечення реалізації права на освіту та психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами. Згідно постанови КМУ від 21 липня 2021 р. внесено зміни до деяких постанов щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами. Відповідно Інклюзивно-ресурсний центр є установою, що утворюється з метою забезпечення права осіб з ООП на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, в тому числі у закладах професійної, фахової перед вищої та інших закладах освіти, які забезпечують здобуття освіти, шляхом проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку особи та забезпечення їх системного кваліфікованого супроводу (Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами (2021, с. 11-12<sup>69</sup>). Серед основних завдань інклюзивно-ресурсного центру визначено: надання рекомендацій закладам освіти щодо розроблення індивідуальної програми розвитку особи; надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових та інших послуг дітям з ООП тощо. На нашу думку, до переліку цих послуг вмотивовано доцільно віднести послугу інклюзивного туризму, яка має комплексний характер і сприяє соціалізації та соціальній інтеграції, з урахуванням індивідуальної програми реабілітації.

Важливим суб'єктом у наданні допомоги здобувачам освіти з особливими освітніми потребами є *психологічна служба*. У 2017 році відбулося реформування психологічної служби системи освіти. На початку року наказом МОН України було затверджено нову структуру державної наукової установи «Інститут модернізації змісту освіти», до складу якої увійшов новий структурний підрозділ – відділ психологічного супроводу та соціально-педагогічної роботи. Відповідно до чинних нормативних документів у сфері освіти, психологічне забезпечення освітнього процесу в закладах освіти здійснюють практичні психологи, а соціально-педагогічний патронаж – соціальні педагоги.

*Український державний центр національно-патріотичного виховання, краєзнавства і туризму учнівської молоді* координує

---

<sup>69</sup> Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами. (2021). *Урядовий кур'єр*. 144. 11-12.

туристсько-краєзнавчу роботу та національно-патріотичне виховання в закладах освіти системи МОН. Серед завдань діяльності Центру – реалізація державної політики в галузі освіти засобами краєзнавства і туризму; координація освітньої діяльності закладів туристсько-краєзнавчого напрямку позашкільної освіти.

З огляду на інноваційність та комплексність інклюзивний туризм варто включити до спектру психолого-педагогічних послуг як комплексної системи заходів з організації освітнього процесу та розвитку особи з особливими освітніми потребами, передбачені індивідуальною програмою розвитку і які надають педагогічні працівники закладів освіти, реабілітаційних установ системи охорони здоров'я, соціального захисту, фахівці інклюзивно-ресурсного центру.

Діяльність держави щодо осіб з інвалідністю спрямована на створення правових, економічних, політичних, соціальних, психологічних та інших умов для забезпечення їхніх прав і можливостей нарівні з іншими громадянами для участі в суспільному житті.

Відповідно до ЗУ «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю» з метою забезпечення рівних прав і можливостей осіб з інвалідністю та їх соціального захисту, виявлення, усунення перепон і бар'єрів, що перешкоджають забезпеченню прав і задоволенню потреб таких осіб, у тому числі стосовно доступу їх нарівні з іншими громадянами до об'єктів фізичного оточення, транспорту, інформації та зв'язку, а також з урахуванням індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів – до освіти, праці, культури, фізичної культури і спорту, надання соціальних послуг, залучення осіб з інвалідністю до суспільної діяльності, громадського контролю за дотриманням прав осіб з інвалідністю, представництва їхніх інтересів та усунення будь-яких проявів дискримінації осіб з інвалідністю, що мають право користуватися пільгами і преференціями, передбаченими законодавством, створюються громадські організації осіб з інвалідністю та їх спілки (Белоусова, 2018, с. 229-233<sup>70</sup>).

Особливість сучасних підходів у сфері соціального захисту полягає в об'єднанні зусиль громадськості, органів державної влади

---

<sup>70</sup> Белоусова Н. (2018). Теоретичні аспекти походження та використання поняття «реабілітаційна географія». *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Географічні науки»*. 8. 229-233.

та державних наукових, освітніх установ щодо створення умов для задоволення та захисту конституційних прав людей з інвалідністю, їхніх законних, соціальних, економічних, творчих, національно-культурних та інших спільних інтересів; у пошукові, розробці та впровадженні інноваційних практик соціально-психологічної реабілітації людей з інвалідністю, що є важливою передумовою їх інтеграції як повноцінних і повноправних учасників суспільства. Саме співпраця між громадськими організаціями та державою має значний потенціал для розвитку соціально-гуманітарної сфери, підвищення якості соціальних послуг.

Упровадження соціальної послуги для дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму – взірець такої співпраці і реалізації сучасних вимог реформування системи соціального захисту в країні водночас.

Громадські організації не лише безпосередньо адресно надають соціальні послуги на рівні місцевої громади, а й вивчають потреби й очікування своїх членів, збирають і акумулюють інформацію про попит на такі послуги та зміни соціальної ситуації в місцевих громадах. Під час упровадження соціальної послуги інклюзивного туризму вони здійснюють профілактику негативних явищ, пов'язаних з інвалідністю, та сприяють їх подоланню; допомагають сім'ям, які виховують дитину з інвалідністю, сприяють захисту соціально-психологічного здоров'я таких людей тощо. Громадські організації беруть участь у формуванні місцевих соціальних програм та плануванні розвитку системи соціальних послуг на місцевому рівні, здійснюють громадський контроль за якістю надання соціальної послуги та ефективністю місцевих соціальних програм.

Для посилення участі громадських організацій у наданні соціальних послуг потрібно шукати інноваційні форми роботи, працювати на випередження, моніторити потреби людей з інвалідністю, упроваджувати ефективні механізми соціальної підтримки в єдності державної влади, недержавного сектору, орієнтуватися на виявлення потенційних можливостей людей з інвалідністю для успішної соціальної інтеграції та соціалізації.

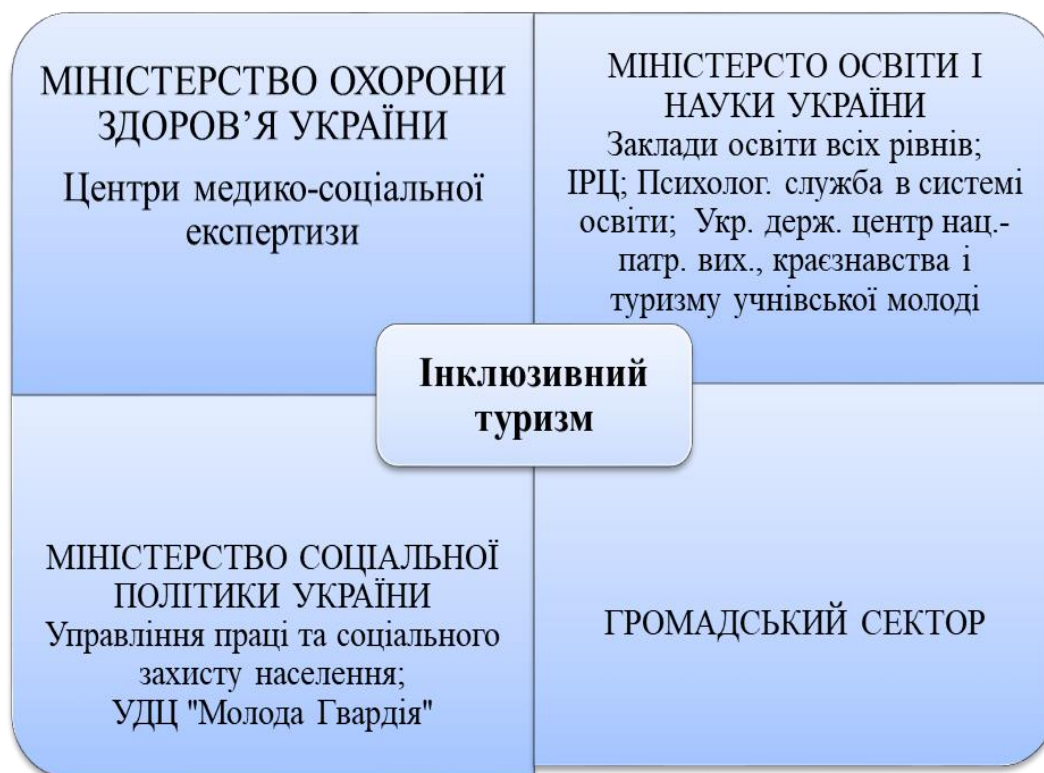
Така організаційна єдність і співпраця установ (Центрів медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України;

Управління праці та соціального захисту населення, УДУ «Молода Гвардія» Міністерства соціальної політики України; закладів освіти всіх рівнів, інклюзивно-ресурсних центрів, психологічної служби, Українського державного центру національно-патріотичного виховання, краєзнавства і туризму учнівської молоді Міністерства освіти і науки України; громадських організацій інвалідів та їхніх спілок) щодо соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю сприяє підвищенню якості реабілітаційної допомоги шляхом надання людині з обмеженими можливостями ефективною, своєчасною, достатньою соціальною послугою інклюзивного туризму, спрямованою на конкретну особу, на її повноцінну інтеграцію в суспільство (рис. 1.2).

Отже, міждисциплінарний підхід спроможний забезпечити комплексне обґрунтування і розробку функціонування системи соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму на методологічному, технологічно-практичному й організаційному рівнях.

Мета методологічного рівня полягає в інтеграції закономірностей і принципів, взаємодоповненні різних концепцій і методів наукового пізнання сутності та джерел зародження, становлення й утвердження інклюзії в освіті, упровадження інноваційних практик і технологій соціально-психологічної реабілітації. У процесі міждисциплінарного синтезу потребують розв'язання питання дифузії в освітню інклюзію понять, концепцій, моделей, принципів, методів, онтологічних уявлень з інших наукових галузей (інклюзія, туризм, соціальна робота, педагогіка, соціальна педагогіка, психологія, краєзнавство, реабілітаційна географія, медична реабілітація тощо), доцільності й правомірності їх застосування для розробки інноваційних теорій і технологій соціально-психологічної реабілітації.

Технологічний рівень інтеграції є практичним утіленням концепцій, теорій, систем у форматі міждисциплінарної команди, до складу якої входять педагоги, психологи, соціальні педагоги і соціальні працівники, медики, реабілітологи, інструктори з туризму, краєзнавці та батьки.



**Рисунок 1.2. Інклюзивний туризм**

Організаційний рівень передбачає вироблення єдиної мети роботи для різнопрофільних установ та закладів (Центри медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України; Управління праці та соціального захисту населення, Державне підприємство «УДЦ Молода гвардія» Міністерства соціальної політики України; заклади освіти всіх рівнів, інклюзивно-ресурсні центри, психологічна служба, Український державний центр національно-патріотичного виховання, краєзнавства і туризму учнівської молоді Міністерства освіти і науки України; громадські організації інвалідів та їхні спілки) у наданні комплексної реабілітаційної допомоги для людей з інвалідністю.

Таким чином, загальнотеоретичне осмислення ключових питань соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з інвалідністю засобами інклюзивного туризму можливе лише за умови використання міждисциплінарного підходу, який забезпечує фундаментальний аналіз, інтерпретацію та інтеграцію знань, використання різних методів пізнання, чим забезпечує перехід до нового етапу її розвитку, адекватного сучасній динаміці соціальних відносин.

### **1.3. Попередження професійного вигорання фахівців інклюзивної освіти**

У сучасних умовах світової інтеграції активно формується нова філософія суспільства, у межах якої переосмислюються ціннісні орієнтири і стратегії людського буття для подолання негативних наслідків дискримінаційних процесів у соціумі. У всіх демократичних суспільствах повага до людської різноманітності є пріоритетною. Кожна людина є неповторною особистістю, яка наділена власними здібностями, талантами і психологічними особливостями. Ці особливості не лише визнаються соціумом, а й поцінуються, тому і відбувається створення необхідних умов для їх розвитку у кожного індивіда. Безперечно, освіта є тією провідною сферою, яка має гарантувати людині розвиток її здібностей, талантів і забезпечити здобуття знань, умінь, формування навичок та компетентностей. Держава виступає гарантом рівного доступу кожного до здобуття освіти, що зазначено в ст. 53 Конституції України, особливо для тих, хто має особливі здібності, є обдарованим чи має особливі потреби, обумовлені станом здоров'я.

Сьогодні проблему останніх держава вирішує за допомогою інклюзивної освіти, впроваджуючи реформу, яка покликана забезпечити не тільки включення дітей з особливими освітніми потребами до закладів загальної середньої освіти, а створити для їх повноцінного навчання належні матеріальні та психолого-педагогічні умови, відповідні методи викладання та розробити модифікований зміст освіти, тобто забезпечити доступним освітнім середовищем. Завдяки цьому жодні особливості чи відмінності не зможуть стати перешкодою до навчання дитини разом із однолітками у загальноосвітньому середовищі. Інклюзивне навчання має бути комплексним процесом забезпечення якісної освіти дітям із особливими освітніми потребами на основі застосування особистісно зорієнтованих методів з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей. Реалізувати ці завдання спроможні високо професійні фахівці, які володіють глибоким ціннісно-вмотивованим ставленням до виконання своїх професійних обов'язків. Проте, слід зазначити, що висока емоційна



напруженість у діяльності фахівця інклюзивної освіти, нестандартність педагогічних ситуацій, серйозна відповідальність та складність роботи підвищують ризик розвитку синдрому професійного вигорання.

Специфіка роботи фахівців інклюзивної освіти полягає у значній кількості емоційно-складних та когнітивно-насичених міжособистісних контактів, які впливають на їх психологічний стан, обумовлюють виникнення емоційного напруження та розвиток професійних стресів. Так склалось у суспільстві, що професія фахівця інклюзивної освіти є винятково «жіночою», що потребує постійного балансування між роботою та власною сім'єю і сприяє зростанню психоемоційної напруги, фізичного і психічного виснаження. Тобто, певні професійні та особистісні труднощі фахівця інклюзивної освіти, комплекси психотравмуючих факторів, непередбачувані ситуації здійснюють негативний вплив на їх життя й призводять до виникнення синдрому професійного вигорання.

Актуальність проблеми подолання професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти можна обґрунтувати такими факторами: соціально-економічні зміни в Україні супроводжуються стресами, що негативно впливають на психологічне, матеріальне, професійне благополуччя членів суспільства; ризик втрати місця роботи фахівцем інклюзивної освіти через недостатність коштів у державному або обласному бюджетах. Це є небезпекою для них і дітей з особливими освітніми потребами, оскільки останні не матимуть можливості отримати допомогу через душевну або фізичну втому та зневіреність фахівця у собі (Колупаєва, Таранченко, 2016, с. 26-28<sup>71</sup>).

Останнім часом спостерігається підвищення інтересу світової спільноти науковців до дослідження питання професійного вигорання представників соціономічних професій. Подаємо короткий теоретичний огляд даного питання.

Термін «професійне вигорання» запроваджений американський вченим Х. Дж. Фрейденбергер у 1974 р. для аналізу психічного стану здорових людей, які вступають у взаємодію з учнями, клієнтами, пацієнтами, постійно емоційно напружені. У сучасній класифікації

---

<sup>71</sup>Колупаєва, А., Таранченко, О. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики: монографія. Київ: ТОВ АТОПОЛ. 152 с.

хворіб він має свій статус: «Z 73 – проблеми, пов'язані з труднощами управління власним життям» (Орел, 2011, с. 90-99<sup>72</sup>).

Ряд вчених розглядають професійного вигорання як особисту деформацію професіонала, зумовлених професійними стресами. Даний синдром бере свій початок з емоційної перевтоми, хронічного повсякденного навантаження і трактується як довготривала стресова реакція, яка виникає внаслідок тривалих професійних стресів середньої інтенсивності. Професійна деформація проявляється у тому, що людина не здатна засвоювати нову інформацію, цікавитись та захоплюватись чимось іншим окрім професії. Професія посідає ключову позицію у житті фахівця. У нього формується постійна залежність від професійного середовища та діяльності. В психології цей процес отримав назву «професійний трудовоголізм» (Зайчикова, 2005, 107-114<sup>73</sup>; Ільєнко, Пузіков, 2008, с. 306-309<sup>74</sup>).

І. Савчук розглядає професійне вигорання як метафору, що означає довготривалу стресову ситуацію та синдром, що розвивається на тлі хронічного перенапруження і призводить до виснаження емоційно-енергетичних ресурсів фахівця, зумовлених інтенсивним професійним спілкуванням (Савчук, 2010, с. 96-110<sup>75</sup>). Н. Лазарева поняття «професійне вигорання» використовує для визначення переживань працівником стану психічного, емоційного і фізичного виснаження, викликаного довготривалою дією стресових чинників у емоційно складних ситуаціях (Лазарева, 2009, с. 171-176<sup>76</sup>).

Науковці Н. Водоп'янова і О. Старченкова розглядають синдром професійного вигорання як стресову реакцію, що виникає внаслідок тривалих професійних стресів середньої інтенсивності (Водоп'янова, 2015, с. 83<sup>77</sup>). Т. Турова синдром професійного вигорання визначає як

---

<sup>72</sup>Орел, В. (2011). Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования. *Психологический журнал*. (1), 90-99.

<sup>73</sup>Зайчикова, Т. В. (2005). Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та особистісними факторами. *Наук. записки*. К., (26 (2)), 107-114.

<sup>74</sup>Ільєнко, М., Пузіков, Д. (2008). Професійне «вигорання» фахівців соціальної роботи: фактори, зміст, шляхи запобігання та подолання. Київ: Університет Україна, 306-309.

<sup>75</sup>Савчук, І. (2010). Синдром «професійного вигорання». *Інноваційний досвід у професійно-технічній освіті*. (9), 96-110.

<sup>76</sup>Лазарева, Н. (2009). Диагностика синдрома эмоционального выгорания. *Школьные технологии*. (1). 171-176.

<sup>77</sup>Водопьянова, Н.Е., Старченкова, Е.С. (2015). Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.: Питер, 336 с.

несприятливу реакцію на професійні стреси, що включає поведінкові, психофізіологічні та психологічні компоненти (Турова, 2010, с. 137-145<sup>78</sup>). Професійне вигорання як наслідок професійних стресів виникає у випадках, коли адаптаційні можливості (ресурси) людини з подолання стресової ситуації перевищені. Т. Зайчикова розглядає даний синдром в якості особливого стану людини, що є наслідком професійних стресів, адекватний аналіз якого потребує екзистенціального рівня опису. Це необхідно тому, що розвиток професійного вигорання не обмежується лише професійною сферою, а проявляється в різних життєвих ситуаціях людини, в результаті чого виникає розчарування в трудовій діяльності, яке поширюється на всю життєдіяльність людини (Зайчикова, 2006, с. 43-49<sup>79</sup>). Загалом, під професійним вигоранням розуміється стан фізичного, емоційного і розумового виснаження, що виявляється в професійній діяльності (Авраменко, 2008, с. 23<sup>80</sup>).

Американські дослідники К. Маслач та С. Джексон розробили вимірну шкалу для діагностування трьох важливих компонентів професійного вигорання:

– емоційне виснаження (відчуття емоційної спустошеності й втоми, викликане власною трудовою діяльністю);

– деперсоналізація (негативне ставлення до власної діяльності та її об'єктів). Для прикладу, у фахівців інклюзивної освіти деперсоналізація передбачає негуманне ставлення до дітей з особливими освітніми потребами, спілкування з якими є недоброзичливе. Негативні установки спочатку мають прихований характер і виявляюся у внутрішньому роздратуванні, яке з часом проявляється назовні й призводить до конфліктних ситуацій.

---

<sup>78</sup> Турова, Т. (2010). Синдром «професійного вигорання» працівників в системі антикризового управління персоналом: аналіз підходів. *Наука й економіка*. (1). 137-145.

<sup>79</sup> Зайчикова, Т. В. (2006). Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та соціально-демографічними факторами вчителів. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка* / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, (1 (18)), 43-49.

<sup>80</sup> Авраменко, М.Л. (Ред.). (2008). Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери: методичні рекомендації. Львів: Всеукр. Центр профес. реабілітації інвалідів. 53.

– редукція особистих досягнень (почуття некомпетентності у професійній сфері, усвідомлення неуспіху в ній) (Maslach, Jackson, 1981, р. 99-113<sup>81</sup>).

Викликає інтерес запропоновані К. Маслач чинники, від яких залежить розвиток синдрому професійного вигорання, зокрема: особистісні, ситуативні та професійні (Маслач, 2001, с. 43-58<sup>82</sup>). До особистісних чинників дослідниця відносить: переживання несправедливості, хронічне переживання самотності та соціальної незахищеності, переживання соціально-економічної несправедливості та соціальної і міжособистісної ізоляції, висока мотивація влади, неконструктивні моделі поведінки, трудоголізм, слабка «Я-концепція», низька самооцінка й емпатія, емоційна нестійкість, нереалістичні очікування. Ситуативні – включають: соціальне порівняння та оцінка інших осіб, негативна взаємодія з оточуючими, відсутність корпоративної згуртованості, низька організаційна культура, внутрішньо-організаційні конфлікти, рольова невизначеність, відсутність адміністративної підтримки, перенавантаження. До професійних чинників належать: когнітивно-складні комунікації, емоційно-насичене ділове спілкування, необхідність постійного професійного саморозвитку, адаптація до мінливих професійних ситуацій, пошук нових рішень, висока відповідальність за свою діяльність, самоконтроль і рольові рішення, одноманітна робота, бюрократизм організації, необхідність творчого пошуку.

Цікавим науковим підходом щодо вивчення професійного вигорання особистості, який водночас дозволяє здійснювати первинну його діагностику, є класифікація Дж. Гринберга, який розглядає професійне вигорання як процес, що охоплює п'ять стадій. Перша стадія професійного вигорання має назву – «медовий місяць». Спочатку фахівець з ентузіазмом виконує професійні завдання, отримує задоволення від них. Проте, чим більше стресових ситуацій у професійній діяльності, тим менше задоволення він отримує. На другій стадії виникає втома, апатія,

---

<sup>81</sup> Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, (2), 99-113.

<sup>82</sup> Маслач, К. (2001). Профессиональное выгорание: как люди справляются. *Практикум по социальной психологии*. СПб: Питер. (2). 43-58.

безсоння. За відсутності додаткової мотивації, стимулювання у працівника зменшується інтерес до роботи, зникає зацікавленість працювати продуктивно, з'являються порушення трудової дисципліни. Надто висока мотивація призводять до професійного виснаження працівника, проте ще не завдає шкоди його здоров'ю. На третій стадії хронічні симптоми виявляються так: надмірна праця, відсутність чергування праці із відпочинком викликає роздратованість і безсилля, фізичну втому та захворювання, загострену озлобленість і психологічні переживання. Четверта стадія – кризова: розвиваються хронічні захворювання і як наслідок людина частково або повністю втрачає працездатність, підсилюється переживання незадоволення собою, професією та загалом своїм життям. На останній стадії професійного вигорання усі психологічні та фізичні проблеми переходять у гостру форму, а небезпечні захворювання розпочинають загрожувати життю людини. Отож, проблеми у професійній діяльності призводять до загрози кар'єрному зростанню фахівця (Карамушка, Зайчикова, 2006, с. 210-217<sup>83</sup>).

Варта уваги концепція М. Буріша і В. Бодрова, за якою розвиток синдрому професійного вигорання охоплює шість стадій: 1) застережлива фаза: надмірна участь, виснаження; 2) зниження рівня власної участі у ставленні до колег, професійної діяльності; 3) емоційні реакції: депресія, агресія; 4) деструктивна поведінка; 5) психосоматичні реакції; 6) розчарування (Богучарова, 2013, с. 59-63<sup>84</sup>).

Згідно з дослідженнями Т. Форманюк факторами, що впливають на розвиток синдрому професійного вигорання є: особистісні, статусно-рольові та корпоративні (професійно-організаційні), детальна характеристика яких подана у таблиці 1.2 (Форманюк, 2004, с. 57-65<sup>85</sup>).

---

<sup>83</sup> Карамушка, Л. М., Зайчикова, Т. В. (2006). Проблема синдрому «професійного вигорання» в педагогічній діяльності в зарубіжній та вітчизняній психології. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*, (1), 210-217.

<sup>84</sup> Богучарова, О. (2013). Синдром професійного вигорання серед українських медичних працівників та педагогів. *Вісник Київського університету. Серія: Соціологія. Психологія. Педагогіка*. (17-18), 59-63.

<sup>85</sup> Форманюк, Т. (2004). Синдром «емоціонального сгорання» как показатель дезадаптации учителей. *Вопросы психологии*, (6). 57-65. URL: <http://www.voppsy.ru/issues/1994/946/946057.htm>

**Фактори, що впливають на розвиток синдрому професійного вигорання за Т. Форманюком**

Група ризику	Фактори	Характеристика факторів
<b>I група</b>	Особистісні	<ul style="list-style-type: none"> <li>– схильність до інтроверсії (низька соціальна активність і адаптованість, зосередженість на внутрішньому світі, нерішучість, несміливість);</li> <li>– реактивність (динамічна властивість темпераменту, що виявляється в силі та швидкій реакції емоційного реагування);</li> <li>– надмірно висока або низька емпатія (здатність розуміти емоційний стан інших людей, співчувати);</li> <li>– жорсткість, авторитарність щодо інших та низький рівень самооцінки.</li> </ul>
<b>II група</b>	Статусні роляві	<ul style="list-style-type: none"> <li>– міжособистісний конфлікт, рольова невизначеність;</li> <li>– обмеженість у професійному та особистісному зростанні;</li> <li>– низький соціальний статус;</li> <li>– рольові поведінкові стереотипи, що обмежують творчу активність;</li> <li>– ізольованість в значущій (референтній) групі;</li> <li>– негативні гендерні установки, що обмежують права і свободу людини.</li> </ul>
<b>III група</b>	Корпоративні (професійно-організаційні)	Професійно-організаційні фактори ризику професійного вигорання ведуть до високого рівня організаційного стресу, величина якого пов'язана з організаційною культурою та її привабливістю для працівників, труднощами і відповідальністю виконання професійних обов'язків в конкретній організаційній структурі. Основною причиною професійного вигорання є тривалість та інтенсивність робочого навантаження в ситуаціях напруженого ділового спілкування.

Науковці Н. Водоп'янова та О. Старченкова відзначають, що швидкозмінне ділове середовище сприяє збільшенню його стресогенності (Водоп'янова, Старченкова, 2015, с. 155-156<sup>86</sup>).

Для чіткішого розуміння сутності синдрому професійного вигорання розглянемо його симптоми. Ґрунтовний аналіз літературних джерел дав можливість згрупувати їх у таблицю 1.3 (Брецко, 2011, с. 110-120<sup>87</sup>; Колтунович, 2015, с. 18-23<sup>88</sup>; Романовська, Набільська, 2011, с. 103-107<sup>89</sup>).

<sup>86</sup> Водоп'янова, Н., Старченкова, Е. (2015). Синдром вигорання: діагностика и профилактика. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 155-156.

<sup>87</sup> Брецко, І. (2011). Психологічна симптоматика емоційного вигорання особистості. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного*

### Групи симптомів, характерні для розвитку синдрому професійного вигорання

№ з/п	Найменування групи ознак	Симптоматика
1.	Фізичні	Фізичне виснаження та стомленість; зміна маси тіла; безсоння; негативний загальний стан здоров'я; тяжке дихання та задишка; пітливість; тремтіння тіла; запаморочення; проблеми з тиском; висипка на шкірі; хвороби серця та судин.
2.	Емоційні	Недостатність позитивних емоцій; дратівливість; байдужість до професії; песимістичний настрій, цинізм; незадоволеність особистим життям; постійне відчуття втоми, безпорадності, тривоги, провини, безнадійності, самотності; агресивність; посилення неспокою; депресивні та істеричні поведінкові прояви; неспроможність зосередитися; внутрішні страждання; неспроможність будувати плани на майбутнє; втрата ідеалів.
3.	Інтелектуальні	Відсутність інтересу до творчого підходу у роботі та альтернативного вирішення робочих проблем; перевага стандартним схемам, рутиній роботі; наявність апатії, нудьги, скуки; втрата змісту життя та інтересу до навколишнього; байдужість до новин; перевага одноманітному способі життя, небажання професійно та особистісно самовдосконалюватись; формалізм у виконанні професійних завдань.
4.	Поведінкові	Недотримання нормативної тривалості робочого часу (понад сорок п'ять годин на тиждень); відсутність перерв для відпочинку і харчування; протягом тривалого робочого дня виникає перевтома і бажання відпочити; апатія до їжі; незначне фізичне навантаження, безпристрасність; вживання алкоголю, тютюну, ліків та їх виправдання; нещасні випадки невинного характеру; імпульсивна та інстинктивна емоційна поведінка.
5.	Соціальні	Соціальна пасивність; низький рівень адаптації та соціалізації; втрата цікавості до захоплень, проведення дозвілля; відсутність соціальних контактів поза роботою; індиферентність у ставленні до рідних, колег, клієнтів; самотність та ізольованість; небажання чути та прислуховуватися до думки інших; відчуття дефіциту уваги зі сторони близьких людей та співробітників.

Отже, суб'єктивно результати професійного вигорання виявляються у хронічному відчутті дискомфорту, збільшення втоми,

університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН. Серія: Психологія. Педагогіка. Кам'янець-Подільський, (12). 110-120.

<sup>88</sup> Колтунович, Т. (2015, червень, 26). *Чинники ризику професійного вигорання педагогів*. [Тези/матеріали конференції]. Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології: зб. тез наук. робіт учасників Міжнар. наук.-практ. конф., Львів, Україна. Львів: «Львівська педагогічна спільнота», 18-23.

<sup>89</sup> Романовська, О. В., Набільська, Є. М. (2011). Причини та особливості прояву синдрому «професійного вигорання» в соціальних працівників. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право*, (3(11)), 103-107.

дратівливості, виникає небажанням працювати і незадоволення місцем праці, роздуми про зміну місця праці.

Таким чином, професійне вигорання є особливою формою професійної дезадаптації, яка призводить до зниження якості роботи, втрати інтересу до неї і навіть до зміни професії та роду діяльності. Професійне вигорання є причиною порушень фізичного і психічного здоров'я людини. Аналізуючи переживання, властиві людині в конкретному виді діяльності, у тому числі і в специфічній праці фахівця інклюзивної освіти, потрібно, перш за все, розібратися в змінах зовнішнього світу, які вплинули на нього, віддзеркаленням чого стали ці переживання. Професійна діяльність відрізняється своєю емоційною насиченістю. Вона визначається особливостями самої особистості, містить творчі компоненти, які не піддаються автоматизації. Тому необхідно спеціально вивчати специфічні особливості професійної діяльності, особливо ті, що слугують чинниками підвищення емоційної напруги, професійного вигорання.

На думку вчених, фахівці інклюзивної освіти – це та категорія професіоналів, які значною мірою схильні до професійного вигорання внаслідок специфіки своєї діяльності. Робота з дитиною з особливими освітніми потребами та її батьками вимагає значної життєвої енергії. Фахівець заглиблюється у сімейну ситуацію дитини з особливими освітніми потребами та її проблеми. Поступово емоційно-енергетичні ресурси виснажуються, і виникає необхідність відновлювати їх або берегти, удаючись до тих чи інших прийомів психологічного захисту. Деякі фахівці згодом змінюють профіль роботи та навіть професію. Сприйняття несприятливих сторін діяльності загострюється, і тоді людина надзвичайно переживає щодо стресових ситуацій, конфліктів, допущених помилок (Юрків, 2010, с. 76-82<sup>90</sup>).

У дослідників, що займаються вивченням проблеми професійного вигорання, особливе занепокоєння викликають низькі показники комунікативної толерантності, які мають бути найбільш розвиненими у фахівців інклюзивної освіти. У зв'язку з тим, що в їх діяльності інтенсивність спілкування вкрай висока, саме вони найбільш схильні до виникнення професійного вигорання. До основних проявів синдрому відносять емоційну стриманість, особистісну обмеженість, агресивність,

---

<sup>90</sup> Юрків, Я. І. (2010). Синдром «професійного вигорання» соціальних педагогів при роботі з сім'ями розумово відсталих дітей. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*, (2), 76-82.



ігнорування індивідуальних особливостей клієнтів. Така професійна деформація заважає якісному виконанню трудової діяльності й негативно впливає на колеги та клієнтів (Говорун, 2008, с. 52-55<sup>91</sup>; Качур, 2010, с. 3-7<sup>92</sup>).

У соціометричних професіях тривалі, різноманітні й когнітивно складні ситуації спілкування з іншими людьми висувають високі вимоги до якості спілкування (довірливості, професіоналізму, емоційної стійкості тощо) і до високої комунікативної компетентності, оскільки від якості спілкування залежать результати взаємодії та перспективи майбутніх ділових, або інтерперсональних контактів. Дані особливості ділового спілкування виступають в якості загальних професійних стресів, які відносяться до ряду «комунікативних». Стрес є реакцією не стільки на фізичні властивості ситуації, скільки на особливості взаємодії між працівником і навколишнім середовищем (Ронгинська, 2002, с. 85-95<sup>93</sup>).

Дані різноманітних досліджень доводять, що до вигорання більш схильні молоді недосвідчені фахівці, бо у них великі очікування щодо професії. В цілому, чим більша невідповідність між очікуваннями і дійсністю, тим негативнішими будуть наслідки для фахівця та організації (Бойко, 2008, с. 63-68<sup>94</sup>).

Загроза виникнення синдрому професійного вигорання залежить також віку і статі працівника. Жінкам-фахівцям інклюзивної освіти поряд з робочими стресовими ситуаціями слід вести домашню побутову роботу і окрім цього знаходити час для дітей та сім'ї. Окрім цього, низька оплата праці та відносно низький соціальний статус також є факторами, що сприяють появі синдрому професійного вигорання.

Слід зауважити, що фахівці інклюзивної освіти, з високим рівнем професійного вигорання, мають дуже низькі показники особистісного адаптаційного потенціалу, психічної стійкості та поведінкової

---

<sup>91</sup> Говорун, М. В. (2008, квітень, 12). Проблема «професійного вигорання»: порівняльний аналіз різних професійних груп. [Тези/матеріали конференції]. Сучасні тенденції розвитку корекційної освіти: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції. Кам'янець-Подільський, Україна. Кам'янець-Подільський, (10), 52-55.

<sup>92</sup> Качур, О. (2010). Профілактика професійного вигорання в закладах освіти. *Психолог. Шкільний світ*, (40), 3-7.

<sup>93</sup> Ронгинская, Т. И. (2002). Синдром «выгорания» в социальных профессиях. *Психологический журнал*, (23 (3)), 85-95.

<sup>94</sup> Бойко, В.В. (1999). Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб.: Питер. 105 с.

регуляції, порівнюючи зі своїми колегами, що володіють низьким ступенем професійного вигорання. Проте фахівці, які володіють високим адаптаційним потенціалом, нервово-психічною стійкістю і регуляцією своєї поведінки, менш схильні до негативного впливу професійних стресів та вигорання, вони демонструють високу адаптивну поведінку в професійному середовищі, ніж їх колеги з відносно низькими адаптаційними здібностями. Ця закономірність простежується незалежно від віку та стажу роботи фахівця. Проте, фахівці інклюзивної освіти з високим ступенем професійного вигорання частіше використовують обережні стратегії поведінки, уникають проблемних ситуацій, ніж ті, що демонструють низький ступінь вигорання. У формальному спілкуванні з дітьми з особливими освітніми потребами «вигорілий» фахівець не відчуває радості, задоволення від своєї праці (Бондар, 2019, с. 64-68<sup>95</sup>; Главацька, 2021, с. 46-49<sup>96</sup>).

Високий рівень професійного вигорання дезорганізує діяльність, знижує здатність фахівця до саморегуляції поведінки і призводить виснаження (емоційного, фізичного та ін.). Оскільки з віком біологічні адаптаційні можливості особистості фахівця знижуються, тому для попередження професійного вигорання необхідно створювати такі організаційні умови, які б сприяли збереженню і розвитку особистісних адаптаційних здібностей.

Таким чином, можемо припустити, що психокорекція професійного вигорання фахівців інклюзивної освіти має поетапно спрямовуватись на: трансформацію сприятливих щодо вигорання особистісних утворень, спроможності тримати оптимальний баланс у розподілі часу між роботою та особистим життям (сімейне життя, дружні взаємини, хобі, громадська діяльність, активний відпочинок тощо) та ін. Основний критерій цих трансформацій вбачаємо у чітко визначеній психокорекції мотивації професійної діяльності (рис. 1.3).

---

<sup>95</sup> Бондар, К. М. (Упор.). (2019). Теорія і практика інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник. Проект «Підтримка інклюзивної освіти у м. Кривий Ріг». Кривий Ріг: ФОП Маринченко С.В. 64-68.

<sup>96</sup> Главацька, О. (2021, квітень, 08). *Професійне самовиховання як фактор профілактики професійної деформації фахівців інклюзивно-ресурсних центрів*. [Тези/матеріали конференції]. Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат: матеріали I Всеукраїнської міждисциплінарної науково-практичної конференції, Тернопіль, Україна. Тернопіль: ТНПУ. 46-49.



**Рисунок 1.3. Система психологічних критеріїв професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти**

Характеристику психологічних критеріїв професійного вигорання подано у таблиці 1.4 (Орел, 2011, с. 90-101<sup>97</sup>; Перегончук, 2010, с. 202-213<sup>98</sup>).

*Таблиця 1.4*

**Характеристика психологічних критеріїв професійного вигорання**

№з/п	Критерій	Характеристика критеріїв професійного вигорання
1.	Мотивація професійної діяльності	Фундамент позитивної мотивації професійної діяльності фахівців повинні утворювати: любов та відповідальне ставлення до дітей, почуття професійного і громадянського обов'язку, інтерес до результатів та змісту праці, задоволення від комунікації з дітьми тощо. Негативними є егоїстичні та корисливі мотиви: заробітна платня, тривала відпустка, гнучкий графік роботи, можливість отримання житла тощо. Поверхнева (суб'єктно не сформована, а нав'язана ззовні) мотивація вибору професії та неадекватне уявлення про неї призводять до низької ефективності праці та відсутності задоволення від неї зі всіма негативними наслідками, що виникають з цього. Напруга такого очікування як уникнення невдач, зауважень чи покарань виснажує людину, робить її не успішною.

<sup>97</sup>Орел, В. (2011). Феномен «вигорання» в зарубешной психологии: эмпирические исследования. *Психологический журнал*. (1), 90-101.

<sup>98</sup> Перегончук, Н. (2010). Професійне «вигорання» педагога у контексті позитивних особистісних змін. *Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*, (12). 202-213.

Продовження таблиці 1.4.

2.	Перфекціонізм	Перфекціонізм поділяється на невротичний та адаптивний. Перший є вагомою причиною дезадаптації та вигорання; другий – стосується домінування мотивації на досягнення успіху, адекватної самооцінки, поставлення реалістичних цілей та стандартів, що сприяє збереженню особистісних ресурсів.
3.	Ціннісні орієнтації	Сфера спрямованості особистості – це орієнтація на гуманістичні духовно-моральні цінності, високий сенс і цінність життя, відповідальне ставлення до праці, суспільних та міжособистісних взаємин є потужним суб'єктно-особистісним базисом опору професійному вигоранню. Орієнтація на дефіцитарні цінності (матеріальні, гедоністичні, прагматичні тощо) – «родючий» психічний ґрунт для розвитку професійного вигорання та для всіх інших розладів невропатично-депресивного характеру. При такій орієнтації фахівець прагне задовольнити лише власні «дефіцитарні» потреби чи вимоги оточення. У цьому випадку дії спрямовані лише на зниження напруги і досягнення імпульсивного задоволення, фахівець живе тільки сьогоднішнім днем.
4.	Само-ставлення	Само-ставлення – це ставлення суб'єкта до самого себе. В основі позитивного ставлення до себе є адекватна самооцінка та об'єктивний рівень домагань. Завищена та занижена самооцінка і рівень домагань однозначно деструктивні щодо «Я-концепції» суб'єкта, а значить, досить сприятливі щодо професійного вигорання чи інших невропатичних розладів.
5.	Стратегії копінг-поведінки та механізми психологічного захисту	Копінг є ефективним способом протидії стресу, особливо того, що призводить до професійного вигорання. Психологічні захисти в цілому дають полегшення лише на деякий час за рахунок особистісних руйнацій суб'єкта, хоча деякі з них іноді можуть бути позитивно адаптивними (у певних умовах).
6.	Екзистенційна орієнтація (спрямованість)	Екзистенційна наповненість – це оцінка фахівцем повноти власного життя – потужна складова протидії вигоранню, завдяки якій замість позиції очікування комфортного безхмарного життя він отримує досвід за будь-яких обставин. Екзистенційна спустошеність (дефіцит сповненості) пов'язана з ігноруванням екзистенційної дійсності, негативними налаштуваннями, дефіцитарною вітальною симптоматикою, усвідомленням безглуздості життя та екзистенційним відчаєм.

Зазначені психологічні критерії професійного вигорання демонструють ті психологічні властивості суб'єкта, які здійснюють безпосередній вплив на його професійне вигорання або ж забезпечують протидію цього стану.

Загалом, синдром професійного вигорання відбивається негативно на професійному та особистісному житті фахівців інклюзивної освіти й призводить до певних наслідків, які згруповано у таблиці 1.5 (Дубчак, 2009, с. 64-68<sup>99</sup>; Зайчикова, 2005, с. 88-92<sup>100</sup>).

<sup>99</sup> Дубчак, О. Б. (2009). *Синдром «професійного вигорання» педагогічних працівників та його профілактика*. [Тези/матеріали конференції]. Нові технології навчання: матеріали науково-

**Наслідки професійного вигорання фахівців інклюзивної освіти**

<i>№ з/п</i>	<i>Наслідки</i>	<i>Основні характеристика наслідків професійного вигорання</i>
1.	Соціальні	1) втрата задоволеності якістю відносин із дітьми з особливими освітніми потребами, колегами або керівництвом; 2) дегуманізація службових відносин, втрата доброзичливості, дбайливості і привітності в ситуаціях ділового спілкування; 3) втрата інтересу до роботи; 4) незадоволеність соціальною та адміністративною підтримкою, переживання відчуженості.
2.	Духовні	1) незадоволеність самореалізацією; 2) переживання безглуздості зусиль і безнадії в здійсненні життєвих планів; 3) втрата віри у власні сили та потенційні можливості; 4) зниження планки особистісного зростання; втрата себе.
3.	Фізіологічні	1) втрата фізичних сил та виснаження; 2) психосоматичне нездужання; безсоння, порушення апетиту тощо.
4.	Матеріальні	1) втрата ентузіазму та мотивації до матеріальних заробітків; 2) втрата чи відмова від роботи з дітьми з особливими освітніми потребами.
5.	Психологічні	1) втрата позитивного настрою та емоційної піднесеності; 2) зниження самооцінки, пов'язаної з роботою; відчуття спустошеності; втрата позитивної енергії, незадоволеність своїм настроєм і відсутністю життєрадісності; втрата душевної рівноваги (дратівливість, нестриманість, знемога, переживання почуття провини, залежність тощо); порушення мотиваційної сфери у професійній поведінці.

Отже, синдром професійного вигорання є надзвичайно шкідливим станом, що негативно впливає на всі сфери життєдіяльності людини. Тому це явище потребує своєчасної діагностики, проведення

---

практичної конференції; Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України, Вип. 59 (2), 64-68.

<sup>100</sup> Зайчикова, Т. (2005). Соціально-психологічні детермінанти синдрому «професійного вигорання» у вчителів: дис.... канд. психол. наук: 19.00.05. К., 173 с.

індивідуальної та групової роботи. Важливим є попередження виникнення основних симптомів професійного вигорання, а також формування навичок ефективного подолання професійних стресів.

Вченими встановлено, що високий творчий (креативний) потенціал негативно корелює з фазою (рівнем) професійного вигорання. Це означає, що чим вищий творчий потенціал, тим нижче професійне вигорання, а чим вищий нереалізований внутрішній потенціал і менша креативність, тим сильніша незадоволеність якістю свого життя. Високий творчий потенціал позитивно корелює з задоволеністю особистими досягненнями, професійним спілкуванням, внутрішньою і зовнішньою (соціальною) підтримкою, з оптимістичністю, діловою активністю, самоконтролем, негативно – з напруженістю, негативними емоціями. Позитивна кореляція між творчим потенціалом та інтегральним показником якості життя і негативна – з фазою вигорання свідчать: чим вище креативність, тим більша задоволеність якістю життя і тим менший ризик виникнення синдрому професійного вигорання. Робоче середовище, що сприяє творчості, негативно корелює з фазою вигорання. Імовірно, особи з високим творчим потенціалом частіше використовують різноманітні й ефективні копінг-стратегії, що допомагають протистояти стресу і синдрому професійного вигорання (Вінник, 2010, с. 97-105<sup>101</sup>; Колтунович, 2011, с. 432-455<sup>102</sup>).

Особистісні якості, які визначають ефективність формування творчих професійних здібностей, включають:

– внутрішню єдність та цілісність особистості, що сприяють побудові чіткої ієрархії мотивів, які визначають її спрямованість. Їй характерні домінуючі цілі й завдання, які ставить перед собою людина;

– пізнавальні потреби та інтелектуальна активність, які визначаються емоційним сприйняттям явищ і процесів професійної

---

<sup>101</sup> Вінник, Н. (2010). Творчий потенціал педагога як чинник успішної професійної діяльності. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України* / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець Подільський: Аксіома, (7). 97-105.

<sup>102</sup> Колтунович, Т. (2011). Творчість вихователя дошкільного навчального закладу як стримуючий чинник професійного вигорання. Соціально-психологічні чинники самореалізації творчої індивідуальності у полікультурному світі: монографія / за наук. ред. І. М. Зварича. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 432-455.

дійсності, захопленістю справою та прикладанням максимуму зусиль для виконання роботи на високому рівні, прагненням до самовдосконалення;

– здатність до професійної рефлексії, яка включає самопізнання та самоаналіз, можливості подивитися на свої дії «зі сторони»;

– розвиток позитивного, оптимістичного мислення (Грединарова, 2006. с. 35-41<sup>103</sup>).

Творчий потенціал особистості розкривається, коли відбувається мобілізація сил людини і виявляються приховані резерви, що проявляються у творчості. Фундаментальним параметром у змісті творчого потенціалу є емоційно-вольові характеристики, які виявляються у натхненні, інтуїції, розвинутій уяві, нестандартному сприйнятті речей, вмінні ризикувати. Серед важливих пріоритетних якостей творчої особистості фахівця вчені виділяють наступні, які вказані на рис. 1.4.



**Рисунок 1.4. Пріоритетні якості творчої особистості фахівця**

Прагнення до самореалізації є однією із найважливіших потреб людини, яка проявляється у реалізації творчих здібностей, у постійному зростанні й збагаченні своїх внутрішніх можливостей, у

<sup>103</sup> Грединарова, М. (2006). Психологічні засоби формування творчого мислення. *Практична психологія та соціальна робота*. (11). 35-41.

вдосконаленні власної професійної діяльності та в орієнтації на загальнолюдські цінності. Захоплення справою як покликанням проявляється в ототожненні себе та своєї справи, задоволеності нею, постійній готовності удосконалюватись як фахівець. Аутентичність особистості характеризується щирою та відвертою позицією ставлення до себе та інших, небажанням приховувати свої спрямування, думки, переконання, індивідуальні особливості. Критичність і високий ступінь рефлексії характеризується постійною увагою до адекватності своїх дій і вчинків, нетерпимістю до недоліків чи непродуманих рішень, вмінням вчитися на помилках, аналізувати власну діяльність. Впевненість у власних силах є адекватною оцінкою своїх сил, можливостей і досвіду: вибір цілей та завдань, які фахівець спроможний вирішувати на високому рівні, відсутність неоправданої тривожності під час вибору та реалізації цілей. Індивідуальність і гнучкість проявляється у здатності до самостійної постановки цілей, а також їх корекції відповідно до умов діяльності, у вмінні бути прикладом для інших, оригінальним і неупередженим під час вирішення проблем, що виникають. Незалежність щодо суджень – вміння особистості висловлювати власні судження, не залежати від думки інших. Відкритість у ставленні до нового – поєднання зрілої думки із дитячою «свіжістю» сприйняття (Вінник, 2010, с. 97-105<sup>104</sup>; Давиденко, 2006, с. 79-86<sup>105</sup>).

Творчий потенціал фахівців інклюзивної освіти включає в себе вміння створювати у процесі професійної діяльності щось нове, поєднувати, видозмінювати, адаптувати його до вікових та індивідуальних особливостей дитини з особливими освітніми потребами щодо задоволення її потреби у спілкуванні та творчій діяльності. Важливе місце посідає гнучкість у виборі ефективних засобів впливу на дитину, пошук нестандартних методів вирішення навчально-виховних завдань чи конкретної психолого-педагогічної ситуації, оригінальне використання способів стимулювання творчої ініціативи дітей з особливими освітніми потребами і їх пізнавальної активності.

---

<sup>104</sup> Вінник, Н. (2010). Творчий потенціал педагога як чинник успішної професійної діяльності. *Проблеми сучасної психології*, (7). 97-105.

<sup>105</sup> Давиденко, А. (2006). Логіка і психологія у творчій діяльності людини. *Педагогіка і психологія. Вісник Академії педагогічних наук України*, Вип. 3 (52). 79-86.



Творчість є сутнісною складовою професійної компетентності фахівців інклюзивної освіти, яка є гармонійним поєднанням знань і вмінь з розвитком професійних якостей та світоглядних позицій, яка формується за певним алгоритмом:

1) усвідомлення вибору професії, засвоєння педагогічних аксіом та первинних професійних умінь;

2) опанування широкого кола психолого-педагогічних знань, формування світоглядних принципів, оволодіння основними професійними вміннями та шляхами до педагогічної майстерності;

3) розвиток аналітико-синтетичних умінь, вибір методологічних орієнтирів діяльності, вдосконалення існуючих професійних умінь і педагогічної майстерності;

4) розвиток педагогічної творчості на базі самовдосконалення особистості, що здійснюється на основі отриманих знань, а фахове вміння переходить на усвідомлений професійний рівень (Колтунович, 2011, с. 432-455<sup>106</sup>).

Психологічним механізмом реалізації творчого потенціалу фахівця інклюзивної освіти виступає інтеграція позитивних почуттів та емоцій у напрямі активізації енергетичного потенціалу особистості. Педагогічна діяльність, спрямована на реалізацію творчого задуму, стимулює творчу активність, наповнює її новою суттю суб'єктного рівня. Позитивні відчуття та емоції, що сповнюють особистість у процесі творчості, не просто підтримують, зберігають та обумовлюють подальшу творчу активність, а й запобігають концентрації уваги на негативних почуттях, переживаннях та психічних станах, які викликані несприятливими факторами професійної діяльності, протидіючи тим самим виникненню та розвитку синдрому професійного вигорання.

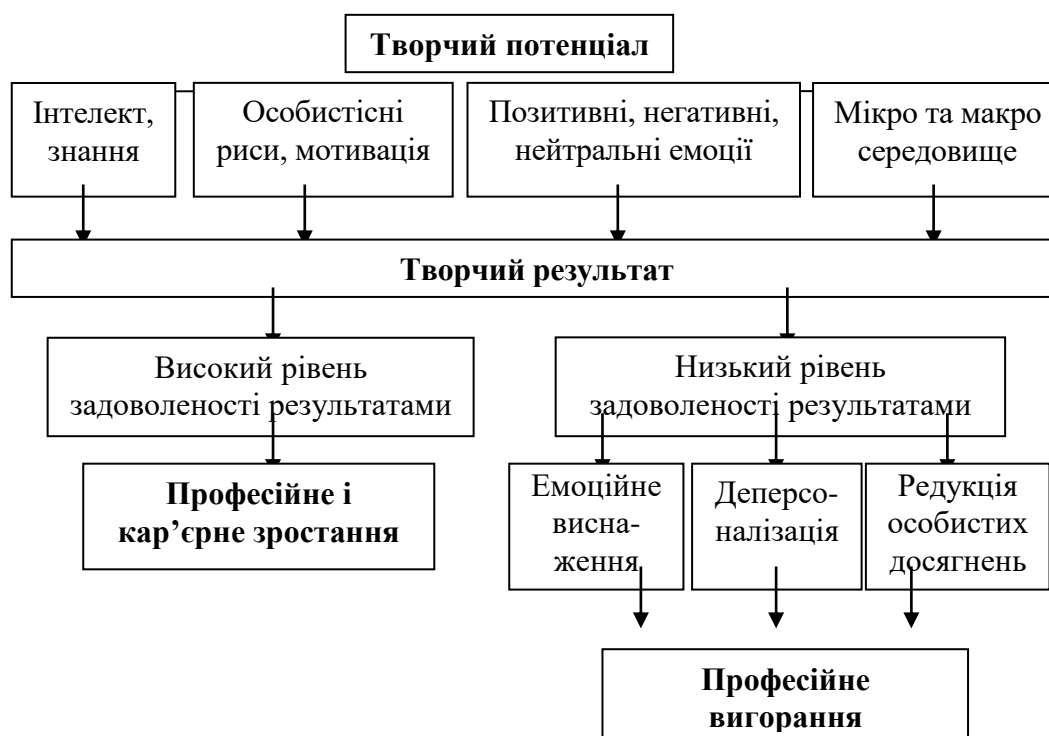
За допомогою даної інформації можна уявити гіпотетичну модель попередження синдрому професійного вигорання: зниження ризику професійного вигорання шляхом впливу на творчий потенціал особистості (подолання емоційних і когнітивних бар'єрів творчого ставлення до себе і життєвих ситуацій, креативність при вирішенні

---

<sup>106</sup> Колтунович, Т. (2011). Творчість вихователя дошкільного навчального закладу як стримуючий чинник професійного вигорання. Соціально-психологічні чинники самореалізації творчої індивідуальності у полікультурному світі: монографія / за наук. ред. І. М. Зварича. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 432-455.

проблем, створення умов робочого середовища, що сприяють прояву творчих здібностей). Підвищення творчого потенціалу збільшує ймовірність задоволеності якістю життя і протидіє синдрому професійному вигоранню (Колтунович, 2011, с. 432-455<sup>107</sup>).

Розкриття творчого потенціалу особистості у професійній діяльності є важливим показником зростання її професіоналізму та попередження професійного вигорання. Творчий потенціал особистості розкривається, коли відбувається мобілізація сил людини і виявляються приховані резерви, що проявляються у творчості. Для формування й розвитку творчого потенціалу людини необхідно створити спеціальні умови, які б стимулювали творчу активність особистості, її вольові зусилля. Взаємозв'язок між творчістю особистості та синдромом професійного вигорання зображено на рисунок 1.5.



**Рисунок 1.5. Вплив творчого потенціалу на професійне зростання та професійне вигорання**

<sup>107</sup> Колтунович, Т. (2011). Творчість вихователя дошкільного навчального закладу як стримуючий чинник професійного вигорання. Соціально-психологічні чинники самореалізації творчої індивідуальності у полікультурному світі: монографія / за наук. ред. І. М. Зварича. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 432-455.

З метою якнайкращого використання творчого потенціалу необхідно вміти правильно розслаблятися, поєднувати професійну активність з відпочинком та володіти техніками саморегуляції, а саме:

– переключення уваги – раптове перенесення уваги з об'єкта думки, що хвилює, на інший;

– самопідбадьорювання – самокритика, самопідтримка з метою зміцнення віри в себе, у свій успіх в роботі;

– самонаказ – наказ самому собі на дії в екстремальних, напружених ситуаціях;

– самопереконання – аргументована дискусія з самим собою, про здатність самостійно регулювати свої психічні стани та поведінку в колективі;

– самонавіювання – психотерапевтичний метод, який дає змогу за допомогою власних слів знімати нервові напруження, робити психічну розрядку;

аутогенний тренінг – система прийомів свідомої психічної саморегуляції людини (Главацька, 2021, с. 126-129<sup>108</sup>).

Для того, щоб продуктивність праці була високою, використання творчого потенціалу та ресурсів максимальним, а стресові ситуації не завдавали значних психофізіологічних травм, необхідно використовувати елементи арт-терапії та вправи на релаксацію (м'язове та психічне розслаблення для відновлення життєвих сил). Той, хто оволодів цією технікою, зможе не лише ефективно відпочивати, а й плідно працювати. Для розвитку і актуалізації особистості, орієнтації на досягнення гармонійного життя, як ефективний спосіб соціальної адаптації і для управління власними почуттями та емоціями використовуються елементи арт-терапії. Допоміжною є тілесна терапія, яка сприяє формуванню емоційної розрядки. Під час тілесної терапії виконуються дихальні та рухові вправи, що мають за мету посилити циркуляцію енергії та звільнити пригнічені почуття.

Отже, професійне вигорання – це не закономірність, а наслідок неправильної поведінки особистості й співвідношення праці та

---

<sup>108</sup> Главацька О. (2021, листопад, 25). *Попередження професійного вигорання фахівців соціономічних професій*. [Тези/матеріали конференції]. Інновації в освіті: реалії та перспективи розвитку: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції, Тернопіль, Україна. Тернопіль: ЗУНУ, 126-129.

відпочинку. Фахівці інклюзивної освіти перебувають в групі підвищеної небезпеки професійного вигорання, тому для подолання даного явища необхідно проявляти творчість, ініціативу та використовувати всі фактори, що впливають на рівень творчого потенціалу.

К. Маслач і М. Лайтер цілком справедливо відзначають, що синдром професійного вигорання є не тільки проблемою окремо взятої особистості, але й соціального оточення, в якому вона працює. Вони вважають, що багато керівників не хочуть вживати жодних заходів щодо попередження синдрому професійного вигорання, розглядаючи даний стан як проблему працівника, а не роботодавця. Науковці виділяють п'ять факторів, які впливають на попередження професійного вигорання: кероване робоче навантаження, оптимальний контроль (підтримує автономію працівника), справедлива винагорода, почуття спільності, розділені цінності. Коли ці умови дотримуються, ймовірність розвитку професійного вигорання зменшується.

Цікавий, запропонований К. Маслач і М. Лайтер, процесуальний підхід до проблеми попередження професійного вигорання, заснований на ставленні до цього синдрому як до динамічного явища. Згідно висунутої ідеї, в основі управління процесами професійного вигорання персоналу в організації повинні бути:

- моніторинг корпоративного потенціалу вигорання в перерахованих вище факторах;
- регулярні дії, спрямовані на організаційне оздоровлення – розвиток корпоративної культури, організаційні інновації тощо (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, с. 397-422<sup>109</sup>).

Розглянемо окремі стратегії виявлення та попередження синдрому професійного вигорання. Більшість з них базуються на ідеї динамічного комплексу, що складається з психодіагностики, аудиту, профілактичних заходів та психологічної інтервенції для подолання наслідків синдрому професійного вигорання.

Особистісні характеристики людей, що приходять в професію, так само як характер професійної діяльності, відіграють важливу роль у

---

<sup>109</sup> Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, (52). 397-422.

формуванні синдрому професійного вигорання. З точки зору К. Маслач і М. Лайтер, професійне вигорання – це результат невідповідності між особистістю і роботою. Збільшення цієї невідповідності підвищує ймовірність виникнення синдрому професійного вигорання. Тому для його діагностики важливе значення має визначення особистісних особливостей фахівця інклюзивної освіти (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, с. 397-422<sup>110</sup>).

Діагностика спрямована на визначення стресових факторів і стресогенних ситуацій, вимірювання рівня стресу і виявлення осіб, які переживають синдром професійного вигорання. Вона повинна здійснюватися психологами з відповідною підготовкою і високим ступенем співучасті. На думку фахівців стрес-менеджменту, на етапі діагностики необхідно:

- створити шкали життєвих і професійних стресів;
- розробити форми і способи визначення симптомів хронічної втоми, або невротичних розладів;
- виявити осіб з високою схильністю до появи синдрому професійного вигорання;
- провести «інвентаризацію» симптомів вигорання у керівників та персоналу, що піддаються тривалим впливам стресових факторів на роботі;
- періодично здійснювати аудит організаційного стресу у різних підрозділах організації; виявляти підрозділи або робочі місця з найбільшим рівнем стресу і ризиком синдрому професійного вигорання (Турова, 2010, с. 137-145<sup>111</sup>).

Після того, як створений інструментарій вимірювання та проведена оцінка рівня організаційного стресу та професійного вигорання, слід вжити заходів для зменшення робочих стресів та формування у співробітників навичок ефективного спілкування та «здорового» копінгу, які знижують ризик виникнення синдрому професійного вигорання. За підсумками психодіагностики розробляється стратегічна програма стрес-менеджменту та

---

<sup>110</sup> Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, (52). 397-422.

<sup>111</sup> Турова, Т. (2010). Синдром «професійного вигорання» працівників в системі антикризового управління персоналом: аналіз підходів. *Наука й економіка*. (1). 137-145.

попередження професійного вигорання персоналу. Конкретні дії, звичайно, залежать від результатів діагностики або аудиту стресу. Виділено різноманітні шляхи, що сприяють запобіганню і зменшенню ризику професійного вигорання, до них належать такі:

- організація для керівників та персоналу різних спеціалізованих тренінгів, зосереджених на розпізнаванні симптомів вигорання та їх подолання;

- розробка програми підтримки співробітників, включаючи консультації щодо запобіганню та лікування пов'язаних зі стресом порушень здоров'я;

- демонстрація підтримки програм навчання співробітників у зв'язку з технологічними змінами;

- надання можливості більш гнучкого графіка роботи;

- проведення семінарів з управління конфліктами та розвитку навичок міжособистісного спілкування для співробітників;

- забезпечення відкритості каналів комунікації між вищим рівнем менеджменту та іншою частиною організації;

- проведення внутрішніх PR-заходів, спрямованих на підвищення привабливості роботи в організації;

- оптимізація системи мотивації та стимулювання персоналу, в тому числі планування професійного росту та персональної кар'єри (Турова, 2010, с. 137-145<sup>112</sup>).

Науковець Е. Семенова вважає, що попередження професійного вигорання повинно здійснюватися за трьома напрямками: інформування, емоційна підтримка та підвищення значущості професії:

1. Інформування фахівців інклюзивної освіти про причини та симптоми вигорання. Найважливішим завданням у профілактиці вигорання науковець вважає розширення поінформованості підлеглих і керівників про те, як загальнодоступними методами допомогти собі зберегти професійне здоров'я і працездатність. З цією метою Е. Семенова пропонує розробити пакет матеріалів «Допоможи собі сам: способи профілактики професійного вигорання», який може бути дуже корисний як окремому працівнику так і установам в цілому.

---

<sup>112</sup> Турова, Т. (2010). Синдром «професійного вигорання» працівників в системі антикризового управління персоналом: аналіз підходів. *Наука й економіка*. (1). 137-145.

2. Емоційна підтримка тих, хто переживає вигорання, здійснюється за допомогою спілкування в професійних клубах, створених з ініціативи менеджерів. Такі клуби мають свою символіку та гімни, а їх засідання відбуваються 1-2 рази на квартал і організовується як свято спілкування, зустрічей колег у неформальній обстановці. В рамках клубів проводяться круглі столи, психологічні практикуми тощо. Також організовуються спільні вечори, поїздки з дітьми, спортивні сімейні свята, відвідування театрів, музеїв – все це дозволяє відволіктись працівникам від професійних проблем та отримати заряд бадьорості.

3. Підвищення значущості професії передбачає створення системи справ, які підвищують важливість соціальної діяльності. Е. Семенова велику відповідальність за професійне вигорання покладає на керівників організацій. Для прикладу, керівнику необхідно так структурувати роботу і організовувати робочі місця, щоб професійна діяльність стала більш значущою для кожного співробітника. Щоб підвищити значимість праці фахівців, використовуються такі традиційні форми, як постійно діючі проблемні семінари, системи індивідуальних консультацій тощо. Для прикладу, задоволенню соціально-психологічних (моральних) потреб у визнанні, самоствердженні, самовираженні служать: узагальнення досвіду роботи фахівців, ділова гра «Естафета передового досвіду», огляд професійних досягнень, щорічні конкурси для визначення кращого працівника тощо (Семенова, 2005, с. 62-77<sup>113</sup>).

Соціальне визнання і задоволення від роботи, певною мірою, можуть компенсувати внутрішні проблеми і перешкоджати виникненню синдрому професійного вигорання. Е. Семенова виділила фактори, які підвищують значимість праці фахівця, відповідно, допомагають зберегти його професійне здоров'я:

- наявність можливостей для творчого зростання та підвищення рівня заробітної плати, цікавість до професії;
- наявність технічних засобів, що сприяють ефективній роботі;
- усвідомлення корисності власної трудової діяльності;
- стабільність становища працівника в організації;

---

<sup>113</sup> Семенова, Е. (2005). Тренинг эмоциональной устойчивости педагога: учебное пособие. М.: Изд-во Института психотерапии, 62-77.

- хороші взаємини в колективі;
- високий рівень відповідальності за свою професійну діяльність (Семенова, 2005, с. 62-77<sup>114</sup>).

Збереженню психоенергетичного потенціалу та інтересу до професії сприяє:

- гуманність, моральне та матеріальне стимулювання;
- курси підвищення кваліфікації, самоосвіта і саморозвиток;
- постійне самовдосконалення, прагнення до професійного зростання;
- віковий ліміт роботи працівником – не більше 20 років (Бойко, 2008, с. 246-254<sup>115</sup>; Максименко, 2006, 186-188<sup>116</sup>).

Таким чином, особливості попередження синдрому професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти відображені в комплексі дій керівника освітнього закладу, до яких, зокрема, відносять: моніторинг психологічного стану працівників, організацію проведення різноманітних тренінгових занять, профілактичних бесід та стимулювання внутрішньої мотивації. Окрім цього, важливим завданням є формування реалістичних часових меж щодо виконання трудових завдань, чітке роз'яснення посадових інструкцій, створення позитивного середовища в організації та налагодження конструктивних комунікацій.

Існує твердження, що людські можливості обмежені, однак, стійкість організму людини щодо певних фізичних чи соціальних явищ є індивідуальною для кожної особи та залежить від її ресурсів. Людські ресурси – це внутрішні можливості людини, які можна накопичувати та використати в разі потреби. Загальна класифікація ресурсів за С. Хобфоллом подана у таблиці 1.6 (Бабич, 2007, с. 10-13<sup>117</sup>).

---

<sup>114</sup> Семенова, Е. (2005). Тренинг эмоциональной устойчивости педагога: учебное пособие. М.: Изд-во Института психотерапии, 62-77.

<sup>115</sup> Бойко, В.В. (2008). Психоенергетика. СПб.: Питер, 409 с.

<sup>116</sup> Максименко С.Д. (Ред.). (2006). Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти. К., 186-188.

<sup>117</sup> Бабич, О. (2007). Личностные ресурсы преодоления синдрома профессионального выгорания педагогов: автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии». Хабаровск, 2007. 10-13.



## Класифікація ресурсів за С. Хобфоллом

Ознака	Класифікація	Прояви	Примітки
Я-Концепція щодо індивіда	Внутрішні	Самоповага, професійні вміння, оптимізм, почуття контролю, навички саморегуляції тощо.	Внутрішні ресурси можуть бути більш доступними, ніж зовнішні, наприклад, у часі чи соціальному просторі.
	Зовнішні	Соціальна підтримка, зайнятість (робота), економічний статус тощо.	Їх використання вимагає великих часових витрат на мобілізацію і на необхідне прийняття обставин, пов'язаних із зверненням до даних ресурсів.
Структурна класифікація	Об'єктні	Характеризуються своєю безпосередньою фізичною присутністю (будинки, транспорт, фетиші: діаманти, предмети інтер'єру).	Люди витрачають величезні зусилля для досягнення цих ресурсів; одні з яких необхідні для виживання, інші – для підтримки статусу, самооцінки тощо.
	Особистісні	Включають в себе навички (професійні, соціальні, лідерські), особистісні риси (самоповага, оптимізм, активність, продуктивність, віра, надія).	Ці ресурси – це продукти моделювання, освіти, виховання і ролівої адаптації. В їх основі є біологічно зумовлені особливості темпераменту, які сприяють розвитку окремих особистісних якостей.
	Ресурси станів, або умов	Вони є основою для набуття інших ресурсів. До них належать здоров'я, робота, сім'я і шлюб, стаж, першість народження в деяких суспільствах. Одні з них «заробляються» (шлюб, стаж), інші залежать від спадковості й соціального рангу, треті мають біологічну основу.	Дані ресурси звичайно набуваються довго і вимагають великого вкладу, їх можна дуже швидко втратити (професійна компетентність, любов, дружба, взаєморозуміння з близькими людьми тощо).
	Енергетичні	Це гроші, кредити і знання. Вони можуть бути інвестовані в придбання інших ресурсів або захист від їх втрати.	Цінність енергетичних ресурсів полягає в їх здатності обмінюватися на ресурси перших двох категорій.
За значенням для виживання	Первинні	Безпосередньо відносяться до виживання (їжа, одяг).	
	Вторинні	Сприяють первинним ресурсів (соціальна підтримка, приналежність до групи, подружні або романтичні зв'язки, надія, оптимізм, гроші, автомобіль, дружба).	
	Третинні	Соціальний статус, культура, титули, розкішні автомобілі, будинки, одяг сприяють домінуванню в соціумі або в групі.	

Ресурси попередження професійного вигорання можуть бути розглянуті в аспекті такої базової характеристики особистості, як стресостійкість. Під стресостійкістю особистості на соціально-психологічному рівні розуміється: збереження здатності до соціальної адаптації, значущих міжособистісних зв'язків, успішної самореалізації, досягнення життєвих цілей, працездатності та збереження здоров'я. Підвищення стресостійкості особистості фахівця пов'язане з пошуком ресурсів, які допомагають йому у подоланні негативних наслідків стресових ситуацій (Бабанов, 2010, с. 53-54<sup>118</sup>).

Науковець Б. Ананьєв зазначав, що толерантність особистості до стресів і витривалість щодо факторів, які викликають фрустрацію, залежать від наявності соціальної підтримки, моральної чи психологічної допомоги, співчуття інших людей та солідарності групи. Розпад соціальних зв'язків сприяє руйнуванню структури особистості, виникненню гострих внутрішніх криз, що дезорганізують поведінку людини. В умовах стресу соціальна підтримка в групі, не знижуючи рівня напруженості, впливає на перехід його несприятливих проявів у сприятливі, тобто переходу дистресу в евстрес. Науковці визначають дистрес як дію негативних емоцій у ситуаціях горя, нещастя, хвороби, що знижує опірність організму до несприятливих чинників навколишнього середовища, виснажує людину, перешкоджає їй мобілізуватися. Евстрес – короткочасне напруження, що стимулює роботу нервової та інших систем організму, дія позитивних емоцій, натхнення, творчого осяяння, ентузіазму (Ананьєв, 2005, с. 305-315<sup>119</sup>).

Цікавим є те, що психологічна компетентність фахівця, рівень його психологічної грамотності та культури – це ще один ресурс стійкості до стресів. Поряд із соціальним досвідом вона визначає чіткі форми адаптивних процесів у стресових ситуаціях.

Для ефективного подолання життєвих труднощів науковці радять використовувати стратегії пристосування (зміна своїх характеристик і ставлень до ситуації) та перетворення. До допоміжних прийомів

---

<sup>118</sup> Бабанов, С. (2010). Профессиональные факторы и стресс: синдром эмоционального выгорания. *Здоров'я України*, (7 (236)), 53-54.

<sup>119</sup> Ананьєв, Б. (2005). Психология и проблемы человекознания. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: МОДЭК. 305-315.

самозбереження в ситуаціях труднощів і нещастя відносяться техніки боротьби з емоційними порушеннями, викликаними нездоланими, з точки зору суб'єкта, негативними подіями (втечі від важкої ситуації, які можуть здійснюватися не тільки в практичній діяльності, але і чисто психологічно – як внутрішнє відчуження або придушення думок про цю ситуацію). Вказані прийоми неконструктивні тому, що не усувають важку проблему, але все ж адаптивні, оскільки полегшують психічний стан особистості (Скорик, 2011, с. 98-100<sup>120</sup>).

Згідно інформаційної моделі стресостійкості, до ресурсів подолання стресу належать:

– когнітивне подолання: позитивне мислення щодо причин стресу і способів його подолання; розуміння таких причин, раціональне осмислення ситуації і власних можливостей, пошук та оцінка можливих засобів (ресурсів), які можуть бути мобілізовані для подолання стресу, позитивне мислення, що стосується стресової ситуації і своїх потенціалів;

– емоційне подолання: усвідомлення і прийняття своїх почуттів та емоцій, потреб та бажань, оволодіння соціально прийнятними формами прояву почуттів, контроль динаміки переживання тощо;

– поведінкове подолання: перебудова поведінки, корекція стратегій і планів, завдань і режимів діяльності, активізація або дезактивація поведінки чи діяльності;

– соціально-психологічне подолання: зміна спрямованості особистості, корекція життєвих цінностей або їх пріоритетів, розширення простору соціальних ролей, позицій і міжособистісних гуманних відносин (Мусатенко, 2008, с. 11-12<sup>121</sup>).

Науковці Е. Широм та Я. Езрахі, досліджуючи моделі розвитку синдрому професійного вигорання, припускають, що на першій стадії люди намагаються протистояти дії безперервних робочих стресів, використовуючи особистісні ресурси для подолання стресових станів. На цій стадії спостерігається напруженість, тривожність і фрустрація через недостатність ресурсів, що може вплинути на вирішення

---

<sup>120</sup> Скорик, Т. В. (2011). Профілактика синдрому «професійного вигорання» соціальних працівників як необхідна умова професійної готовності. *Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. Психолого-педагогічні науки.* (3), 98-100.

<sup>121</sup> Мусатенко, Н. (2008). Профілактика професійного згорання: семінар-тренінг для педагогічних працівників. *Психолог. Шкільний світ,* (40). 11-12.

проблем. Наслідки такої поведінки – емоційне виснаження, почуття деперсоналізації і невдачі та різні супутні негативного переживання, такі як тривожність чи депресія. Я. Езрахі відзначив, що на першій стадії люди намагаються вкладати свої ресурси в проблемно-орієнтовані рішення використовуючи, наприклад, додатковий час. Якщо цього недостатньо, люди переключаються на захисну поведінку для збереження або поповнення внутрішніх ресурсів. Проводячи захисні заходи, вони поповнюють ресурси, а саме: зменшують непрямі втрати ресурсів, що виникають від постійної праці над безрезультатною діяльністю та обмежують втрату особистих ресурсів. Втрата ресурсів значною мірою пов'язана з тривалою дією негативного зворотного зв'язку, яку люди отримують на своєму робочому місці (Орел, 2011, с. 90-99<sup>122</sup>).

Т. Зайчикова, розглядаючи проблему поповнення ресурсів, зазначає, що синдром професійного вигорання характеризується відчуттям безпорадності, безнадійності, «попадання в пастку» і відзначається зниженням ентузіазму в роботі. Таким чином, ресурси самоповаги, надії та сенсу життя руйнуються, а на фізичному рівні виснаження замінює старання, що згодом зводиться до нуля. Професійне вигорання – розтягнутий у часі стрес, в процесі якого людина витрачає свої ресурси, не отримуючи натомість практично нічого (гідної зарплати, подяки від керівників тощо). «Ціна» таких втрат – емоційне виснаження, відсторонення від робочого оточення, незадоволення рівнем та якістю життя, поява супутніх негативних емоцій і переживань (Зайчикова, 2005, с. 107-114<sup>123</sup>).

До ресурсів адаптації щодо життєвих стресів Т. Зайчикова відносить соціально-психологічне оточення (сім'я, знайомі, друзі). При зіткненні з життєвими стресами людина черпає ресурси із свого психологічного сприятливого оточення. Соціально-психологічна підтримка і тенденція покладатися на неї виявляються найважливішим ресурсом стійкості перед життєвими кризами. Соціальні ресурси дозволяють людині не піддаватися професійному вигоранню. Чим ширша соціальна підтримка, тим активніше

---

<sup>122</sup> Орел, В. (2011). Феномен «вигорання» в зарубешній психології: емпірические исследования. *Психологический журнал*. (1), 90-99.

<sup>123</sup> Зайчикова, Т. (2005). Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та особистісними факторами. *Наукові записки*. К., (26 (2)), 107-114.

відбувається протистояння життєвим та робочим стресам. Одним з особистісних ресурсів, що підвищує стресостійкість особистості, виступає інтернальний локус контролю та пов'язані з ним конструкти – впевненість в собі та цілеспрямованість. Це відбувається тому, що люди з більш високим його рівнем наполегливіші у досягненні своїх цілей і швидше домагаються успіху (Зайчикова, 2006, с. 43-49<sup>124</sup>).

До ресурсів подолання професійного стресу та професійного вигорання О. Бернацька відносить сильну «Я-концепцію». Вчена виявила, що працівники з високо розвинутою «Я-концепцією» більш позитивно орієнтовані до клієнтів і менше схильні до професійного вигорання (Бернацька, 2010, с. 22-25<sup>125</sup>). За даними О. Старченкової, до особистісних ресурсів подолання синдрому професійного вигорання відносяться соціальна сміливість, відповідальність, наполегливість, висока нормативність поведінки, радикалізм, висока мотивація досягнень. Поведінковими ресурсами подолання професійного вигорання служать активні і просоціальні моделі поведінки (пошук соціальної підтримки та готовність до її прийняття, вміння вирішувати проблемні, складні ситуації спільно з іншими людьми, асертивна поведінка) (Водопьянова, Старченкова, 2008, с. 155-156<sup>126</sup>).

У контексті стресостійкості система вірувань розглядається як найважливіший підтримуючий і динамізуючий особистісний ресурс. Сама по собі віра в те, що завжди можна покласти на зовнішню (міжособистісну, соціальну, вищу божественну) підтримку, дозволяє зберігати мужність і стійкість у вирішенні життєвих проблем. Чим меншою мужністю і вірою у власні сили володіє людина, тим більша її потреба у вірі та допомозі ззовні. З позиції ресурсної концепції стресу самопоміа повинна бути спрямована на обмеження втрати ресурсів і накопичення таких, які можуть бути затребувані в стресових або екстремальних ситуаціях. Втрата особистісних

---

<sup>124</sup> Зайчикова, Т. (2006). Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та соціально-демографічними факторами вчителів. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка* / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, (1 (18)), 43-49.

<sup>125</sup> Бернацька, О. (2010). Професійне вигорання психологів. *Психолог. Шкільний світ*, (38), 22-25.

<sup>126</sup> Водопьянова, Н., Старченкова, Е. (2008). Синдром вигорання: діагностика і профілактика. 2-еизд. Санкт-Петербург: Питер, 155-156.

(внутрішніх) і соціальних (зовнішніх) ресурсів без їх заповнення неминуче призводить до вигорання і втрати суб'єктивного благополуччя. Для досягнення «оновленого» стану необхідно створення нових або відтворення колишніх особистісних, соціально-психологічних та психоенергетичних ресурсів, які допомагають людині протидіяти дистресу (Бабанов, 2010, с. 53-54<sup>127</sup>).

Важливою складовою у попередженні та подоланні професійного вигорання є самодопомога. Якщо фахівець виявив у себе ознаки синдрому професійного вигорання, то необхідно скласти план «самооновлення»:

- постановка нових цілей і завдань особистого зростання;
- освоєння і активне використання спеціальних технік відновлення втрачених ресурсів життєстійкості і позитивного світосприйняття;
- здобуття нових знань і навичок ефективного спілкування з іншими людьми, позитивне ставлення до себе;
- оптимізація режиму праці та відпочинку;
- періодична переоцінка себе і своїх досягнень;
- збалансований спосіб життя;
- зміна мікроклімату в сім'ї;
- перетворення «стресового» стилю життя в «не стресовий».

Значну увагу слід приділити вдосконаленню умінь управляти власним часом, оскільки дефіцит часу і його нераціональне використання, призводить до незадоволення власними результатами. Науковець Л. Зайверт у 1995 році досліджував явище, яке отримало назву «Пастки часу». Вчений характеризує його невмінням мобілізуватись та правильно організувати власний час, що сприяє редукції особистих досягнень. Найпоширенішою помилкою є втеча від справ та обов'язків:

- задоволення себе – робити тільки те, що приносить задоволення;
- безпредметне спілкування з іншими – тривалі розмови по телефону чи за допомогою мережі Інтернет;

---

<sup>127</sup> Бабанов, С. (2010). Професійні фактори і стрес: синдром емоціонального вигорання. *Здоров'я України*. (7 (236)). 53-54.

- тривале проведення часу біля телевізора, відкладання важливих справ на інший час;
- непродуктивні способи роботи – виконання роботи за інших, вирішення чужих проблем, постійне піклування за інших тощо;
- «зайві» переміщення по місту, офісу тощо;
- відсутність чіткого планування і реальних дій;
- планування без контролю над виконанням планів;
- надмірне старання – наведення ідеального порядку, обговорення подробиць, постійний контроль підлеглих;
- витрачання часу на шкідливі звички, наприклад куріння;
- нераціональні, руйнуючі емоції – злість, звинувачення, занепокоєння, жалість до себе, ненависть тощо (Зайверт, 1995, с. 66-68<sup>128</sup>).

При складанні плану «оновлення», тобто підвищення особистісних ресурсів щодо попередження та подолання професійного вигорання, можна скористатися технологією «накопичення ресурсів», яка умовно складається із шести етапів:

1. Аутодіагностика особистого стресу та професійного вигорання. Для цього можна використовувати техніку «інвентаризації» стресу, опитувальники для оцінки рівня професійного вигорання або щоденник стресу та вигорання. Даний спосіб нескладний, але вимагає терпіння. Протягом декількох тижнів – по можливості щодня – потрібно робити записи: коли і за яких обставин були виявлені ознаки стресу і переживання вигорання. Записувати спостереження і відчуття ввечері після роботи, або перед сном. При читанні щоденника увага звертається на певні ситуації що повторюються і викликають негативні переживання – саме вони можуть бути причиною розвитку синдрому професійного вигорання.

Щоденник самопостереження – потужний прийом захисту від стресу. По-перше, на папір переносяться переживання, по-друге, додавши до цього аналіз і техніки позитивного мислення можна опанувати ресурс когнітивного подолання. Зразок щоденника самопостереження подано у таблиці 1.7.

---

<sup>128</sup> Зайверт, Л. (1995). Ваше время в ваших руках : советы деловым людям, как эффективно использовать рабочее время. М.: Интерэксперт. 66-68.

**Щоденник самопостереження**

Ситуації або події, що викликають негативні («руйнівні») переживання	Виявлення ірраціональних ідей чи переконань, що лежать в основі переживань	Пошук конструктивного копіngu: позитивного, або раціонального перетворення переконань та поведінки

1. Подолання обмежуючих (ірраціональних) переконань. Виявлення ірраціональних переконань і їх переструктурування. Для самостійної роботи з обмежуючими ідеями та переконаннями можна скористатися техніками зміни переконань або звернутися за допомогою до психотерапевтів чи фахівців з стрес-менеджменту.

2. Звернення до ресурсів життєвих цілей – розстановка пріоритетів особистих цінностей і цілей. Розуміння пріоритетів та планування поетапного досягнення запланованих дій допомагають посиленню «Я-концепції» та зниженню редуції особистих досягнень. Робота з ресурсами мети включає в себе різні вправи, наприклад: методика «Декларація життєвих цілей», технологія усунення малозначимих справ та ін.

3. Зміцнення віри і перетворення її в ресурс подолання. Віра як переконаність, глибока впевненість у комусь чи чомусь і психологічна категорія являє собою когнітивний конструкт, який виконує ряд захисних функцій: зниження тривоги, позбавлення від страхів, перемикає увагу з оцінки значущості ситуації на переробку релевантної інформації, обмірковування і прийняття рішень. Віра перериває фіксованість свідомості на можливі несприятливі наслідки розвитку напружених чи важких ситуацій і створює внутрішню опору для психологічної стійкості. Віра виявляється в таких похідних, як упевнена поведінка, впевненість у прийнятті рішень, оптимістичний настрій, позитивні установки та ін. Віра підживлює «життєві сили» людини у важких та критичних ситуаціях.

4. Регулярне відтворення позитивного сприйняття життя та емоційного настрою (турбота про свій настрій). Настрій диктується сферою почуттів і є проявом підсвідомої розумової діяльності. Невдоволення, злість, почуття недооцінки особистісних якостей, заздрість найчастіше пригнічують людину, позначаються на



самопочутті та проявляються в прискіпливості, хронічно поганому настрої. В результаті виникають порушення обміну речовин, розлад кровообігу та інші хвороби. Тому турбота про свої настрої дійсно є турботою про стан свого здоров'я. Гарний настрій – питання тренування. Слід навчитися впливати на свою підсвідомість за допомогою методів самоспостереження і самонавіювання: «Я виглядаю як успішна благополучна людина. Я посміхаюся, думаю, говорю, рухаюся, дію і реагую як успішна самодостатня людина». Для посилення ефекту можна використовувати техніку конструювання бажаного образу.

5. Перепрограмування стилю свого життя на менш стресогенний і накопичення ресурсів щастя. Надзвичайно важливим для кожної особистості є відчуття щастя, а прагнення до нього об'єднує людей. Психологи пропонують виробити у собі шість важливих звичок, які допомагають відчувати себе щасливим, а саме:

- дбати про своє здоров'я (зберігати рівновагу і піклуватися про всі аспекти благополуччя: фізичне, психічне, соціальне);
- робити добро іншим (люди, які допомагають іншим, приблизно на 25% щасливіші за тих, хто живе тільки для себе);
- заробляти і накопичувати гроші (стабільний дохід додає відчуття фінансової безпеки);
- навчитися відпочивати (на благополуччя людини дуже сильно впливає достаток часу);
- не втрачати соціальних зв'язків із близькими людьми та друзями (соціальні зв'язки додають людині відчуття впевненості);
- берегти душевний спокій (перемога над стресом збільшує на 25% відчуття щастя і психологічне благополуччя) (Кривоніс, Дмитрієва, Демченко, 2009, с. 83-87<sup>129</sup>).

Вчені вважають, що позитивно впливають на емоційно-вольову регуляцію психофізичного стану (вплив на емоційний стан) такі методи як:

- гумор (сміх позитивно впливає на імунну систему, активізуючи Т-лімфоцити крові; у відповідь на усмішку організм продукуватиме бажані гормони радості; гумор чудово «перезаряджає» негатив);

---

<sup>129</sup> Кривоніс, Т., Дмитрієва, Т., Демченко, М. (2009). Психологічний тренінг, орієнтований на особистість, як засіб лікування синдрому емоційного вигорання. *Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини*. Т.1. (2 (2)). 83-87.

– музика (гармонізації психоемоційного стану найкраще сприяє прослуховування класичної музики);

– спілкування з сім'єю, родичами, друзями, своїми тваринами;

– заняття улюбленою справою, хобі (книжки, фільми, в'язання, садівництво, рибальство, туризм тощо);

– перебування на свіжому повітрі, спілкування з живою природою, яка дає людині відчуття приливу сил, відновлення енергії);

– медитація, візуалізація, аутотренінг (Брецько, 2011, с. 110-120<sup>130</sup>).

Дослідивши основні види ресурсів попередження та подолання синдрому професійного вигорання особистості, подаємо класифікацію найзагальніших видів ресурсів у фахівців інклюзивної освіти (табл. 1.8).

Таблиця 1.8

**Ресурси попередження та подолання синдрому професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти**

<i>Ресурси</i>	<i>Характеристика ресурсів</i>	<i>Шляхи використання ресурсів</i>
Поверхневі	Енергія, сила, зосередженість, цілеспрямованість, хороший апетит.	Ці ресурси досить легко активізуються в стресовій ситуації, відновлюються після відпочинку, повноцінного сну та харчування, психофізичної релаксації. Організм не потрапляє в стан передхвороби.
Глибинні	Фізичне та психічне здоров'я.	Вони мобілізуються шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Їх активізація відбувається, коли особа довго перебуває в стресогенній ситуації, а ці ресурси вичерпані. Повне виснаження цих ресурсів є незворотним і веде до швидкого старіння.
Соціально-психологічні	Сила волі, раціональна віра, мужність, надія.	Сприяють життєвому зростанню, вмінні вирішувати різні життєві ситуації. Розвивають внутрішнє переконання у тому, що існує значна кількість реальних можливостей і потрібно вчасно їх виявити, а також формують асертивну поведінку особистості.

<sup>130</sup> Брецько, І. (2011). Психологічна симптоматика емоційного вигорання особистості. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України* / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. (12). 110-120.

Продовження таблиці 1.8.

Зовнішні	Соціальна підтримка (інституційна, корпоративна, міжособистісна), моральна допомога, співчуття.	Чим ширша соціальна підтримка, тим активніше відбувається протистояння життєвим та робочим стресам. Соціальна підтримка в умовах дії професійного стресу, сприяє переходу дистресу в евстрес – короточасне напруження, яке стимулює роботу всіх систем організму. Відбувається дія позитивних емоцій, натхнення, творчого осяяння. Сприяє збереженню стійкості особистості.
Внутрішні	Самооцінка, стресостійкість, психологічна компетентність, культура.	Визначають конкретні форми адаптивних процесів в стресових ситуаціях, формують життєву стійкість, визначають конструктивні стратегії та моделі подолання стресу. Впливають на життєву позицію, активність особистості, самореалізацію власного потенціалу та здібностей.
Особистісні	Когнітивне, емоційне, поведінкове та соціально-психологічне подолання.	Формування позитивного мислення щодо причин стресу і способів подолання; раціональне осмислення стресових ситуацій і власних можливостей, позитивне мислення. Усвідомлення і прийняття власних почуттів, емоцій, потреб та бажань, оволодіння соціально прийнятними формами прояву почуттів, контроль динаміки переживання. Перебудова поведінки, корекція стратегій і планів, завдань і режимів діяльності.
Поведінкові	Активні та просоціальні моделі поведінки.	Поведінкові ресурси характеризуються такими моделями поведінки: пошук соціальної підтримки та готовність до її прийняття; вміння вирішувати проблемні та важкі ситуації у колективі; асертивність.

Таким чином, за допомогою накопичення та збереження особистих і соціальних ресурсів фахівці інклюзивної освіти можуть ефективно попередити синдром професійного вигорання. Даний синдром не слід вважати неминучим та неподоланим, адже ефективне використання різноманітних ресурсів (поверхневих та глибинних, соціально-психологічних, зовнішніх, внутрішніх особистісних і поведінкових) може попередити, послабити, або виключити його виникнення.

У зв'язку з цим, нами розроблено програму попередження професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти. У процесі розроблення програми виходили з того, що потреба в інформуванні фахівців інклюзивної освіти з проблем професійного вигорання та

заходах щодо попередження цього синдрому є важливими елементами для збереження їх фізичного та психічного здоров'я. Основні дії спрямовувались на розвиток мотиваційно-ціннісної сфери (формування мотивації на засвоєння необхідних знань, умінь та навичок) та практико-орієнтованої сфери (навчання конкретним способам та методам боротьби з синдромом професійного вигорання).

Загальними принципами програми є: системність, особистісний підхід, комплексність під час використання методичних засобів і організаційних прийомів, створення умов для активізації та гуманізації спілкування і взаємодії між працівниками (Думанська, 2010, с. 3-6<sup>131</sup>).

**Мета** програми передбачає підвищення рівня поінформованості фахівців інклюзивної освіти та усвідомлення ними важливості проблеми професійного вигорання, а також розвиток необхідних умінь та навичок щодо попередження даного синдрому.

Програма попередження професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти передбачає вирішення таких **завдань**:

- здійснення інформаційно-пропагандистської роботи серед фахівців інклюзивної освіти з метою розкриття основних елементів синдрому професійного вигорання;

- формування у фахівців інклюзивної освіти об'єктивного ставлення до себе, відповідальності за своє життя та здоров'я, а також розвиток їх самостійності, активності і створення умов для розвитку творчого потенціалу;

- створення необхідних умов для отримання знань, умінь та навичок щодо попередження синдрому професійного вигорання.

Програма попередження професійного вигорання складається із п'яти **етапів**:

- діагностика рівня схильності фахівців інклюзивної освіти до синдрому професійного вигорання;

---

<sup>131</sup> Думанська, Г. (2010). Синдром емоційного вигорання у педагогів: інтерактивна профілактична програма. *Психолог. Шкільний світ*, (45). 3-6.

– визначення результатів діагностичного дослідження, формулювання висновків та розробка плану дій щодо попередження синдрому професійного вигорання;

– реалізація програми попередження професійного вигорання фахівців інклюзивної освіти;

– здійснення контролю та оцінка процесу реалізації програми;

– повторна діагностика щодо виявлення позитивних змін.

подаємо аналіз кожного із вищезазначених етапів.

*Перший етап* програми передбачає діагностику існуючої ситуації та соціально-організаційну роботу щодо даної проблеми, у тому числі визначення кола соціальних показників (визначення цільових груп та потреб інклюзивно-ресурсного центру щодо попередження синдрому професійного вигорання; визначення пріоритетних каналів інформації для її проведення, а також залучення соціальних партнерів), визначення ресурсів, які орієнтовно можуть бути задіяні в програмі попередження та цільове орієнтування програми загалом.

*Другий етап* програми передбачає діяльність суб'єктів щодо попередження синдрому професійного вигорання орієнтовану та формування у фахівців інклюзивної освіти необхідних знань з даної проблеми. Діяльність спрямована на те, щоб у фахівців розвивались необхідні внутрішні ресурси, а саме: формувалась позитивна Я-концепція, віра у власні сили та можливості, впевненість в собі, почуття власної значущості тощо. Розвиток даних ресурсів сприяє досягненню кожним фахівцем внутрішньої гармонії, формуванню адаптивних навичок та стресостійкості, що в кінцевому результаті позитивно впливає на його фізичне та психічне здоров'я, протидію синдрому професійного вигорання.

Для ефективного попередження синдрому професійного вигорання необхідною умовою є комплексна дія інформаційних та практико-орієнтованих заходів, саме тому друга частина програми передбачає формування плану дій щодо попередження синдрому професійного вигорання, які включають розробку циклу тренінгових занять. Очевидно, що будь-яка інформація щодо проблеми професійного вигорання буде сприяти підвищенню знань фахівців, відповідно й попередженню виникнення та розвитку основних компонентів синдрому.

*Метою третього етапу* є реалізація конкретних практико-орієнтованих заходів щодо осіб у яких виявлено синдром професійного вигорання з ціллю усунення основних симптомів і ознак та запобігання рецидиву даного явища. Основна діяльність на даному етапі роботи передбачає виявлення причин, особливостей поведінки і свідомості працівника, які призвели до виникнення синдрому професійного вигорання, усунення даних причин за допомогою реалізації комплексу тренінгових занять які сприяють підвищенню різноманітних ресурсів людини, а також навчають правильній поведінці під час особистісних та організаційно-трудових стресів. Даний вид роботи здійснюється водночас із соціальною профілактикою та соціальним супроводом.

Робота щодо попередження синдрому професійного вигорання спрямована на зняття психоемоційного напруження, яке виникає через емоційно-навантажену професійну діяльність. Існує декілька загальних напрямів роботи щодо вирішення даної проблеми, одним з них є формування навичок і вмінь ефективної саморегуляції та навчання різноманітним технікам розслаблення чи контролю власного фізичного та психічного стану, підвищення стресостійкості тощо. Інший напрям передбачає розвиток комунікативних навичок (вербального та невербального спілкування), що необхідні для встановлення конструктивних взаємозв'язків із колегами та дітьми з особливими освітніми потребами. Останнім напрямом роботи є зменшення негативного впливу різноманітних професійних і особистісних чинників, що сприяють синдрому професійного вигорання.

*Четвертий етап* виконує функцію контролю та оцінки ефективності реалізації програми попередження професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти. Проводиться аналіз отриманих результатів реалізації програми. Для перевірки ефективності проведених заходів застосовуються метод включеного та невключеного спостереження, моніторинг діяльності фахівців інклюзивної освіти.

*П'ятий (завершальний) етап* програми щодо попередження синдрому професійного вигорання, передбачає проведення повторної діагностики з метою виявлення позитивних результатів.

Зауважимо, що система консультацій, семінарів і тренінгів – це цілеспрямована профілактика професійного вигорання, діагностика наявних психічних станів, підбір дієвих психологічних прийомів, які може використовувати самостійно кожен фахівець, допомагати друзям та знайомим.

Профілактичні та реабілітаційні заходи щодо попередження та подолання професійного вигорання особистості повинні сприяти обмеженню дії чинників стресу: зняття психічної напруги; підвищення професійної мотивації; вирівнювання балансу між витраченими зусиллями, матеріальною, моральною винагородою і соціальним схваленням.

З метою попередження професійного вигорання фахівців інклюзивної освіти пропонуємо виконання низки рекомендацій:

- визначення короткострокових і довгострокових цілей;
- професійний розвиток і самовдосконалення, вивчення досвіду успішних фахівців;
- створення можливостей для творчого зростання;
- уникнення непотрібної конкуренції;
- організація робочих пауз для емоційного, психологічного розвантаження;
- оволодіння вміннями і навичками саморегуляції психічних станів, навчання прийомам релаксації;
- емоційне спілкування, фізична активність і здоровий спосіб життя;
- оволодіння вміннями і навичками рівномірного розподілу професійних навантажень, швидке перевлаштування з одного виду діяльності на іншій;
- відпочинок від роботи та інших навантажень, оптимізація режиму праці та відпочинку;
- сформованість умінь адекватно розподіляти обов'язки у професійному та приватному житті, не поширювати професійну діяльність на життя у сімейному чи родинному колі, взаємодію із друзями;
- здатність формувати і підтримувати в собі позитивні, оптимістичні установки і цінності щодо себе та інших людей;
- підвищення рівня заробітної плати;

- позитивний морально-психологічний клімат в колективі, хороші взаємини між співробітниками;
- високий рівень відповідальності за професійну діяльність;
- прищеплювання навичок конструктивних (успішних) моделей доцільної поведінки.

Якщо виникає загроза професійного вигорання, психологу та керівнику закладу необхідно зважати на індивідуально-психологічні характеристики працівників; вивчити, забезпечувати та підтримувати психологічний комфорт у колективі; вдосконалювати і покращувати умови праці та відпочинку фахівців; вивчити характер професійних деформацій та особливості спілкування у професійній групі, переважаючи мотиви професійної діяльності; підтримувати колективний дух командної роботи; ефективно розподіляти пріоритетні завдання, робочий час і навантаження; розробляти систему критеріїв оцінки продуктивності праці працівників та їх винагороди.

Отже, пропонуємо загальні рекомендації щодо попередження синдрому професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти:

- впровадження довготривалих діагностичних заходів (моніторингу) для визначення групи ризику серед трудового колективу;

- розроблення постійно діючого циклу тренінгових занять щодо превенції професійного вигорання фахівців інклюзивної освіти, який спрямовувався б на підвищення їх компетентності з питань збереження власного фізичного та психічного здоров'я.

Таким чином, на основі проведеного теоретичного аналізу наукових праць проблеми професійного вигорання уточнено його основний зміст: це стан, який визначається повільною втратою фахівцем життєвого тону під впливом професійних стресів, що проявляються у хронічній перевтомі, деперсоналізації, редукції професійних досягнень та загальному виснаженні. Професійна діяльність фахівців інклюзивної освіти зумовлена безліччю чинників ризику професійного вигорання: характер професії вимагає значних емоційних затрат, підвищеної відповідальності за життя й здоров'я дітей, самовідданості; щоденне психічне перевантаження; дисбаланс



між зусиллями, матеріальною й моральною винагородою; винятково «жіночий характер» професії.

Високий творчий потенціал фахівця інклюзивної освіти позитивно корелює із задоволеністю власними досягненнями, внутрішньою та зовнішньою підтримкою, професійним спілкуванням, діловою активністю, самоконтролем, оптимістичністю, негативно – із напруженістю та негативними емоціями. Фахівці з високим творчим потенціалом частіше застосовують різні ефективні копінг-стратегії, які допомагають їм протистояти стресу та синдрому професійного вигорання. Розвиток творчого потенціалу у професійній діяльності є вагомим показником формування професіоналізму та попередження професійного вигорання.

Завдяки накопиченню та збереженню особистих і соціальних ресурсів фахівці інклюзивної освіти можуть ефективно попередити синдром професійного вигорання. Використання різноманітних ресурсів може послабити або виключити його виникнення. Вирішення цієї проблеми залежить від зусиль особистості фахівця, мобілізації ресурсів, якими він володіє безпосередньо чи опосередковано.

Важливим елементом збереження фізичного та психічного здоров'я фахівців інклюзивної освіти є вчасне їх інформування щодо проблем професійного вигорання та заходах його попередження. Розроблена нами програма попередження професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти спрямована на розвиток мотиваційно-ціннісної та практико-орієнтованої сфер.

Подано конкретні та загальні рекомендації щодо попередження синдрому професійного вигорання у фахівців інклюзивної освіти.

Подальші перспективи дослідження вбачаємо у вияві та дослідженні впливу фактору професійної компетентності з метою професійного самозбереження фахівця та подолання негативних тенденцій професійного вигорання.

## **1.4. Сучасні підходи до збереження і зміцнення професійного здоров'я фахівців інклюзивної освіти**

Здоров'я – це глобальна проблема і водночас дуже складне явище. Феномен здоров'я досліджується у філософському, медико-біологічному, психологічному, соціально-педагогічному, психоенергетичному, акмеологічному аспектах. Поняття «здоров'я» означає гармонійну взаємодію всіх органів і систем людини при її фізичній досконалості і нормальній психіці, що забезпечує оптимальне функціонування у різних сферах життя.

Стан здоров'я людини є однією з передумов самореалізації особистості, її досягнень у професійній діяльності. Стосовно виконання людиною професійної діяльності виокремлюють поняття «професійне здоров'я», яке є інтегральним складником загального здоров'я й охоплює всі його аспекти. Професійне здоров'я є детермінантою професійної придатності, важливою умовою ефективності педагогічної діяльності і стабільності результатів праці, показником якості професійного життя та індикатором самоефективності його особистості.

Фахівець інклюзивної освіти у професійному плані є представником групи ризику. Підвищена відповідальність, високий рівень нервово-емоційного напруження, значна кількість стресових ситуацій, особливий контингент вихованців, постійне проникнення у їх труднощі щодо навчання і соціалізації в суспільстві та проблеми батьків цих дітей, необхідність надання їм допомоги та підтримки – всі ці та інші чинники позначаються на здоров'ї фахівця з інклюзивної освіти. Ці чинники часто є причиною погіршення як фізичного, так і психологічного самопочуття, появи емоційного вигорання, професійних деформацій, професійних деструкцій, виникнення дисгармоній особистості фахівця та різних захворювань.

Крім цього, від стану професійного здоров'я фахівця інклюзивної освіти значною мірою залежить стан здоров'я вихованців, якість наданої ним соціально-педагогічної допомоги, створення оптимальних умов для їх успішної адаптації в соціумі. Неблагополуччя у професійному здоров'ї педагога є причиною

емоційного дискомфорту учнів, появи дидактогеній, психосоматичних розладів їх здоров'я тощо.

Поняття «професійне здоров'я» ми визначаємо «як інтегральну характеристику функціонального стану організму, глобальний психічний стан особистості, для якого характерна динамічна гармонійність внутрішніх переживань і пов'язані з цим ефективність та успішність професійної діяльності, здатність протистояти негативним чинникам, що супроводжують цю діяльність» (Мешко, 2018, с. 61<sup>132</sup>).

Системотвірним складником професійного здоров'я є психічне здоров'я, яке відображає стан інтелектуально-емоційної сфери фахівця, забезпечує його адекватну поведінкову реакцію і є основою для його більш високого рівня – психологічного здоров'я. Сутність психологічного здоров'я полягає у здатності повноцінно розвиватися, бути суб'єктом власної життєдіяльності. Психологічне здоров'я пов'язане зі стійкістю до стресу, гармонійністю і духовністю особистості, робить особистість самодостатньою. Його стрижнем є суб'єктність особистості, яка характеризується розумінням себе та інших, здатністю визначати життєві пріоритети, спрямовувати активність відповідно до власних потреб та інтересів, свідомим і відповідальним ставленням до свого життя.

Фахівець «вважається здоровим, якщо у нього гармонійно розвиваються потенційні фізичні і творчі сили, що роблять його компетентним, працездатним й активним суб'єктом життя і професійної діяльності. Для таких педагогів характерні: психічна рівновага, високий рівень адаптації, гармонійні взаємини з оточенням, цілеспрямованість, плановість і впорядкованість дій, упевненість у собі, почуття професійного обов'язку, відповідальність, асертивність, оптимізм, адекватна самооцінка, адекватний рівень домагань, конгруентність, креативність, критичність мислення, пріоритет духовних цінностей, автономність, внутрішня узгодженість» (Мешко, 2018, с. 57<sup>133</sup>).

---

<sup>132</sup> Мешко, Г. М. (2018). Теорія і практика підготовки майбутніх учителів до збереження і зміцнення професійного здоров'я: монографія. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка. 438 с.

<sup>133</sup> Мешко, Г. М. (2018). Теорія і практика підготовки майбутніх учителів до збереження і зміцнення професійного здоров'я: монографія. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка. 438 с.

Здоров'я фахівця не є сталим упродовж усієї професійної діяльності. Тому актуальною є проблема забезпечення його професійного здоров'я, а також цілеспрямованої підготовки майбутніх фахівців з інклюзивної освіти до здоров'ятворчої діяльності на етапі навчання у закладі вищої освіти.

Забезпечення професійного здоров'я передбачає його збереження і зміцнення, а також відновлення, тобто повернення втраченого потенціалу. Комплексна програма забезпечення професійного здоров'я фахівців з інклюзивної освіти повинна передбачати: профілактико-превентивні заходи, забезпечення оптимальних умов праці, дотримання здорового (розумного) способу життя, реабілітацію (самореабілітацію), відновлення професійного здоров'я. Ці заходи щодо забезпечення професійного здоров'я педагогів мають спрямовуватися на зниження рівня тривожності і професійного стресу; профілактику виникнення емоційного вигорання; корекцію професійних деформацій та деструкцій.

На етапі професійної підготовки важливим є цілеспрямований вплив на особистість здобувача вищої освіти для збагачення досвіду здорового (розумного) способу життя, формування рис і якостей, які впливають на стан професійного здоров'я і визначають його, формування професійної стресостійкості та сприяння у виборі оптимальної стратегії збереження і зміцнення професійного здоров'я.

Тому важливо виявити і проаналізувати підходи до забезпечення професійного здоров'я фахівців з інклюзивної освіти, визначити психолого-педагогічні засоби профілактики й подолання професійного стресу і попередження професійного вигорання.

У практиці забезпечення професійного здоров'я працівників наявні два підходи: 1) забезпечення оптимальних умов праці; 2) забезпечення компенсації можливих випадків порушення здоров'я та його відновлення. Для забезпечення професійного здоров'я розробляються заходи, які спрямовані як на запобігання або усунення порушень в організмі, що виникають у процесі професійної діяльності, так і на розширення функціональних резервів організму працівника. Найбільш поширеними й ефективними засобами цієї групи є оздоровча фізкультура, раціональне харчування, зведення до мінімуму шкідливих звичок.

У контексті дослідження проблеми забезпечення професійного здоров'я важливою є психологічна підтримка діяльності, тобто заданий вплив на людину для забезпечення її діяльності, переводу суб'єктивних переживань, які супроводжують її, з негативного в позитивний аспект, у результаті чого можна очікувати підвищення ефективності (Смірнов & Долгополова, 2007, с. 153<sup>134</sup>). Психопрофілактичні заходи можуть мати як колективний, так й індивідуальний характер. Спектр психопрофілактичних заходів досить широкий: створення кімнат психологічного розвантаження, використання функціональної музики, заняття арт-терапією, проведення психологічних тренінгів у центрах професійного розвитку, центрах психологічного і педагогічного консультування. Основна увага зосереджується на оволодіння техніками психічної саморегуляції та управління функціональним станом фахівця. Для покращення здоров'я педагогів пропонується використання флоро-, музико-, кольоро-, фіто-, аромотерапії.

Дуже актуальною є проблема управління стресами на роботі. Виокремлюють три парадигми щодо управління стресами на роботі: організаційна, медична і психологічна (Водопьянова & Старченкова, 2008<sup>135</sup>). Організаційна парадигма передбачає заходи, спрямовані на оптимізацію робочих навантажень, зниження стресогенності робочого середовища і формування організаційної культури. У межах медичної парадигми визначено терапевтичні і профілактичні методи для конкретної людини (надання терапевтичної допомоги і лікування професійних хвороб стресогенної етіології). У психологічній парадигмі заходи спрямовуються на:

1) психопрофілактику стресу, підвищення рівня стресостійкості, корекцію неконструктивних копінг-стратегій (уникання, маніпулювання, асоціальні й агресивні дії) і формування конструктивних стратегій поведінки (асертивна поведінка, навички соціальної взаємодії);

---

<sup>134</sup> Смирнов, Б. А., & Долгополова, Е. В. (2007). Психология деятельности в экстремальных ситуациях (2-е изд.). Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр. 276 с.

<sup>135</sup> Водопьянова, Н. Е., & Старченкова, Е. С. (2008). Синдром выгорания: диагностика и профилактика (2-е изд.). СПб.: Питер. 336 с.

2) власне психологічну допомогу в подоланні негативних наслідків професійного стресу, професійних деформацій і професійного вигорання, підвищенні рівня резильєнтності.

Подолання професійного стресу у психологічній літературі представлено як оперативне і превентивне реагування на стресову ситуацію. Оперативне подолання стресу визначено як засвоєння поведінки, яка позбавляє від стресу, превентивне подолання – як формування поведінки, яка сприяє уникненню появи стресу.

Діяльність із профілактики і подолання професійного стресу передбачає: 1) спеціальні заходи закладів освіти із забезпечення професійного здоров'я; 2) спеціальну допомогу психологічної служби закладу освіти; 3) самодопомогу, що передбачає володіння прийомами саморегуляції, конструктивними копінг-стратегіями, а також готовність до самореабілітації.

У науковій літературі виокремлено два основні напрями профілактичної і реабілітаційної роботи: 1) профілактичні засоби – навчання соціальним (комунікативним) умінням, навичкам самоуправління і самовладання, засвоєння конструктивних моделей поведінки подолання; 2) реабілітація осіб, що вже «згоріли» – відновлення психоенергетичного потенціалу, актуалізація особистісних ресурсів, набуття смислу професійної діяльності і життя, зміцнення віри в свої сили (Водопьянова & Старченкова, 2008, с. 159<sup>136</sup>).

Серед психопрофілактичних заходів індивідуального характеру немаловажне значення для збереження і зміцнення професійного здоров'я мають психологічні методи, психотехнології самооздоровлення (системи оздоровлення М. Норбекова, метод Х. Сільва, метод словесно-образно-емоційно-вольового управління станом людини Г. Ситіна, метод самонавіювання за Е. Куе, система оздоровлення та зцілення з допомогою рейкі, розроблений М. Дьяконовим цикл вправ для відновлення ресурсів особистості, антистрестехнології тощо). В основі цих систем лежить ідея, що змінивши мислення, можна набути душевної рівноваги, досягти професійного довголіття, навіть вилікувати багато хвороб.

---

<sup>136</sup> Водопьянова, Н. Е., & Старченкова, Е. С. (2008). Синдром выгорания: диагностика и профилактика (2-е изд.). СПб.: Питер. 336 с.

Важливими в означеному контексті є техніки «творчої візуалізації», афірмації, прощення усіх і себе, методики формування саногенного мислення.

У науці є низка досліджень проблеми ортобіозу особистості, під яким розуміють психічне здоров'я людини, здоровий спосіб її душевного життя. Розумний спосіб життя – це самоорганізація життя особистості на принципах екології, оптимізму та позитивної активності. Л. Макарова та Й. Гах виокремлюють такі основні шляхи гармонізації та удосконалення особистості на принципах ортобіотики: розумна організація та діяльності; оволодіння саногенним мисленням; оволодіння практичними знаннями і навичками психології активності та саморегуляції (Макарова & Гах, 2005, с. 93-100<sup>137</sup>).

Для гармонізації особистості педагога, забезпечення професійного здоров'я М. Генсон (2002) пропонує виробити три антистресові навички: фізична релаксація, самоорганізація та керування стилем свого життя. Для покращення здоров'я важливими є: «зміна стилю життя (чи середовища, яке є джерелом стресу), зміна режиму роботи, харчування, життєвих подій; оцінка власної особистості, що стосується значення, яке надається подіям, очікуванням від інших людей і життя» (Генсон, 2002, с. 304<sup>138</sup>).

У науковій літературі є багато досліджень, присвячених проблемі професійного вигорання педагогів. Н. Булатевич умовно поділяє запропоновані вченими різноманітні підходи з надання суто професійної допомоги стосовно вигорання на дві групи. В першу групу об'єднані методи профілактики і подолання професійного вигорання, які в системі поглядів окремих науковців об'єднані певним теоретичним конструктом (етіологічні чинники виникнення вигорання і чинники, що протистоять вигоранню). До другої групи належать ті, які поєднують техніки подолання стресу на роботі, і деякі техніки, спрямовані на профілактику власне явища професійного вигорання (Булатевич, 2006, с 318-319<sup>139</sup>).

---

<sup>137</sup> Макарова, Л. І., & Гах, Й. М. (2005). *Основи психології і педагогіки: навчальний посібник*. Київ: Центр навчальної літератури. 116 с.

<sup>138</sup> Генсон, М. Е. (2002). *Керування освітою та організаційна поведінка* (Пер. з англ. Х. Проців). Львів: Літопис. 384 с.

<sup>139</sup> Булатевич, Н. М. (2006). *Синдром емоційного вигорання педагога: проблема профілактики і подолання*. Тенденції розвитку психології в Україні: Історія та сучасність: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Київ: Либідь. С. 318-323.

У цьому контексті актуальними є сучасні науково обґрунтовані системи психологічної саморегуляції, які може опанувати кожен фахівець з інклюзивної освіти: нервово-м'язева релаксація, аутогенне тренування, ідеомоторне тренування, прийоми репродукування образів. Як додаткові прийоми, що посилюють вплив саморегуляції, можна використовувати сугестію, світломузичний вплив, різні види виробничої гімнастики (Смірнов & Долгополова, 2007, с. 160<sup>140</sup>). Опанування особистою психотехнікою допомагає уникати надмірних стресів, сприяє підвищенню рівня професійної стресостійкості.

Для збереження і зміцнення професійного здоров'я фахівців з інклюзивної освіти доцільно використовувати різні методи і форми психокорекції та психологічного навчання: психологічні, психотехнічні ігри, тренінги особистісного і професійного зростання, тренінги міжособистісної взаємодії, тренінги подолання конфліктів, комунікативні тренінги, антистрестренінги, тренінги антивигорання. Участь у тренінгах сприяє пізнанню своїх сильних і слабких сторін, поступовому усуненню невротичних компонентів власного внутрішнього світу, конструктивній зміні поведінки, узгодженню інтегральних якостей особистості, полегшує подолання труднощів професійної діяльності і вирішення складних ситуацій професійної взаємодії.

В останні роки з'явилося багато праць, присвячених попередженню виникнення професійного стресу, формуванню стресостійкості і резильєнтності працівників. Фахівцю з інклюзивної освіти потрібне те, що дає психологічну силу втриматися і встояти перед викликами сучасного суспільства й модернізації освітньої галузі, конструктивно долати професійні труднощі, відновлюватися після стресу.

Стресостійкість забезпечує успішність подолання професійного стресу. Від стресостійкості залежить те, як довго працівник зможе перебувати в дискомфортних умовах без шкоди для здоров'я. Стресостійкість допомагає фахівцю оберігати свою особистість від дезінтеграції, різноманітних розладів, створює основу для

---

<sup>140</sup> Смирнов, Б. А., & Долгополова, Е. В. (2007). Психология деятельности в экстремальных ситуациях (2-е изд.). Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр. 276 с.



внутрішньої гармонії, високої працездатності, визначає стан його професійного здоров'я (Мешко та ін., 2020<sup>141</sup>).

Резильєнтність – це здатність людини впоратися зі складними життєвими подіями та відновлюватися після труднощів чи стресу (Божик, 2020<sup>142</sup>). Резильєнтність означає здатність зберігати стійкість під впливом зовнішніх і внутрішніх загроз, не втрачаючи темпів розвитку (Хамініч, 2016<sup>143</sup>), передбачає позитивну адаптацію в контексті значних негараздів (Fletcher & Sarkar, 2013<sup>144</sup>), дає змогу долати негативні наслідки зіткнення з несприятливими обставинами та серйозними професійними труднощами, запобігати деструктивній поведінці.

Отже, від рівня стресостійкості залежить те, наскільки легко фахівець може впоратися зі стресом, а від резильєнтності – те, як швидко він зможе повернутися у форму після стресу і як довго зможе утримувати позитивне психологічне налаштування. Тому важливо розвивати і стресостійкість, і резильєнтність одночасно, в єдності. Бо фахівець зможе швидко впоратися зі стресором, але довго «відходитиме». Або швидко відновлюватися після стресу, але при зустрічі з новим стресором знову переживати деструктивний сплеск емоцій (Кравець та ін., 2021<sup>145</sup>).

Підвищення рівня стресостійкості пов'язане з пошуком ресурсів, що допомагають фахівцю у подоланні негативних наслідків стресових ситуацій. У науковій літературі виокремлюють такі ресурси збереження психологічної стійкості особистості працівника: соціально-психологічний ресурс (позитивне соціальне оточення); психологічна освіченість і психологічна культура особистості;

---

<sup>141</sup> Meshko, H., Meshko, O., Drobyk, N., & Mikheienko, O. (2020, May 20-22). *Psycho-pedagogical training as a mean of forming the occupational stress resistance of future teachers*. E3S Web of Conferences, 166 (2020), Article 10023. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202016610023>

<sup>142</sup> Божик, С. (2020, 7 серпня). Як плекати у собі резильєнтність та чому це важливо? *Fizis: Психологічна грамотність. Стиль життя*. <https://fizis.net/psychologichna-gramotnist/iak-plekaty-u-sobi-rezylentnist-ta-chomu-tse-vazhlyvo>

<sup>143</sup> Хамініч, О. М. (2016). Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або резильєнтність? *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: психологічні науки*, 6 (2), 160-165.

<sup>144</sup> Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Review of Psychological Resilience. *European Psychologist*, 18, 12-23. <https://www.researchgate.net/publication/263651506>

<sup>145</sup> Kravets, V., Meshko, H., Meshko, O., Leskiw, A., & Habrusieva, N. (2021, 25 March). *Development of Future Managers' Resilience as a Condition for Efficiency and Reliability of Management Activities*. SHS Web of Conferences, 100 (2021), Article 02003. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202110002003>

особистісні ресурси (активна мотивація подолання стресу, сила Я-концепції, самоповага, самоефективність (тобто оцінка власних можливостей успішно працювати і уявлення про власний рівень успішності подолання стресу), емоційно-вольові якості, позитивність і раціональність мислення, стан здоров'я і ставлення до нього як до самоцінності тощо); інформаційні та інструментальні ресурси (здатність контролювати ситуацію, здатність до адаптації, інтерактивні техніки змінювання себе і навколишньої ситуації тощо); матеріальні ресурси (стабільність оплати праці, рівень матеріального доходу, безпека життя тощо); характер і способи подолання стрес-ситуацій (Корольчук & Крайнюк, 2006<sup>146</sup>). При цьому індивідуальна стійкість до стресу детермінується певним симптомокомплексом особистісних якостей, які визначають особливості індивідуальних способів подолання стресових ситуацій.

В означеному контексті науковий інтерес представляють тренінг розвитку стресостійкості фахівців (Дубчак, 2017<sup>147</sup>); тренінг антивигорання (Зайчикова, 2008<sup>148</sup>); тренінгові програми підвищення рівня професійної стресостійкості спеціальних педагогів, за авторством Н. Цибуляк<sup>149</sup> (2019), а також розроблені групами зарубіжних учених E. Kiel, U. Heimlich, R. Markowitz, A. Braun and, S. Weib (Kiel and other, 2016<sup>150</sup>), C.M. Kokkinos, A.M. Davazoglou (Kokkinos and other, 2009<sup>151</sup>) та ін.

Учені зосереджують увагу на діагностиці загального рівня резильєнтності, виявленні захисних (резильєнтних) чинників і

---

<sup>146</sup> Корольчук, М. С., & Крайнюк, В. М. (2006). Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навчальний посібник. Київ: Ніко-Центр. 580 с.

<sup>147</sup> Дубчак, Г. М. (2017). Психологічні основи професійної стресостійкості майбутніх фахівців. Київ: Талком. 321 с.

<sup>148</sup> Зайчикова, Т. В. (2008). Профілактика та подолання стресів як умова підтримки психологічного здоров'я працівників організацій. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка: збірник наукових праць*, (3), 135-137.

<sup>149</sup> Цибуляк, Н. Ю. (2019). Професійна стресостійкість спеціального педагога. *Науковий вісник Херсонського університету. Серія: Психологічні науки*, 4, 266-274. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-4-35>

<sup>150</sup> Kiel, E., Heimlich, U., Markowitz, R., Braun, A. & Weib, S. (2016). How to cope with stress in special needs education? Stress-inducing dysfunctional cognitions of teacher students: the perspective of professionalization. *European Journal of Special Needs Education*, 31(2), 202-219. <https://doi.org/10.1080/08856257.2015.1125693>

<sup>151</sup> Kokkinos, C. M., Davazoglou, A. M. (2009). Special education teachers under stress: Evidence from a Greek national study. *Educational Psychology*, 29(4), 407-424. <https://doi.org/10.1080/01443410902971492>

ресурсів, розробленні психотехнік розвитку та розбудови резильєнтних якостей особистості. Більшість психотехнологій ґрунтуються на поєднанні різних психотерапевтичних методів і методик (Лазос, 2019<sup>152</sup>). Сучасні психотехнології резильєнтності містять духовні практики, фізичні процедури, рекомендації щодо збереження і зміцнення здоров'я тощо. Технології соціально-психологічної резильєнтності ще не дуже активно впроваджуються у діяльність із забезпечення професійного здоров'я фахівців з інклюзивної освіти для формування вмінь виходу з кризових ситуацій з найменшими емоційними чи психологічними втратами.

Одним із ресурсів стресостійкості і резильєнтності є оволодіння фахівцем саногенним типом мислення. У психологічній літературі саногенне мислення визначається як технологія психологічної культури саморегуляції та психологічної підтримки професійного здоров'я фахівців системи «людина-людина». Саногенне мислення охоплює професійно-значущі складники: психогігієнічний складник (психогігієнічне мислення) та суто психологічний складник (позитивне мислення, що тісно пов'язане з прийняттям себе та інших, позитивністю Я-концепції (Пов'якель, 2009, с. 296<sup>153</sup>). Саногенне мислення сприяє усуненню застарілих образ та оздоровленню психіки, зменшує внутрішній конфлікт і напруження, попереджує захворювання.

У контексті нашого дослідження заслуговує на увагу підхід О. Марковець<sup>154</sup> (2003) щодо попередження виникнення професійних стресів у майбутніх педагогів. Теоретико-методологічною основою означеного дослідження, яке спрямоване на попередження професійного стресу, є раціонально-емотивний підхід, згідно з яким розлади в емоційній сфері є результатом порушень у когнітивній сфері. Головною метою цього підходу є встановлення та усунення системи патогенних інтерпретацій, які спричиняють порушення

---

<sup>152</sup> Лазос, Г. П. (2019). Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2-3 (17), 77-89. <https://doi.org/10.31108/2.2019.3.17.9>

<sup>153</sup> Пов'якель, Н. І. (Ред.) (2009). *Практична психологія в системі вищої освіти: теорія, результати досліджень, технології: монографія*. Київ: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. 376 с.

<sup>154</sup> Марковець, О. Л. (2003). Профілактика виникнення професійного стресу у майбутніх учителів. *Наукові записки: Збірник наукових статей Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*, 52, 87-91. <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/17046>

емоційних і поведінкових реакцій. Тому виправлення способів мислення, позбавлення від ірраціональних ідей, навчання позитивному мисленню є завданням раціонально-емотивного підходу. Ці положення та ідеї лягли в основу цілеспрямованої підготовки майбутніх фахівців з інклюзивної освіти до збереження і зміцнення професійного здоров'я.

Для нашого дослідження важливими є визначені в акмеологічній корекції поведінки психологічні умови підтримання і зміцнення професійного здоров'я: активізація внутріособистісних процесів, активізація діалектичного мислення, психолого-акмеологічна підтримка самоорганізації особистості (Гладкова & Пожарський, 2000<sup>155</sup>).

З урахуванням вищезазначеного, превентивні заходи щодо збереження і зміцнення професійного здоров'я фахівців з інклюзивної освіти повинні охоплювати: підвищення рівня їх професійної стресостійкості; профілактику появи професійних деформацій, деструкцій, професійного вигорання; оволодіння прийомами саморегуляції емоційно-вольової сфери і самокорекції професійних деформацій; створення здоров'язбережувального, психологічно безпечного середовища в закладі освіти; постійне підвищення потенціалу фахівців через навчання, самоосвіту, участь у тренінгах професійного росту, тренінгах антивигорання, антистрестренінгах; супервізію в педагогічній діяльності; профілактику професійної дезадаптації початківців; розумну організацію праці педагога.

Заходи зі збереження і зміцнення професійного здоров'я мають спрямовуватися на створення умов для самореалізації, психологічний супровід успішної професіоналізації особистості фахівця (від «вступу» в професію до «виходу» з неї). Тому актуальною є проблема підготовки майбутніх фахівців з інклюзивної освіти до здоров'ятворчої діяльності.

На підготовку майбутніх фахівців з інклюзивної освіти до збереження і зміцнення професійного здоров'я спеціально орієнтований розроблений нами курс «Основи професійного здоров'я». Курс «Основи професійного здоров'я» спрямований на формування ставлення до свого здоров'я як до необхідної умови

---

<sup>155</sup> Гладкова, В.М., & Пожарський, С. Д. (2007). Основи акмеології. Львів: Новий Світ. 320 с.

успішного здійснення професійної діяльності, усвідомлення магістрантами значимості професійного здоров'я для здоров'язбережувальної спрямованості педагогічної діяльності, визначення майбутніми фахівцями власної відповідальності й активної ролі у збереженні і зміцненні власного професійного здоров'я і здоров'я дітей з особливими освітніми потребами.

Метою викладання навчальної дисципліни «Основи професійного здоров'я» є: сприяння у виборі оптимальної стратегії збереження і зміцнення професійного здоров'я, підвищення рівня професійної стресостійкості та резильєнтності, розвиток компетентності здоров'язбереження магістрантів.

Зміст дисциплін «Основи професійного здоров'я» ґрунтується на класичних філософських, психологічних, педагогічних, медичних, соціологічних, духовних концепціях із проблем збереження і зміцнення здоров'я людини, а також даних наукових досліджень у галузі психоенергетики, психосоматики, психології праці, психопедагогіки, ортобіотики.

Курс «Основи професійного здоров'я» розрахований на 4 кредити ЄКТС й охоплює два змістовні модулі: «Професійне здоров'я як умова ефективності педагогічного процесу» і «Шляхи та засоби збереження і зміцнення професійного здоров'я. Основи професійної самореабілітації». Програмою курсу передбачено вивчення таких тем: «Професійне здоров'я педагога як важлива умова ефективності педагогічної діяльності»; «Чинники професійного здоров'я»; «Вплив професії на здоров'я фахівця». Професійні кризи. Професійні деформації і деструкції особистості, шляхи їх попередження і усунення»; «Професійний стрес. Професійне вигорання»; «Стресменеджмент в педагогічній діяльності. Методи формування професійної стресостійкості»; «Ортобіотика у професійній діяльності»; «Гармонія особистості педагога і його професійне здоров'я»; «Технології збереження професійного здоров'я. Професійна самореабілітація. Психотехнології самооздоровлення».

Зміст курсу розкриває сутність, критерії і чинники професійного здоров'я; знайомить з основами стресменеджменту в професійній діяльності, сучасними оздоровчими технологіями, психотехнологіями самооздоровлення; сприяє попередженню виникнення професійних

деформацій, емоційного вигорання, формуванню, готовності до професійної самореабілітації.

Вивчення навчальної дисципліни «Професійне здоров'я» передбачає забезпечення досягнення здобувачами вищої освіти таких результатів навчання:

- здатність здійснювати теоретичний аналіз проблеми здоров'язбереження; здатність аналізувати професійне здоров'я як системну категорію, як інтегральну характеристику особистості фахівця; уміння діагностувати стан власного професійного здоров'я;

- знання чинників професійного здоров'я, особливостей впливу педагогічної діяльності на професійне здоров'я фахівця (емоційне вигорання, професійні деформації, професійні деструкції, особистісні дисгармонії);

- знання ознак, компонентів, ступенів стресу, джерел, видів і наслідків професійного стресу; головних компонентів, чинників професійного вигорання; способів профілактики професійного вигорання; уміння протистояти професійному вигоранню;

- знання ефективних способів і ресурсів стресостійкості, методів оптимізації рівня стресу; здатність продуктивно функціонувати в стресогенних ситуаціях професійної діяльності; уміння протистояти професійному стресу;

- знання способів і шляхів гармонізації особистості на засадах ортобіотики; уміння дотримуватися правил і норм розумного способу життя;

- знання шляхів і засобів збереження і зміцнення професійно здоров'я; уміння самостійно проєктувати програму збереження і зміцнення професійного здоров'я; здатність вибирати оптимальну стратегію здоров'язбереження; уміння застосовувати антистрестехнології, психотехнології самооздоровлення і технології професійної самореабілітації;

- володіння сучасними здоров'язбережувальними педагогічними технологіями; технологією формування здоров'язбережувального освітнього середовища.

При викладанні курсу інтегруються знання майбутніх фахівців з інклюзивної освіти з питань збереження і зміцнення здоров'я, отримані при вивченні різних дисциплін, та доповнювати їх

потрібним змістом для повноцінної підготовки у напрямі забезпечення професійного здоров'я.

Важливим результатом вивчення курсу «Основи професійного здоров'я» є складання індивідуальних програм збереження і зміцнення професійного здоров'я. При створенні такої програми магістранти вчаться визначати цілі здоров'язбережувальної діяльності, поетапні способи їх досягнення, прогнозувати кінцевий результат, виявляти ефективність здоров'язбережувальних заходів тощо.

Використання на практичних заняттях психодіагностичних методик сприяє виявленню індивідуально-психологічних, особистісних і соціально-психологічних, детермінант професійного здоров'я та формуванню внутрішньої картини професійного здоров'я майбутніх фахівців з інклюзивної освіти.

У процесі читання курсу проводиться психолого-педагогічний тренінг, спрямований на: активізацію психологічних механізмів саморегуляції, ресурсів стресостійкості; формування вмінь знаходити власні ресурси у складних ситуаціях; збагачення розумного способу життя; опанування конструктивними копінг-стратегіями; формування саногенного мислення; розвиток готовності до самозмін і саморозвитку; гармонізацію особистості майбутніх фахівців. Тренінг побудований на принципах активного соціально-психологічного навчання й орієнтований на особистісно-професійне зростання магістрантів. Психолого-педагогічний тренінг є ефективним засобом попередження виникнення професійного стресу, профілактики «емоційного вигорання», розвитку їх творчого потенціалу. Він сприяє мобілізації особистісних і нервово-психічних ресурсів магістрантів, поступовому усуненню невротичних компонентів їх внутрішнього світу, узгодженню інтегральних якостей особистості, опануванню психотехніками самовпливу. Інтроекція під час занять тренінгової групи дає змогу відокремлювати негативні емоційні реакції від негативних звичних патернів аутодеструктивної поведінки, яка руйнує здоров'я, знижувати градус емоційного негативного реагування на ситуативні впливи. Методи тренінгового навчання: групова дискусія, психомалюнки, розігрування рольових ситуацій,

психологічні ігри і вправи, методи невербальної взаємодії, вправи-релаксації, використання притч (Мешко та ін., 2020<sup>156</sup>).

Важливе значення має підготовка здобувачами вищої освіти індивідуальних навчально-дослідницьких завдань, у процесі виконання яких майбутні фахівці шукають оригінальні, нетрадиційні підходи до вирішення поставлених здоров'ятворчих завдань, вчать ся презентувати результати дослідницької роботи з проблем створення власної системи самооздоровлення, а також впливу професійного здоров'я педагога на емоційне благополуччя вихованців, на їх самооцінку, формування «Я-концепції», створення безпечного психологічного середовища в закладі освіти тощо.

Майбутнім фахівцям з інклюзивної освіти пропонуємо підготувати індивідуальні навчально-дослідницькі завдання на різноманітні теми: «Кодекс професійного здоров'я» «Псевдостиль педагогічної діяльності і професійне здоров'я», «Закони розумного способу життя фахівця з інклюзивної освіти», «Негативні особливості темпераменту і характеру фахівця, що заважають його успішній діяльності і погіршують його професійне здоров'я», «Конструктивні копінг-страегії у професійній діяльності», «Професійний стрес досягнень і трудоголізм», «Акме як інтегральна формула професійного здоров'я», «Гендер і професійне здоров'я» тощо.

Формуванню здоров'язбережувальної компетентності магістрантів, розвитку із творчого потенціалу сприяє складання «Пам'яток», наприклад: Рецепти душевної рівноваги; Як уберегтися від професійного стресу; Як не згоріти в полум'ї професії та ін.

У процесі професійної підготовки здійснюється цілеспрямований вплив на особистість магістранта для підвищення потенціалу його здоров'я, формування активної позиції щодо збереження і зміцнення професійного здоров'я, збагачення досвіду розумного, здорового способу життя, формування світоглядно-оздоровчої лінії поведінки на основі принципу «професійне здоров'я – через розумний спосіб життя».

Увагу магістрантів акцентуємо на тому, що піклування про власне психічне здоров'я сприяє покращенню фізичного здоров'я,

---

<sup>156</sup> Meshko, H., Meshko, O., Drobyk, N., & Mikheienko, O. (2020, May 20-22). *Psychopedagogical training as a mean of forming the occupational stress resistance of future teachers*. E3S Web of Conferences, 166 (2020), Article 10023. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202016610023>



розв'язання психологічних проблем позбавляє багатьох фізичних недуг, досягнення емоційного благополуччя – покращує фізичне самопочуття. Психолого-педагогічними засобами, що сприяють збереженню і зміцненню професійного здоров'я фахівця, є: постійне підвищення рівня психолого-педагогічної компетентності (аутопсихологічної, соціально-психологічної, комунікативної, здоров'язбережувальної); розвиток саногенного мислення; формування навичок психічної саморегуляції; формування індивідуального стилю діяльності і продуктивного стилю спілкування; володіння технологією тайм-менеджменту; творча самореалізація у професії.

Отже, сьогодні важливого теоретичного і практичного значення набуває робота з визначення нових граней забезпечення фізичного, психічного і духовного здоров'я майбутніх фахівців з інклюзивної освіти, формування у них здатності долати професійні труднощі з найменшими втратами для здоров'я, розвиток їх професійної стресостійкості та резильєнтності, озброєння механізмами і технологіями самопомоги й самореабілітації,

На сьогоднішній день відкритим залишається питання створення і впровадження у практику комплексної програми забезпечення професійного здоров'я фахівців з інклюзивної освіти, яка має охоплювати психологічний, педагогічний, психотерапевтичний та медичний аспекти допомоги. Потребує розроблення технологія формування здоров'язбережувальної педагогічної системи закладу освіти, яка об'єднує взаємозв'язані системи управління педагогічним процесом, службами закладу освіти і предметно-просторове середовище, й сфокусована на збереження і зміцнення здоров'я суб'єктів освітнього процесу.

## Список використаних джерел до першого розділу

1. Авраменко, М.Л. (Ред.). (2008). Профілактика професійного вигорання працівників соціальної сфери: методичні рекомендації. Львів: Всеукр. Центр профес. реабілітації інвалідів. 53 с.
2. Ананьев, Б. (1996). Психология и проблемы человекознания / Под ред. А.А. Бодалева. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: МОДЭК. 382 с.
3. Афонькина, Ю.А. (2015). Социальная инклюзия лиц с инвалидностью и проблема человеческого достоинства. *Современные исследования социальных проблем*, 11 (55), 149-162.
4. Афонькина, Ю.А., Жигунова, Г.В. (2018). Анализ социальных сред в контексте обеспечения независимой жизни людей с инвалидностью. *Государственное управление. Электронный вестник*, 69, 445-462.
5. Бабанов, С. (2010). Профессиональные факторы и стресс: синдром эмоционального выгорания. *Здоров'я України*, (7 (236)), 53-54.
6. Бабич, О. (2007). Личностные ресурсы преодоления синдрома профессионального выгорания педагогов: автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. психол. наук: спец. 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии». Хабаровск, 2007, 10-13. <https://www.dissercat.com/content/lichnostnye-resursy-preodoleniya-sindroma-professionalnogo-vygoraniya-pedagogov/read>
7. Безбар'єрність: Безбар'єрний простір в Україні: новація, яка покликана забезпечити рівні права для всіх українців. (2021, Жовтень). [https://psjust.gov.ua/post\\_news/](https://psjust.gov.ua/post_news/).
8. Безкоровайна, Л.В. (2018). *Теоретичні і методичні засади професійної підготовки майбутніх фахівців з туризмознавства у вищих навчальних закладах* [автореферат докторської дисертації, Запорізький національний університет]. Запорізький національний університет. 43. [http://phd.znu.edu.ua/page//aref/09/Bezkorovaina\\_aref.pdf](http://phd.znu.edu.ua/page//aref/09/Bezkorovaina_aref.pdf)
9. Бернацька, О. (2010). Професійне вигорання психологів. *Психолог. Шкільний світ*, (38), 22-25.

10. Белоусова Н. (2018). Теоретичні аспекти походження та використання поняття «реабілітаційна географія». *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Географічні науки»*. 8. 229-233.

11. Богучарова, О. (2013). Синдром професійного вигорання серед українських медичних працівників та педагогів. *Вісник Київського університету. Серія: Соціологія. Психологія. Педагогіка*, (17-18), 59-63.

12. Божик, С. (2020, 7 серпня). Як плекати у собі резильєнтність та чому це важливо? *Fizis: Психологічна грамотність. Стиль життя*. <https://fizis.net/psychologichna-gramotnist/iak-plekaty-u-sobi-rezylientnist-ta-chomu-tse-vazhlyvo>

13. Бойко, В. В. (2008). Психоенергетика. СПб.: Питер, 409 с.

14. Бойко, В.В. (1999). Синдром «емоціонального вигорання» в професіональному общении. СПб.: Питер. 105 с.

15. Бондар, К.М. (Упор.). (2019). Теорія і практика інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник. Проект «Підтримка інклюзивної освіти у м. Кривий Ріг». Кривий Ріг: ФОП Маринченко С.В. 170 с.

16. Брецько, І. (2011). Психологічна симптоматика емоційного вигорання особистості. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої*. Кам'янець-Подільський: Аксіома, (12), 110-120.

17. Булатевич, Н. М. (2006). *Синдром емоційного вигорання педагога: проблема профілактики і подолання*. Тенденції розвитку психології в Україні: Історія та сучасність: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Київ: Либідь. С. 318-323.

18. Вайнола, Р. (2018). Безбар'єрне середовище закладу освіти як умова інтеграції дітей з інвалідністю. *Післядипломна освіта в Україні*, 104-106.

19. Вінник, Н. (2010). Творчий потенціал педагога як чинник успішної професійної діяльності. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології*

ім. Г.С. Костюка НАПН України / за ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський: Аксіома, (7). 97-105.

20. Водопьянова, Н.Е., & Старченкова, Е.С. (2008). Синдром вигорання: діагностика и профілактика (2-е изд.). СПб.: Питер, 336 с.

21. Генсон, М. Е. (2002). Керування освітою та організаційна поведінка (Пер. з англ. Х. Проців). Львів: Літопис. 384 с.

22. Главацька, О. (2021, квітень, 08). *Професійне самовиховання як фактор профілактики професійної деформації фахівців інклюзивно-ресурсних центрів*. [Тези/матеріали конференції]. Інклюзивна освіта: ідея, стратегія, результат: матеріали I Всеукраїнської міждисциплінарної науково-практичної конференції, Тернопіль, Україна. Тернопіль: ТНПУ. 46-49.

23. Главацька, О. (2021, листопада, 25). *Попередження професійного вигорання фахівців соціономічних професій*. [Тези/матеріали конференції]. Інновації в освіті: реалії та перспективи розвитку: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції, Тернопіль, Україна. Тернопіль: ЗУНУ, 126-129.

24. Гладкова, В.М., & Пожарський, С. Д. (2007). Основи акмеології. Львів: Новий Світ. 320 с.

25. Говорун, М.В. (2008, квітень, 12). *Проблема «професійного вигорання»: порівняльний аналіз різних професійних груп*. [Тези/матеріали конференції]. Сучасні тенденції розвитку корекційної освіти: матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції, Кам'янець-Подільський, Україна. (10), 52-55.

26. Гордійчук, О.Є. (2015). Міждисциплінарний підхід як невід'ємна умова інклюзивної діяльності. *Наука та освіта – новий вимір. Педагогіка та психологія*, III(31), 61, 25-28.

27. Грединарова, Е.М. (2006). Психологічні засоби формування творчого мислення. *Практична психологія та соціальна робота*. (11). 35-41.

28. Давиденко, А. (2006). Логіка і психологія у творчій діяльності людини. *Педагогіка і психологія. Вісник Академії педагогічних наук України*, (3(52)). 79-86.

29. Довідник безбар'єрності. (2021, Жовтень 15). <https://bf.in.ua>.

30. Дрюма, О. Безбар'єрне середовище для людей з інвалідністю в Україні: п'ять основних проблем. (2021, Вересень 05).

[https://www.irf.ua/bezbarerne\\_seredovische\\_dlya\\_lyudey\\_z\\_invalidnistyu\\_v\\_ukraini\\_pyat\\_osnovnikh\\_problem/](https://www.irf.ua/bezbarerne_seredovische_dlya_lyudey_z_invalidnistyu_v_ukraini_pyat_osnovnikh_problem/).

31. Дубчак, Г. М. (2017). Психологічні основи професійної стресостійкості майбутніх фахівців. Київ: Талком. 321 с.

32. Дубчак, О.Б. (2009). Синдром «професійного вигорання» педагогічних працівників та його профілактика. [Тези/матеріали конференції]. *Нові технології навчання: матеріали науково-практичної конференції; Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України*. Вип. 59 (2), 64-68.

33. Європейська соціальна хартія (переглянута). (2021, Жовтень, 12). [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_062#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_062#Text).

34. Жигунова, Г.В., Афонькина, Ю.А. (2018). *Барьеры и ресурсные возможности социальной среды для независимой жизни людей с инвалидностью. Общество: социология, психология, педагогика*, 12, 34-39.

35. Загальна декларація прав людини. (2021, Вересень, 28). <https://www.coe.int/uk/web/compass/the-universal-declaration-of-human-rights-full-version->.

36. Зайверт, Л. (1995). Ваше время в ваших руках: советы деловым людям, как эффективно использовать рабочее время. М.: Интерэксперт. 266 с.

37. Зайчикова, Т. В. (2008). Профілактика та подолання стресів як умова підтримки психологічного здоров'я працівників організацій. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка: збірник наукових праць*, (3), 135-137.

38. Зайчикова, Т.В. (2005). Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та особистісними факторами. *Наукові записки*. К., (26 (2)), 107-114.

39. Зайчикова, Т.В. (2005). Соціально-психологічні детермінанти синдрому «професійного вигорання» у вчителів: дис.... канд. психол. наук: 19.00.05. К., 173 с.

40. Зайчикова, Т.В. (2006). Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та соціально-демографічними факторами вчителів. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки*, (1 (18)), 43-49.

41. Ільєнко, М.М., Пузіков, Д.О. (2008). Професійне «вигорання» фахівців соціальної роботи: фактори, зміст, шляхи запобігання та подолання. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: тези доповідей*. Київ: Університет «Україна», 306-309.

42. Карамушка, Л.М., Зайчикова, Т.В. (2006). Проблема синдрому «професійного вигорання» в педагогічній діяльності в зарубіжній та вітчизняній психології. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*, (1), 210-217.

43. Качур, О. (2010). Профілактика професійного вигорання в закладах освіти. *Психолог. Шкільний світ*, (40). 3-7.

44. Колтунович, Т. (2015, червень, 26). *Чинники ризику професійного вигорання педагогів*. [Тези/матеріали конференції]. Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної педагогіки та психології: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., Львів, Україна. Львів: «Львівська педагогічна спільнота», 18-23.

45. Колтунович, Т. (2011). Творчість вихователя дошкільного навчального закладу як стримуючий чинник професійного вигорання. Соціально-психологічні чинники самореалізації творчої індивідуальності у полікультурному світі: монографія / за наук. ред. І. М. Зварича. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 432-455.

46. Колупаєва, А.А., Таранченко, О.М. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики. ТОВ «АТОПОЛ», 152 с.

47. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, 2016, 45 с.

48. Конвенція про права осіб з інвалідністю. (2022, Січень 11). [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_g71#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71#Text).

49. Коновальчук, І.І. (2013). Міждисциплінарний підхід у дослідженні проблем педагогічної інноватики. *Interdyscyplinarnosc pedagogiki i jej subdyscypliny*, 261-269. <http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/12120>

50. Конституція України. (2021, Грудень 02). <https://www.president.gov.ua/documents/constitution>.

51. Коренев, Н.М., Богмат Л.Ф., Михайлова, Э.А., Толмачева, С.Р. (2002). Инвалидность детей с хронической соматической патологией. *Основа*, 212 с.

52. Корольчук, М. С., & Крайнюк, В. М. (2006). Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навчальний посібник. Київ: Ніко-Центр. 580 с.

53. Кремень, В.Г. (Ред.) (2008). Енциклопедія освіти. *Юрінком Інтер*. 1040.

54. Лазарева, Н. (2009). Диагностика синдрома емоціонального вигорання. *Школьные технологии*. (1). 171-176.

55. Лазос, Г. П. (2019). Теоретико-методологічна модель резильєнтності як основа побудови психотехнології її розвитку. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2-3 (17), 77-89. <https://doi.org/10.31108/2.2019.3.17.9>

56. Макарова, Л. І., & Гах, Й. М. (2005). Основи психології і педагогіки: навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури. 116 с.

57. Максименко, С.Д. (Ред.). (2006). Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти. К., 186-188.

58. Марковець, О. Л. (2003). Профілактика виникнення професійного стресу у майбутніх учителів. *Наукові записки: Збірник наукових статей Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*, 52, 87-91. <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/17046>

59. Маслач, К. (2001). Профессиональное выгорание: как люди справляются. *Практикум по социальной психологии*. СПб: Питер. (2). 43-58.

60. Мешко, Г. М. (2018). Теорія і практика підготовки майбутніх учителів до збереження і зміцнення професійного здоров'я: монографія. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка. 438 с.

61. Мирский, Э. М. (1980). Междисциплинарные исследования и дисциплинарная организация науки. *Наука*, 304.

62. Мойса, Б. (2017). Пропозиції до політики щодо реабілітації осіб з порушеннями здоров'я. 36. [https://parlament.org.ua/wp-content/uploads/2017/09/Propoziciji\\_Politiki\\_reabilitacii\\_zdoroviya-1.pdf](https://parlament.org.ua/wp-content/uploads/2017/09/Propoziciji_Politiki_reabilitacii_zdoroviya-1.pdf)

63. Музафарова, Е.А. (2016). Технології інклюзивної освіти як засобу для створення безбар'єрного навчання дітей з ОВЗ. *Освіта і виховання*, 5, 89-91.

64. Мусатенко, Н. (2008). Профілактика професійного згорання: семінар-тренінг для педагогічних працівників. *Психолог. Шкільний світ*, (40). 11-12.

65. Національна стратегія із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. (2021, Жовтень 18). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>.

66. Національна стратегія розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі. (2020). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/195/2020#Text>

67. Нові посади і мультидисциплінарна команда: МОЗ України продовжує впроваджувати підхід доказової реабілітації. (2019). <https://moz.gov.ua/article/news/novi-posadi-i-multidisciplinarna-komanda-moz-ukraini-prodovzhue-vprovadzhuвати-pidhid-dokazovoi-reabilitacii>

68. Оксамитна, С., Хмелько, В. (2004). Соціальна ексклюзія в Україні на початковій стадії реставрації капіталізму. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 3, 66-77.

69. Орел, В. (2011). Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования. *Психологический журнал*. (1), 90-99.

70. Оришко, С.П. (2011). Виховні можливості туристсько-краєзнавчої діяльності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету Серія «Педагогіка, соціальна робота»*. 20. 96-99.

71. Оцінка системи реабілітації в Україні. (2015). [http://www.physrehab.org.ua/tl\\_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf](http://www.physrehab.org.ua/tl_files/Docs/Assessment%20of%20the%20Rehabilitation%20System%20in%20Ukraine.%20Summary%20rstr%20UKR.pdf)

72. Панок, В.Г. (2017). Прикладна психологія. *Ніка-Центр*, 188.

73. Перегончук, Н. (2010). Професійне «вигорання» педагога у контексті позитивних особистісних змін. *Проблеми загальної та педагогічної психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*, (12). 202-213.



74. Пов'якель, Н. І. (Ред.) (2009). Практична психологія в системі вищої освіти: теорія, результати досліджень, технології: монографія. Київ: НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2009. 376 с.

75. Погам, С. (1999). Исключение: социальная инструментализация и результаты исследования. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 2, 140-156.

76. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо організації навчання осіб з особливими освітніми потребами. (2021). *Урядовий кур'єр*. 144. 11-12.

77. Про освіту. (2017). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>

78. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю. (1991). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>

79. Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення». (2015). *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 10. 67.

80. Про соціальні послуги. (2019) <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15>

81. Реабілітація 2030: призыв к действиям. (2017). <https://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf>

82. Романовська, О.В., Набільська, Є.М. (2011). Причини та особливості прояву синдрому «професійного вигорання» в соціальних працівників. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право*. Вип. 3 (11), 103-107.

83. Ронгинская, Т.И. (2002). Синдром «выгорания» в социальных профессиях. *Психологический журнал*, (23 (3)), 85-95.

84. Савельев, Ю.Б. (2015). Соціальне включення та ексклюзія як форми взаємодії в суспільстві: евристичний потенціал соціологічних концепцій. *Український соціум*, 4(55), 61-74.

85. Савчук, І. (2010). Синдром «професійного вигорання». *Інноваційний досвід у професійно-технічній освіті*. (9), 96-110.

86. Сапункова, С.С., Піц, Л.О., Гутніцька, А.Ф. та ін. (2018). Медична та соціальна реабілітація. ВСВ «Медицина», 280 с.

87. Семенова, Е. (2005). Тренинг эмоциональной устойчивости педагога: учебное пособие. М.: Изд-во Института психотерапии, 62-77.

88. Семигіна, Т.В. (2020). Чи завжди цифри мають значення: огляд парадигм дослідження у соціальній роботі. *Траєкторія науки: міжнародний електронний науковий журнал*, 6(7), 3001-3011. <https://doi.org/10.22178/pos.60-2>

89. Скорик, Т. В. (2011). Профілактика синдрому «професійного вигорання» соціальних працівників як необхідна умова професійної готовності. *Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. Психолого-педагогічні науки*. (3), 98-100.

90. Смирнов, Б. А., & Довгополова, Е. В. (2007). Психология деятельности в экстремальных ситуациях (2-е изд.). Харьков: Изд-во Гуманитарный Центр. 276 с.

91. Снопкова, Е.И. (2015). Актуальность междисциплинарного подхода в педагогических исследованиях: научное обоснование. *Интеграция образования*. Т 19. 1(78). С. 111-117.

92. Софій, Н.З. (2015). Основні види і моделі надання додаткової підтримки дітям з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього навчального закладу. *Інноваційна діяльність педагога в умовах реформування шкільної освіти. Якість шкільної освіти та інструментарій її оцінювання*. 1-8.

93. Соціальні послуги. *Управління праці та соціального захисту Уманської міської ради*. Отримано 17 жовтня 2019 року з <https://umanupszn.gov.ua/socialni-poslugi/>

94. Турова, Т. (2010). Синдром «професійного вигорання» працівників в системі антикризового управління персоналом: аналіз підходів. *Наука й економіка*. (1). 137-145.

95. Указ Президента «Про забезпечення створення безбар'єрного простору в Україні». (2022, Січень 11). <https://www.president.gov.ua/documents/5332020-35809>

96. Універсальний безбар'єрний дизайн. Аудит доступності. Львів: РЦНЖ, 2003, 24.

97. Форманюк, Т. (2004). Синдром «емоціонального сгорания» как показатель дезадаптации учителей. *Вопросы психологии*, (6). 57-65. Режим доступу: <http://www.voppsy.ru/issues/1994/946/946057.htm>

98. Хамініч, О. М. (2016). Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або резильєнтність? *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: психологічні науки*, 6 (2), 160-165.

99. Цибуляк, Н. Ю. (2019). Професійна стресостійкість спеціального педагога. *Науковий вісник Херсонського університету. Серія: Психологічні науки*, 4, 266-274. <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2019-4-35>
100. Шаповал, И.А. (2018). Ментальные барьеры становления отечественной инклюзивной среды. *Проблемы современного педагогического образования*, 438–442.
101. Шевцов, А.Г., & Хворова Г.М. (2013). Сучасні міждисциплінарні підходи до етапної комплексної реабілітації дітей із церебральним паралічем. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. 23 (125). 281-285. <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/17118>
102. Шостак, А.С., Древаль, И.В. (2017). Современные подходы в формировании доступной городской среды. *Архитектурный вестник КНУБА*, 13, 365–373.
103. Юрків, Я. І. (2010). Синдром «професійного вигорання» соціальних педагогів при роботі з сім'ями розумово відсталих дітей. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*, (2), 76-82.
104. Accessibility for the Disabled. A Design Manual for a Barrier Free Environment. (2021, November 12). <https://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/preface.html>.
105. Barrier-free environment for persons with disabilities (2021), 29.
106. Burchardt, T., Le Grand, J., Piachaud, D. (2002). Degrees of Exclusion: Developing a Dynamic, Multidimensional Measure. *Understanding Social Exclusion*. London: Oxford University Press.
107. Davies A., Fidler D., Gorbis M. (2020). Future Work Skills 2020. *Institute for the Future for the University of Phoenix Research Institute*. 19. [https://www.iftf.org/uploads/media/SR-1382A\\_UPRI\\_future\\_work\\_skills\\_sm.pdf](https://www.iftf.org/uploads/media/SR-1382A_UPRI_future_work_skills_sm.pdf)
108. Harvey, D. (2003). The Right to the City. *Divided Cities: The Oxford Amnesty Lectures*, 83-103.
109. Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, (2), 99-113.
110. Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, (52). 397-422.

111. Meshko, H., Meshko, O., Drobyk, N., & Mikheienko, O. (2020, May 20-22). *Psycho-pedagogical training as a mean of forming the occupational stress resistance of future teachers*. E3S Web of Conferences, 166 (2020), Article 10023.

112. Kravets, V., Meshko, H., Meshko, O., Leskiw, A., & Habrusieva, N. (2021, 25 March). *Development of Future Managers' Resilience as a Condition for Efficiency and Reliability of Management Activities*. SHS Web of Conferences, 100 (2021), Article 02003. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202110002003>

113. Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Review of Psychological Resilience. *European Psychologist*, 18, 12-23. <https://www.researchgate.net/publication/263651506>.

114. The Government action plan for persons with disabilities (2021, October 11). A seven-year normalization strategy. Headquarters for promoting the welfare of disabled persons prime minister's office Japan, december 1995. <https://www.dinf.ne.jp/doc/english/law/japan/100002e/100002e01.html>

115. Towards a barrier-free society: report on accessibility and built environments. SAHRC Report November, 2002. 48 p.

116. Kiel, E., Heimlich, U., Markowitz, R., Braun, A. & Weib, S. (2016). How to cope with stress in special needs education? Stress-inducing dysfunctional cognitions of teacher students: the perspective of professionalization. *European Journal of Special Needs Education*, 31(2), 202-219. <https://doi.org/10.1080/08856257.2015.1125693>

117. Kokkinos, C. M., Davazoglou, A. M. (2009). Special education teachers under stress: Evidence from a Greek national study. *Educational Psychology*, 29(4), 407-424. <https://doi.org/10.1080/01443410902971492>

## **РОЗДІЛ 2**

# **РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА**

*«У дітей немає ні минулого, ні майбутнього, зате, на відміну від нас, дорослих, вони вміють користуватися сьогоденням. Найкращий спосіб зробити дітей хорошими – це зробити їх щасливими».*

*О.Уальд*

## **2.1. Основні підходи до розуміння розладів аутистичного спектру у дітей молодшого шкільного віку: аналіз наукових джерел**

В умовах реформування системи шкільної освіти України, розбудови та впровадження інклюзивного підходу до навчання дітей з особливими освітніми потребами одним із пріоритетних напрямів педагогічної роботи в закладах освіти є інтеграція цих дітей в освітній простір. Одне з найбільш актуальних завдань сучасної освіти згідно з Концепцією Нової української школи є орієнтація на потреби учня в освітньому процесі, тобто дитиноцентризм. Відтак, місією закладів дошкільної освіти є різнобічний розвиток особистості дитини відповідно до її вікових та індивідуальних психологічних та фізіологічних особливостей, формування у неї загальнокультурних і особистісно-морально-етичних цінностей, ключових та предметних компетентностей, необхідних життєвих і соціальних навичок. Це забезпечить її готовність до продовження навчання в закладі загальної середньої освіти, життя у демократичному суспільстві.

Врахування індивідуальних особливостей кожної окремої дитини в освітньому процесі можливе завдяки створенню інклюзивного освітнього середовища. Окрему групу дітей, яких сьогодні активно долучають до інклюзивного навчання у закладах освіти, становлять учні зі специфічним типом психосоціального розвитку. Для їх номінації у науково-педагогічній літературі використовують узагальнену назву діти з розладами аутистичного спектру (РАС).

Зазначимо, що донедавна діти з розладами аутистичного спектру залишалися поза увагою вітчизняних педагогів. Це пов'язано з тим, що проблема розладів аутистичного спектру в наукових колах радянського і пострадянського простору та Україні, розглядали здебільшого з медичних позицій (М. Гуревич, К. Лебединська, М. Озерецький, Г. Сухарева, Л. Шипіцина та ін.). Науковці під означеним феноменом розуміли важкий дефіцитарний психіатричний розлад у дітей, що спричиняє їх повну або часткову соціальну ексклюзію, позбавляючи здатності оволодіти мовленням та соціальною поведінкою, навчатися та професійно реалізуватися.

Сьогодні в світі проблема розладів аутистичного спектру вважається однією з найбільших медичних та психолого-педагогічних проблем сучасності. Аутизм розуміють як стан особи, що триває все життя і має значний вплив на саму особистість, так і її сім'ю. Аутизм є одним із важких порушень розвитку, який характеризується серйозними недоліками у формуванні соціальних і комунікативних навичок, а також проявами стереотипних інтересів і патернів поведінки. Характерні прояви аутичної поведінки спостерігаються ще в ранньому дитинстві, але не завжди є помітними або діагностованими вчасно.

Через невинне зростання кількості осіб з розладами аутистичного спектру, клінічну гетерогенність, труднощі своєчасної діагностики, брак досконалої системи диференційованої спеціалізованої допомоги та зростання суспільного інтересу до цієї проблеми зростає зацікавленість у наукових колах. Зокрема, концептуальні засади розробки РАС у контексті пошуку шляхів соціальної інтеграції дітей із цим порушенням було висвітлено в працях зарубіжних науковців, таких як Ф. Аппе, Г. Аспергер, Л. Вінг, Дж. Вонг, К. Гілберт, Л. Каннер та ін.. Завдяки цим дослідженням було обґрунтовано особливості здійснення педагогічної та соціально-педагогічної корекції поведінки дітей з РАС, формування у них соціальних навичок, здатності до соціальної взаємодії та входження у соціум на паритетних засадах з метою реалізації їх прав у суспільстві.

Останніми роками дослідження психологів і педагогів (А. Аршатська, Є. Баєнська, О. Богдашина, В. Кулик, В. Каган, К. Лебединська, М. Ліблінг, І. Мамайчук та інші) переконливо підтвердили, що у випадках, коли людина з розладми аутистичного спектру не охоплена вчасно корекційно-освітніми впливами, в тому числі, навичками соціалізації та суспільної інтеграції, комунікації у спеціалізованих дошкільних, шкільних, спеціалізованих закладах професійної освіти або реабілітаційних закладах, що відповідають їхнім психофізичним, нейропсихологічним, психолінгвістичним особливостям, і, перебуваючи вдома, не отримують необхідних корекційних послуг, ще до юнацького віку стають глибокими особами з інвалідністю зі всіма негативними соціально-психологічними наслідками для них самих, їх рідних і найближчого оточення.

Створення інклюзивного освітнього середовища та включення в нього дітей з розладами аутистичного спектру в ранньому віці не тільки сприятиме їх розвитку, соціалізації, але й допомагає профілакувати появу низки психосоціальних відхилень у дорослому віці. Поширення інклюзивного підходу в освіті дало поштовх для активізації українських наукових розробок у галузі спеціальної педагогіки та психології, логопедії, психіатрії та соціальної медицини, присвячених обґрунтуванню нових теоретичних підходів до навчання, виховання й організації життєдіяльності дітей з РАС (Н. Івашура, К. Остроська, Х. Сайко, Т. Скрипник, В. Тарасун, Г. Хворова, А. Шевцов та ін.). Це дозволило частково подолати стереотипи та упередження, які заважають інтеграції цієї категорії дітей в суспільство.

Однак, недостатнє розуміння суспільством проблеми розладів аутистичного спектру, не дає змоги в повній мірі зрозуміти важливість вчасної діагностики та ефективної соціальної та корекційної роботи з інтеграції дітей з розладами аутистичного спектру в досить ранньому віці в інклюзивне освітнє середовище задля їх повноцінного існування і життєвого розвитку.

В умовах підвищення у соціумі вимог до рівня компетентності сучасної людини, основною потребою кожної особистості, зокрема осіб з обмеженими можливостями, є отримання якісної освіти, наявність можливості для самореалізації тощо. Разом із цим, головним завданням сучасного суспільства є створення рівних умов і можливостей щодо реалізації цих потреб, так само як і доступу до освіти на кожному етапі розвитку особистості, здобуття професії, організації вільного часу, використання творчого й інтелектуального потенціалу, участі у громадському житті, незалежно від рівня здоров'я та особливостей розвитку.

Як свідчить аналіз наукових джерел, останніми роками неухильно зростає зацікавлення серед науковців щодо розробки проблеми створення сучасного освітнього середовища, доступного для дітей з особливими освітніми потребами (ООП), зокрема дітей з РАС. Таке середовище мало б позитивно впливати на їх психологічний, фізичний і духовний розвиток, оптимізувати їх потенціал в умовах



гуманізації суспільства, забезпечити формування внутрішньої інтелектуально-моральної свободи.

Наукове вивчення проблеми аутизму засвідчило переважання медико-соціальних позицій в контексті визначення сутності і причин появи означеного феномену.

Аналіз наукових джерел свідчить, що вперше у 1911 р. термін «аутизм» застосував швейцарський психіатр Е. Блейлер. Науковець використав це поняття для позначення категорії егоцентричного мислення при шизофренії, наголосивши на особливостях поведінки хворих: у дорослих людей, хворих на шизофренію спостерігається відхід від соціального життя (Stewart, 2018, с. 21<sup>157</sup>). Такий підхід до визначення «аутизму» у психології, психоаналітиці, психіатрії існував до 1950-х років (Островська, 2012<sup>158</sup>).

Однак, українська дослідниця Т. Скрипник зазначає, що приклади опису симптомів аутизму присутні в медичній літературі задовго до появи самого поняття «аутизм» (Скрипник, 2010, с. 13<sup>159</sup>). Зокрема, авторка зазначає, що у медичних картках дітей є описи специфічного їх стану, при якому діти або взагалі не говорять, або кажуть декілька слів і ніколи не посміхаються. Цих дітей характеризують як хворих, оскільки вони так і не змогли стати соціальними (Скрипник, 2010, с. 24-34<sup>160</sup>).

У практику психіатрії поняття «аутизм» увійшло у 20-тих – 40-вих роках ХХ століття. У той час його почали активно вивчати та застосовувати при дослідженнях різних патологічних станів людини, зокрема і шизофренії. У процесі проведення різних досліджень формується первинне розуміння поняття «дитячий аутизм», яке з часом продовжують науковці уточнювати (Crowell, Keluskar, & Gorecki, 2019<sup>161</sup>).

Цікавим для нашого дослідження є праця сучасного зарубіжного дослідника М. Фіцгеральда, присвячена вивченню історії аутизму

---

<sup>157</sup> Stewart, J. (2018). The Metamorphosis of Autism: A History of Child Development in Britain by Bonnie Evans. *The Journal of the History of Childhood and Youth*, 11(2), 271-272.

<sup>158</sup> Островська, К. О. (2012). Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом: монографія. Львів : Тріада плюс. 520 с.

<sup>159</sup> Скрипник, Т. В. (2010). Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Фенікс. 320 с.

<sup>160</sup> Скрипник, Т. В. (2010). Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Фенікс. 320 с.

<sup>161</sup> Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*, 90, 21-29.

першої половини ХХ століття (Fitzgerald, 2018<sup>162</sup>). Науковець у своїх працях описує діяльність радянського психіатра Г. Сухаревої, яка займалася вивченням шизоїдних психопатій у дітей, які тепер можна назвати аутизмом з високим рівнем функціонування (Сухарева, 2019<sup>163</sup>). Це дає підстави для висновку, що ще за двадцять років до офіційного визнання аутизму у зарубіжній психіатричній практиці Г. Сухарева його описала у працях.

Зазначимо, що незважаючи на стигматизованість, непопулярність і, водночас, непублічність самої тематики, невизнання аутизму у психіатрії та не вживання цього терміну, традиція вивчення захворювань означеного спектру була збережена у радянській науці. Праці, у яких висвітлено нозологічну й етіологічну приналежність аутичних станів, оприлюднили М. Гуревич, Д. Ісаєв, В. Каган, К. Лебединська, М. Озерецький, М. Певзнер та інші. На жаль, в Україні, до останнього часу категорія дітей з аутизмом залишилася поза увагою лікарів і педагогів.

Водночас, за кордоном з 30-х – 40-х рр. ХХ століття активно досліджували причини та прояви аутизму. У зарубіжній науці це період системного підходу до вивчення цього порушення. У цей час аутистичні стани були деталізовані й виокремлені в клініці інших психічних порушень таких як шизофренія, психоз і порушення, що мають підґрунтя органічних уражень, або недорозвинення центральної нервової системи (Скрипник, 2010, с. 15<sup>164</sup>).

Зазначимо, що початком системної розробки і широкого використання означеного терміну вважають 1938 р. У цей час австрійський терапевт і психіатр Віденського Університетського Госпіталю Г. Аспергер застосував термін «аутичні психопатії» у своїх лекціях з дитячої психології. У 1944 р. ним було захищено дисертацію з проблеми аутистичної психопатії у дітей, яка стала першим ґрунтовним дослідженням у цій сфері (Asperger, 1944<sup>165</sup>).

---

<sup>162</sup> Fitzgerald, M. (2018). The history of autism in the first half century of the 20th century: new and revised. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 1(2), 70-77.

<sup>163</sup> Сухарева, Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. URL: <http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/ClinicLectkidPsy.pdf>

<sup>164</sup> Скрипник, Т. В. (2010). Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Фенікс. 320 с.

<sup>165</sup> Asperger, H. (1944). Die Autistischen Psychopathien im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. №117 (1). P. 76-136.

У 1943 р. американський психіатр Л. Каннеру також описав аутичні порушення емоційного контакту маленьких дітей. Він ввів термін «ранній дитячий аутизм» для позначення проявів раннього (від народження) перебігу цього захворювання (Asperger, 1944<sup>166</sup>).

Аналіз наукових публікацій з означеної проблеми свідчить, що навіть у 90-ті рр. ХХ століття та на початку ХХІ століття вивченню проблеми аутизму надавалося пріоритетне значення саме з позиції медицини: Е. Блейлер, Ю. Емельянов, Т. Пітерс, М. Раттер та інші. Однак, не залишалися осторонь проблеми «аутизму» науковці у галузі психології та психіатрії. Так, згідно словника практикуючого психолога «аутизм» означає крайню форму і стан психологічного відчуження, що характеризується послабленням зв'язків з реальністю, виявляється у зосередженості на власних переживаннях, обмеженні спілкування з іншими людьми (Войтко, 1982<sup>167</sup>).

В. Кулик поняття «аутизм» розуміє як «розлад, який виникає внаслідок порушення розвитку мозку і характеризується відхиленнями у соціальній взаємодії і спілкуванні, а також стереотипністю у поведінці та інтересах» (Кулик, 2013<sup>168</sup>).

Як бачимо, існують істотні розходження у розумінні природи та сутності феномену аутизму. Ще більш невизначеним є статус поняття «дитина з аутизмом». Сьогодні цей термін скоріше застосовується для позначення наявності у дитини певних ознак аутизму, насамперед йдеться про порушення її здатності спілкуватися, взаємодіяти з навколишнім світом.

У науковій літературі з означеної проблематики виокремлено низку підходів щодо виокремлення чинників виникнення аутизму. До них можна віднести: наявність критичних періодів у розвитку окремих систем людини при захворюваннях нервової системи або всього організму; різноманітні уроджені дефекти обміну речовин; прогресуючі дегенеративні захворювання та захворювання генетичного походження тощо (Чуприков & Хворова, 2012, с. 12-18<sup>169</sup>).

---

<sup>166</sup> Asperger, H. (1944). Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. №117 (1). P. 76-136.

<sup>167</sup> Войтко, В. І. (1982). Психологічний словник. Київ: Вища школа. 218 с.

<sup>168</sup> Кулик, В. Г. (2013). Аутичні діти: які вони? *Дефектолог*. №8. С. 4-6.

<sup>169</sup> Чуприков, А. П., & Хворова, Г. М. (2012). Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів: Мс. 184 с.

Низка науковців (Е. Баєнська, А. Горескі, Дж. Клеускар, М. Ліблінг, Б. Римланд, Т. Скрипник, А. Чуприкова) стверджують, що дитина з аутизмом може народитися у будь-якому середовищі, сім'ях різного достатку, соціального статусу, з різним рівнем освіти. Разом з цим, варто наголосити на чинниках батьківського впливу на перебіг аутизму.

Необхідно підкреслити, що дитині рідко ставиться достовірний діагноз швидше, аніж вона досягне 3-х – 4-х річного віку. Це вкрай ускладнює ранню корекцію і реабілітацію. Це пов'язано з тим, що певні форми поведінки, які порушуються при аутизмі і слугують його діагностичною ознакою, у дітей до 3-4 років з нормативним розвитком ще не сформовані (Чуприков, & Хворова, 2012, с. 26<sup>170</sup>). Теоретики і практики наголошують на ранній діагностиці цього порушення, оскільки як медична, так і соціально-педагогічна корекція на ранніх етапах розвитку дитини виявляється більш ефективною (Наказ МОЗ України, 2015<sup>171</sup>). При діагностиці означеного явища варто знати, що траєкторія розвитку дітей з аутизмом змінена на біологічному, когнітивному і поведінковому рівнях (Капська, 2001, с. 12-13<sup>172</sup>).

Аналіз уточнених критеріїв та ознак проявів у дітей аутизму, запропонованих вченими, дозволяє краще зрозуміти специфічність процесу їх соціалізації. Варто розуміти, що для дітей з аутизмом характерними є:

- супротив до будь-яких змін у середовищі,
- прагнення до сталості у способі життя, що проявляється у стереотипних видах діяльності,
- надмірна захопленість певними об'єктами,
- фундаментальне порушення соціального розвитку,

---

<sup>170</sup> Чуприков, А. П., & Хворова, Г. М. (2012). Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів: Мс. 184 с.

<sup>171</sup> Наказ МОЗ України від 15.06.2015 №341. Уніфікований клінічний протокол, первинної, вторинної(спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Розлади аутичного спектру (розлади загального розвитку). URL: [https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2015\\_341\\_autism/2015\\_341\\_YKPMO\\_autism.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2015_341_autism/2015_341_YKPMO_autism.pdf)

<sup>172</sup> Капська, А. Й. (2001). Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: навчально-методичний посібник. Київ: УДЦССМ. 219 с.

– затримка і порушення розвитку мовлення незалежно від інтелектуального рівня розвитку дитини (Островська, 2006, с. 43-45<sup>173</sup>).

Сучасні українські вчені (А. Чуприкова та Г. Хворова) зазначають, у дітей з аутизмом спостерігають неврологічну симптоматику, що часто супроводжує тяжкі захворювання центральної нервової системи. Цей факт варто враховувати при розвитку цих дітей та їх соціалізації, інтеграції в умовах освітньої та соціальної інклюзії (Чуприков, & Хворова, 2012, с. 12<sup>174</sup>).

На думку С. Вернер, К. Скіор провідною моделлю сучасних суспільно-соціальних стосунків стосовно осіб з ООП, зокрема, дітей з аутизмом, визначено теорію включення (Scior, & Werner, 2015<sup>175</sup>). Означена теорія базується на «визнанні та повазі до індивідуальних людських відмінностей і передбачає збереження відносної автономії кожної суспільно-соціальної групи» (Шевцов, 2009<sup>176</sup>). Теорія базується на ідеї того, що не особистість має акліматизуватись до суспільних, соціально-економічних процесів, а безпосередньо суспільство має створити спеціальні умови задля задоволення ООП кожної окремої особистості (Тельна, Маланчій, Дацьо, Сидорів, Селепій, Весніна,... & Сидорів, 2019<sup>177</sup>). Тобто, суспільство має бути відкритим для кожного індивіда, не зумовлюючи його маргіналізацію. У центрі уваги цієї теорії стоїть автономність, участь у суспільній діяльності, соціалізованість, створення системи соціальних зв'язків, прийняття суспільством кожної окремої особистості (Шевців, 2016, с. 15-16<sup>178</sup>).

За таких умов особливої актуальності набуває включення або інтеграція дітей з аутизмом у суспільство, створення спеціальних

---

<sup>173</sup> Островська, К. О. (2006). Аутизм: проблеми психологічної допомоги: навч. посіб. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 110 с.

<sup>174</sup> Чуприков, А. П., & Хворова, Г. М. (2012). Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів: Мс. 184 с.

<sup>175</sup> Scior, K., & Werner, S. (2015). Changing attitudes to learning disability. *Posjećeno*, 20 (2019), 2016-08.

<sup>176</sup> Шевцов, А. Г. (2009). Освітні основи реабілітології: монографія. К.:«МП Леся. 484 с.

<sup>177</sup> Тельна, О. А., Маланчій, В. О., Дацьо, Н. О., Сидорів, С. М., Селепій, О. Д., Весніна, Н. В.,... & Сидорів, Л. М. (2019). Сходінки інклюзії: наук.-практ. посібник для педагогів, студентів та батьків. 2-ге вид., випр. та доп./за ред. СМ Сидоріва. Івано-Франківськ: видавець Кушнір ГМ.

<sup>178</sup> Шевців, З. М. (2016). Основи інклюзивної педагогіки: підручник. Київ: «Центр учбової літератури, 71.

умов для їх розвитку, соціалізації від самого народження впродовж усього життя. Створенню сприятливих умов для індивідуального розвитку, навчання і виховання кожної окремої дитини відповідно до її здібностей, особливостей, тобто забезпечення реалізації принципу дитиноцентризму, сприяє сьогодні Нова українська школа.

Наголос на тому, що у сучасних умовах освітня система має бути більш гнучкою, відповідати потребам всіх учасників освітнього процесу робить у своїх працях Т. Бут. Дослідник під «включенням» розуміє трансформацію й докорінну зміну ставлення суспільства до дітей з ООП, з якими має справу система освіти. На його думку, різні нозології дітей, що ускладнюють процес здобуття освіти останніми, не варто розглядати як джерело труднощів. Це атрибут реальності, який варто сприймати та враховувати; можливість забезпечити визначення норми, яку дослідник вбачає в розмаїтті. Тобто, залучення до освітнього процесу різних категорій учнів з рідними освітніми потребами є основою, на якій вибудовується вся гуманістична педагогіка (Хворова, 2010, с. 17-20<sup>179</sup>), яка лежить в основі побудови інклюзивної освіти закордоном і в Україні.

Сьогодні проблема інклюзивної освіти є вкрай актуальною і порушується в працях багатьох дослідників, таких як С. Альохіна, Н. Борисова, Т. Дмитриєва, Е. Самсонова, А. Сунцова та ін. Зазначимо, що в контексті аналізу умов і труднощів впровадження інклюзивного підходу, дослідники зазначають, що сегрегаційна система освіти дітей з інвалідністю розвивалася історично на пострадянських теренах, згідно з цією системою робота з цими дітьми здійснювалася у спеціальних закладах, установах, ізольовано від суспільства.

Незважаючи на значний внесок зарубіжних та вітчизняних учених у напрямі обґрунтування можливостей розвитку дітей з інвалідністю як повноправних членів суспільства, проблема інклюзивної освіти залишилась не достатньо розробленою. Ситуація змінилась останніми роками, коли діти з особливими освітніми потребами почали розглядатись з фокусу інтегрованих членів суспільства (Колупаєва, 2016, с. 12-13<sup>180</sup>). Однак, варто відмітити, що громадськість виявилася

---

<sup>179</sup> Хворова, Г. М. (2010). Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.03. К. 22 с.

<sup>180</sup> Колупаєва, А. А. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики : монографія. Київ: ТОВ «АТОПОЛ». 152 с.

не зовсім готовою до сприйняття такої ідеї соціального «включення» дітей з ООП, зокрема з аутизмом у систему загальної середньої освіти. Уваги потребує і перебудова соціально-просторового середовища, суспільної свідомості, типів взаємовідносин до цієї категорії дітей.

Зазначимо, що сьогодні у світі та в Україні спостерігається стрімке зростання кількості наукових напрацювань щодо дієвого включення цієї категорії осіб у суспільство, в освітній простір. Щодо надання освіти дітям з аутизмом, то у сучасній світовій освітній практиці існує кілька підходів, серед яких виділяють три основні:

– мейстрімінг (mainstreaming) – процес розширення соціальних контактів між дітьми з ООП та їх однолітками, розвиток яких відповідає суспільним і медичним нормам. Сюди віднесено: розширення позаурочних форм спілкування (участь у літніх таборах, клубах за інтересами, інших спільних масових заходах) (Колупаєва, 2016, с. 17<sup>181</sup>); поширення функціонування спеціальних класів для дітей з ООП у масових школах, для того, щоб налагоджувалися соціальні контакти, стосунки дітей з ООП з іншими дітьми, особливо в позаурочний час (Graham, & Spandagou, 2011<sup>182</sup>);

– інтеграція (integration) – як надання особі з інвалідністю прав і можливостей залучення до усіх видів соціального життя спільно з іншими індивідами незалежно від стану їхнього здоров'я; процес і стан поєднання низки соціальних елементів різних за якістю у функціонально єдиний організм; включення до певної вже існуючої системи (цілісності) тієї чи іншої соціальної групи чи індивіда, що асимілюється з системою й набуває ознак структурного, складового елемента (Чайковський, 2015, с. 69-73<sup>183</sup>);

– спроба залучити учнів з ООП до загальноосвітніх шкіл, інклюзія (inclusion) – передбачає пристосування закладів освіти, їх освітньої філософії до потреб усіх здобувачів освіти, здійснення змін на всіх рівнях освіти, організації особливої системи навчання, що охоплює

---

<sup>181</sup> Колупаєва, А. А. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики : монографія. Київ: ТОВ «АТОПОЛ». 152 с.

<sup>182</sup> Graham, L. J., & Spandagou, I. (2011). From vision to reality: Views of primary school principals on inclusive education in New South Wales, Australia. *Disability & Society*, 26(2), 223-237.

<sup>183</sup> Чайковський, М. Є. (2015). Інтеграція та інклюзія молоді з особливими потребами: соціально-педагогічна складова. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна*, (10), 69-73.

весь різноманітний контингент учнів і диференціює освітній процес, беручи до уваги потреби дітей усіх груп і категорій (Колупаєва, 2009, с. 21<sup>184</sup>).

Тобто, «включення» як процес визначає більш глибокі процеси, що відбуваються у суспільстві, тому є більш ближчим до поняття інклюзія а не інтеграція. Саме тому, включення дітей з аутизмом в освітній процес передбачає створення таких завладів, з такою освітньою філософією, згідно якої задоволення потреб усіх учнів (дитиноцентризм) був би основною метою їх діяльності, а врахування психофізіологічних, розумових задатків кожної окремої особистості, в тому числі і дітей з аутизмом, самоціллю їх розвитку.

Отже, у процесі вивчення аутизму відбувалася певна трансформація розуміння самого явища, його змісту, сутності й меж. Зокрема, як виявилось у процесі дослідження, не всі діти з аутизмом уникали соціальної взаємодії. Серед них траплялися й такі, які просто були пасивними чи проявляли соціальну активність якимось дивним чином. Варто відмітити, що клінічна картина аутизму варіювалася та різнилася як у різних людей, так і в однієї людини. Це залежало від інтелектуальних здібностей та віку кожного окремого індивіда. Відтак з'явилося поняття «аутистичний спектр», яке застосовували для того, щоб зафіксувати ідею про те, що те саме порушення може проявлятися по різному.

При побудові сучасних класифікацій аутизму дітей варто відобразити різні принципи. З одного боку, вони базуються на історичній спадкоємності уявлень про категорію цих розладів і головні клінічні прояви, з іншого - відображають наявні погляди на їх етіологію та патогенез.

При загальному визнанні діагностичної цінності критеріїв Л. Каннера й М. Ретта у розумінні важливості ознак аутизму, при з'ясуванні специфіки соціального розвитку дітей цієї категорії варто враховувати як попередньо визначені жорсткі критерії, так і зважати на цілісну картину прояву досліджуваного порушення. У зв'язку з цим, зазначимо, що при вивченні особливостей дітей з аутизмом не може бути «типових випадків»: кожен окрема особа з аутизмом

---

<sup>184</sup> Колупаєва, А. А. (2009). Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. Київ: «Самміт-Книга». 272 с.



характеризується індивідуальністю та відмінністю у соціальному розвитку. Діти з трьома або більше визначеними у науці симптомами, проте не мають повного набору критеріїв аутизму, чи іншого схожого на аутизм захворювання, можуть визначатися як діти, що мають «розлади аутистичного спектру» (РАС).

Зважаючи на суттєву складність самої проблеми, сьогодні вчені з різних наукових галузей продовжують досліджувати причини і перебіг аутизму та можливості корекції поведінки у дітей з РАС (Савчин, 2005<sup>185</sup>). Проблема вивчення РАС у дитячому віці привертає все більшу увагу корекційних педагогів і психологів. Висвітлюють це питання у своїх працях такі вчені, як Н. Івашура, О. Нікольська, К. Островська, Д. Шульженко.

Вважаємо, що цікавою є думка Д. Шульженко й О. Холодїй, які зазначають, що діти з аутизмом, позбавлені можливості спілкування з однолітками, ще до підліткового віку стають особами з інвалідністю з усіма негативними соціально-психологічними наслідками для них самих, рідних і оточення. Спілкування з однолітками має відбуватись в дошкільній, шкільній чи реабілітаційній установі, яка б відповідала їх дизонтогенетичним психофізичним, нейропсихологічним, психолінгвістичним особливостям (Шульженко, 2010, с. 8<sup>186</sup>).

В. Тарасун наголошує, що під час соціальних контактів дитина з аутизмом «здатна засвоювати соціальні норми, вчиться грати і спілкуватись, щоб його розуміли інші люди». Створені умови дозволяють не ізолювати дитину з аутизмом іншими дітьми, а навпаки, гратися і спілкуватися з ними (Тарасун, & Хворова, 2004, с. 59-64<sup>187</sup>).

О. Рассказова зазначає, що соціальність дітей з РАС розвивається досить ускладнено, оскільки постійно відбувається суперечність між двома процесами: кількісна недостатність чи низька якість контактів дитини з оточуючим середовищем та сенсорної надчутливості, що розуміється як гіпервиражена реакція на будь-які подразники оточуючого середовища та проявляється проблемною поведінкою,

---

<sup>185</sup> Савчин, М. В. (2005). Вікова психологія : навчальний посібник. Київ: Академвидав. 360 с.

<sup>186</sup> Шульженко, Д. І. (2010). Психологічні основи корекційного виховання дітей з аутистичними порушеннями: дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.08. Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ, 2010.480 с.

<sup>187</sup> Тарасун, В. В., & Хворова, Г. М. (2004). Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посіб. для вищ. навч. закл. за наук. Київ: Наук, світ. 100 с.

замкненістю, повною або частковою соціальною неспроможністю дитини (Рассказова, 2012, с. 233-237<sup>188</sup>). Тому, розвиток соціальної компетентності дитини з РАС є необхідним і можливим. Універсальним шляхом його процесу є включення її у спеціально створене соціальне середовище, не обтяжливе для дитини, беручи до уваги її гіперчутливість.

У міжнародній системі класифікацій дитячий аутизм входить у рубрику «Загальні розлади розвитку» як частина розділу «Порушення психологічного розвитку». Тут виокремлено наведені нижче форми загальних розладів розвитку:

- дитячий аутизм (аутичний розлад; інфантильний психоз; інфантильний аутизм; синдром Каннера);
- атиповий аутизм (помірна розумова відсталість з аутичними рисами; атиповий дитячий психоз);
- синдром Ретта;
- синдром Аспергера (шизоїдний розлад дитячого віку; аутична психопатія);
- дезінтегративний розлад дитячого віку (синдром Геллера; дезінтегративний психоз; симбіотичний психоз; дитяча деменція);
- гіперактивний розлад, який поєднується з розумовою відсталістю та стереотипними рухами (Галах, 2016<sup>189</sup>).

Американська психіатрична асоціація (DSM-IV) визначила групу загальних (наскрізних) розладів розвитку, що включає п'ять синдромів аутичного спектра:

- аутистичний розлад;
- синдром Ретта;
- синдром Аспергера;
- дезінтегративний дитячий синдром (CDD);
- нетиповий наскрізний розлад розвитку, куди входить і атиповий аутизм.

Зазначимо, що діагноз «дитячий аутизм» ставлять у випадку його розвитку у дітей віком до 3-х років (атиповий аутизм – у дітей 3-5 років). Його головними симптомами є: схильність до стереотипій та

---

<sup>188</sup> Рассказова, О. І. (2012). Розвиток соціальності учнів в умовах інклюзивної освіти: теорія та технологія: монографія. Харків: ФОП Шейніна О. В. 465 с.

<sup>189</sup> Галах, Т. В. (2016). Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом. Нетішин, 49 с.

непереносимість змін у довкіллі. Проте за наявності цієї спільності симптомів інші ознаки виявляють значний поліморфізм.

Головні симптоми різняться за особливостями характеру та за ступенем виявленості. Усе це підтверджує наявність декількох варіантів з різною клініко-психологічною картиною, різним прогнозом та різною соціальною адаптацією.

Варто зазначити, що доречної та правильної клінікопсихологічної класифікації, адекватної цим завданням, немає. Зазвичай, наявні класифікації побудовані за етіологічним чи патогенним принципами (Капська, 2001<sup>190</sup>).

О. Нікольська (Олексюк, 2019<sup>191</sup>) запропонувала власну класифікацію та виокремила чотири головні групи дитячого аутизму. В основу цієї класифікації лягли такі критерії: характер і ступінь порушень взаємодії з зовнішнім середовищем та тип самого аутизму. Аналіз описаних дослідницею особливостей кожної із груп дитячого аутизму свідчить, що у дітей I групи йдеться про відчуженість від зовнішнього середовища, II – відторгнення, III – заміщення і IV – гальмівний вплив довкілля на дитину.

Т. Скрипник (2010)<sup>192</sup>) у своїй монографії детально описала означені вище групи дитячого аутизму. Ми спробуємо представити її опис у більш короткому викладі нижче.

*Перша група* аутизму є найважчою. Діти цілковито відчужені від того, що відбувається, практично не говорять. В афективних станах можуть вимовити короткі слова й однотипні фрази. Через це може скластися враження, що вони тільки частково розуміють мову. Часто використовують звуки немовного характеру (щебетання, мимрення, свист); не реагують на зовнішні подразники (біль, голод, холод); не використовують цілеспрямованого погляду; не виявляють переляку, навіть у ситуаціях, загрозливих їхньому життю. Стереотипи виявляють в монотонності польової поведінки (безцільно лазять по меблях, пересуваються по кімнаті, бігають по контурах паркету).

---

<sup>190</sup> Капська, А. Й. (2001). Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: навчально-методичний посібник. Київ: УДЦССМ. 219 с.

<sup>191</sup> Олексюк, В. Р. (2019). Моделі психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами спектру аутизму. *Науковий вісник Мукачівського державного університету. Сер. Педагогіка та психологія*. Мукачево. Вип. 2 (2). С. 97-100.

<sup>192</sup> Скрипник, Т.В. (2010). Феноменологія аутизму: Монографія. К.: Видавництво “Фенікс”, 320 с.

Реакція самоагресії виникає у разі спроби змусити звернути увагу на кого-небудь чи на що-небудь. Діти з першою групою аутизму можуть годинами спостерігати за променем світла, що падає на підлогу, чи на вулицю за вікном.

*Друга група* аутизму: діти можуть функціонувати тільки у межах розкладу, звичному устрої життя, їх руйнування спричинює панічний страх. Наприклад, прогулянка - за звичним маршрутом, на ногах – черевики з шнурками конкретного кольору. Виявляють явні переваги в їжі. Діти цієї групи часто вважають за краще обходитися взагалі без мовлення, тоді як свої прохання висловлюють криком чи показують пальцем на предмет, що їх цікавить. Їм властиві ехолалії. Вцілому такі діти незграбні, але іноді вони досягають великої майстерності у діях конкретного характеру. Мислення у них буквальне, наявність підтексту спричиняє напругу.

*Третя група* «Книжкові діти» - це діти захоплені певними інтересами: можуть впродовж кількох років говорити на одну і ту саму тему чи малювати улюблених тварин. Такі діти багато говорять, можуть процитувати цілі сторінки художніх творів, проте часто інтонація не відповідає тексту, при спілкуванні не чують співрозмовника, не схильні до діалогу. Мовлення зазвичай квапливе, у розмові часто переставляють слова за сенсом. Під час спілкування не враховують індивідуальних інтересів конкретного співрозмовника. У досить ранньому віці засвоюють знання і формують словниковий запас за певною темою; є неорганізованими у побуті; не здатні до самообслуговування; не прагнуть до нового; бояться неочікуваних змін. Нововведення здатні прийняти тільки під власним контролем. Зациклюються на промовлянні та програванні неприємних ситуацій. Схильні до збереження сталості в довкіллі та демонстрації бажання відстояти стереотипність власної поведінки.

*Четверта група* – діти цієї групи здатні встановити контакт очей з співрозмовником; звернутися за допомогою й емоційною підтримкою до близьких людей; відчують вразливість і беззахисність. Є певна надзалежність від дорослого, що виявляється в безмовному питанні дитини: «Якої відповіді ви чекаєте від мене»? чи «Що ви вважаєте за правильне»? На перше місце у стереотипах як засобах захисту виходить «правильність»: схитрувати, обдурити -

неприйнятно. Є труднощі в організації спілкування і взаємодії; мовлення тихе і нечітке. Переважає мовлення й діалог, переказ тексту ускладнений. Здається іноді, що дитина зовсім не розуміє інструкції, однак живо реагує на ситуацію, яка її зачепила.

Результати аналізу низки наявних у науковій літературі класифікацій засвідчили, що індивідуальні прояви аутизму охоплюють широкий спектр. Синдром аутизму іноді підрозділяють на низько-, середньо- і високофункційний, використовуючи при цьому шкалу IQ чи рівень соціального розвитку. Зазначимо, що для цього типування поки ще не напрацьовано стандарту та довколо нього тривають суперечки. Аутизм також можна підрозділити на синдромальний та несиндромальний.

У першому випадку синдромальний аутичний розлад асоційовано з важкою розумовою відсталістю чи природженим синдромом з фізичними симптомами, наприклад, туберозним склерозом. В окремих дослідженнях зазначено, що встановлення діагнозу «аутизм» не через припинення розвитку, а через втрату дитиною мовленнєвих чи соціальних навичок (зазвичай, це відбувається у віці між 15 і 30 місяцями) (Скрипник, 2010<sup>193</sup>). Досі що немає єдиної думки щодо цієї особливості; можливо, регресивний аутизм – це специфічний підтип цього розладу.

Аутизм – комплексне порушення розвитку, для якого властиві різноманітні прояви, що проявляються ще у ранньому віці та мають сталий перебіг (Войтко, 1982<sup>194</sup>).

Вважається, що розпізнати прояви аутизму можна за такими ознаками: плач дитини, який може переходити у верещання; відсутній комплекс поживлення у дитини на голос матері, на її обличчя; у дитини 8-ми місяців не формується здатність наслідувати склади, вказівні та соціальні жести; не утримується контакт «очі в очі»; не відгукується на ім'я (зі слухом немає проблем); не просить допомоги; виконує постійно одноманітні дії; не намагається чимось поділитися;

---

<sup>193</sup> Скрипник, Т.В. (2010). Феноменологія аутизму: Монографія. К.: Видавництво «Фенікс», 320 с.

<sup>194</sup> Войтко, В. І. (1982). Психологічний словник. Київ: Вища школа. 218 с.

не терпить втручання у свою діяльність іншої людини (Островська, 2006<sup>195</sup>).

Окремі симптоми аутизму залишаються і в дорослих та часто трапляються у пом'якшеній формі. Зазначимо, що не можна визначити аутизм у людини по одному симптому. Для цього потрібно наявність характерної для людей з аутизмом тріади: вади соціальної взаємодії, обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки, порушення взаємної комунікації. Варто також пам'ятати, що окремі симптоми цієї «тріади» трапляються в людей з нормальним типом розвитку. Це, наприклад, аутизм як стан, що характеризується домінуванням замкненого внутрішнього життя, активним усуненням від довкілля, примітивністю вираження емоцій, що спостерігають у разі шизоїдного типу особистості (Скрипник, 2010<sup>196</sup>).

Варто відмітити, що чим швидше діагностовано аутизм у дитини, тим швидше будуть з дитиною працювати компетентні спеціалісти. Тому варто розібратися із змістом самого поняття «дитячий аутизм» та основними його характеристиками.

*«Дитячий аутизм», класичний аутизм чи синдром Каннера* – це розлад загального психічного розвитку, який діагностують у дітей віком до 3 років, враховуючи відсутність попереднього періоду нормального розвитку. Цей тип аутизму характеризується трьома групами ознак: якісними порушеннями соціальної взаємодії, якісними порушеннями спілкування, обмеженою та стереотипною поведінкою (Шевців, 2016<sup>197</sup>).

Характерним є те, що в дитини з аутизмом не формуються потрібні для спілкування рухи (рухи головою (згода/заперечення), вказівні жести, привітання, прощання, тощо). Будь які спроби «проникнути» у світ дитини, залучити її до контакту призводять до появи, спалаху тривоги, агресивних і самоагресивних проявів. Досить важко спіймати погляд дитини, залучити її увагу. До близький ставлення часто байдуже, їх поява чи відхід не продукують жодної реакції, однак, з часом таке ставлення може змінитися на підвищену

---

<sup>195</sup> Островська, К. О. (2006). Аутизм: проблеми психологічної допомоги : навч. посіб. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 110 с.

<sup>196</sup> Скрипник, Т.В. (2010). Феноменологія аутизму: Монографія. К.: Видавництво «Фенікс», 320 с.

<sup>197</sup> Шевців, З. М. (2016). Основи інклюзивної педагогіки: підручник. Київ: «Центр учбової літератури», 71.

прихильність, симбіотична єдність здебільшого з матір'ю, відсутність якої є нестерпною та спричинює паніку.

Діти з аутизмом дивно сприймають інших людей. Йдеться про те, що вони ставляться до людей як до неживих носіїв певних властивостей, предметів, що їх цікавлять. Зі слів батьків, їх діти «ходять повз людей, дивляться крізь людей, здаються сліпими, глухими» (Островська, & Островський, 2015<sup>198</sup>).

Дитина з аутизмом не бере участі у спільній грі. Вона боїться дітей і часто з їх наближенням з криком тікає. Виникає іноді прагнення поспілкуватися з дітьми, часто спостерігається бурхливий прояв почуттів. Однак, діти їх розуміють і навіть побоюються, так як такі обійми можуть бути задушливими. Проявляючи великі радощі дитина з аутизмом може заподіяти біль. Штовхнувши або ударивши іншого дитина з аутизмом повертає до себе увагу таким незвичайним способом. Трапляється, що якщо її беруть за руку, вона не чинить опору, а коли женуть – не звертає на це уваги. Слід усвідомлювати те, що аутизм – це не просто обмеженість стосунків з іншою особою, а прояв особливої форми стосунків із самим собою.

Зазначимо, що соціальна та побутова адаптація дітей з аутизмом відбувається доволі складно. Такі діти надзвичайно довго залишаються інфантильними, і, здається, що вони не здатні до самообслуговування. Однак, ці діти можуть свідомо використовувати дорослих для досягнення власних цілей. Наприклад, типова ситуація: трапляються ситуації, коли дитина відмовляється брати певні речі своїми руками та вимагає від дорослого його участі у цьому процесі (з соком чи ложку у той час, коли п'є чи їсть).

Дитина з аутизмом має також проблеми з комунікацією: може мовчати (не використовуючи при цьому ані звуків, ані жестів) чи щось говорити сама собі (бурмотати). Здебільшого, характеризується стуреотипним мовленням, яке часто звучить як безпосередня чи відтермінована ехолалія, спостерігається скандована вимова, прояв певної повторювальної вокалізації, тягуча інтонація та лепет. Дитина з аутизмом зазвичай не реагує на звернене мовлення, не відгукується, коли до неї звертаються на ім'я. Залежно від рівня збереження

---

<sup>198</sup> Островська, К.О. & Островський, І. П. (2015). Основи психолого-педагогічної та медичної діагностики дітей із спектром аутистичних порушень: навчальний посібник. Львів: Тріада плюс. 228 с.

інтелектуального потенціалу дитини, надалі розуміння мовлення може бути досить хорошим.

Головною проблемою дитини з аутизмом є брак або виражена недостатність комунікативної функції мовлення, що характеризується: монотонністю, відсутністю мелодійності, швидким чи повільним ритмом, неритмічністю, вимовлянням слів по складах чи їх видавлювання без жодної супровідної жестикуляції. Словник дитини може бути великим, проте слова часто не пов'язані між собою.

Зазначимо, що затримка розвитку мовлення в одних дітей з аутизмом має певний виражений характер, в інших – характеризується відмовою користуватися мовленням, у третіх – має плинний характер і швидко долається, у деяких – спростерігається ранній розвиток мовлення. Схема мовлення цих дітей тверда та малорухома. У них спостерігають аграматизми, вади зв'язного мовлення, своєрідне модулювання й інтонування (Марценковський, 2007<sup>199</sup>).

Т. Галах (2016)<sup>200</sup>, один з найбільш авторитетних дослідників аутизму, характеризує його кризь призму недостатності спілкування. Останнє є наслідком нерівномірності розвитку передумов спілкування чи первинних структурних порушень і вторинної втрати регулятивного впливу спілкування на мислення та поведінку.

«Передумови спілкування» такі:

- можливість сприймати й інтерпретувати інформацію адекватно;
- володіти на достатньому й адекватному рівні виразними засоби спілкування: мовленням, оптико-кінетичною системою знаків (міміка, жести, пантоміміка), пара- й екстралінгвістичною системою (паузи, інтонація, тощо), системи організації простору й часу комунікації та «контакту очима»;

- взаєморозуміння з його регулювальним впливом на мислення й поведінку;

- можливість планувати і гнучко варіювати поведінку, вибирати спосіб і стиль спілкування.

---

<sup>199</sup> Марценковський, І. А. (2007). Дитячий аутизм: особливі діти з особливими потребами. Здоров'я України. Педіатрія. Психіатрія. 18/1.

<sup>200</sup> Галах, Т. В. (2016). Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом. Нетішин, 49 с.



Для дітей з аутизмом також характерна непослідовність мовленнєвих проявів. Зокрема, ті, хто вміє говорити, говорить тільки тоді, коли вважають за потрібне. Інколи буває так, що у них вириваються окремі фрази, які ні до цього, ні після цього вони ніколи не вимовляли. У дітей з порушенням цілеспрямованого комунікативного мовлення можливе надмірне захоплення окремими мовленнєвими формами, складами та словами, постійна гра звуками, співи, римування, декламування віршів.

У дітей з аутизмом можна спостерігати безліч форм повторювальної й обмеженої поведінки. Її за шкалою Repetitive Behavior Scale можна розділити на наведені нижче категорії:

- компульсивна поведінка – навмисне дотримання деяких правил, (наприклад, розташування об'єктів певним чином);
- потреба в одноманітності, опір змінам (наприклад, відмова відволікатися на втручання іншої людини, опір переміщенню меблів);
- ритуальна поведінка – виконання повсякденних занять в одному і тому самому порядку і в один і той самий час (наприклад, дотримання незмінної дієти або ритуалу надягання одягу);
- стереотипія – безцільні рухи (наприклад, повертання голови, махи руками, розгойдування тулуба);
- обмежена поведінка – вузькосфокусована (наприклад, спрямовано на єдину телепрограму чи іграшку);
- аутоагресія – активність, що призводить чи здатна призвести до поранення самої людини (наприклад, укуси самого себе) (Кулик, 2013<sup>201</sup>).

Ситуацію, коли у дітей з аутизмом окремі характерні для раннього віку прояви можуть зберігатися довгі роки пояснюють нерівномірністю розвитку. Багато проявів аутизму розуміють та пояснюють як результат долучення захисних і компенсаторних механізмів, які дають дитині змогу встановлювати відносно стабільні, хоча й патологічні, взаємини зі світом (Островська, 2012<sup>202</sup>).

У дітей з аутизмом можуть також виникати справжні нав'язливості, які швидко автоматизуються та втрачають свій

---

<sup>201</sup> Кулик, В. Г. (2013). Аутичні діти: які вони? Дефектолог, 8, 4-6.

<sup>202</sup> Островська, К. О. (2012). Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом: монографія. Львів: Тріада плюс. 520 с.

невротичний характер. Описані К. Островською (2006<sup>203</sup>) псевдонав'язливості мають якраз ритуальні прояви. Органічна ригідність і схильність застрягати займають значне місце в їх формуванні. Про це свідчать результати клінічних і психологічних досліджень (методики Вартегга, малюнковими методики). Особи з аутизмом можуть роками відтворювати побачене й почуте, часто досить складні й довільні дії.

Закарбовані в пам'яті дитини з аутизмом певні схеми дій можуть переважати над безпосереднім сприйманням реальності. Повторювальні дії можуть набувати форм монотонних механічних ігор і складати основу складніших ігрових дій. Зазначимо, що порушення ігрової активності як основного виду діяльності у дитячому віці залежить від тяжкості стану й етапу динаміки аутизму. Воно може проявлятися у механічному маніпулюванні частинами власного тіла чи предметами (частіше – неігровими: гайками, ключами, мотузками тощо); неадекватному використанні іграшок, їх вибіркового користуванні; самотніх безсюжетних нерольових чи рольових іграх («спілкування з предметами»); тих або інших формах ігрової взаємодії. Такі маніпуляції можна назвати грою умовно, оскільки схожі одноманітні «маніпулятивні ігри» слід розглядати як демонстрація рудиментарних надцінних утворень на рівні наочно-дієвого мислення.

Ігри у багатьох дітей досить рано переростають у захоплення чи цілком поступаються їм місцем. Захоплення характеризують сталістю і незвичністю змісту, що не відповідає віку дитини. За умови поступального інтелектуального розвитку діти з аутизмом можуть досягати значної продуктивності у своїх захопленнях.

Виникають у дітей з аутизмом і проблеми з поведінкою у громадських місцях. Це може проявлятися через надмірний крик, хапання з полиць у магазині всього підряд, не дотримання режиму у дитячому саду (не слухає вихователів, не бере участі у заняттях). А якщо хтось звертає на неї увагу, починає нервувати.

Зазначимо, що соціально несхвальна поведінка, виникає у дитини з аутизмом, зазвичай, у місцях накопичення людей (вокзалах,

---

<sup>203</sup> Островська, К. О. (2006). Аутизм: проблеми психологічної допомоги: навч. посіб. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 110 с.

супермаркетах, гостях). Основною причиною такої поведінки – фізичний дискомфорт, який можуть спричинити надмірні слухові та зорові враження, неприємні тілесні (тактильні) відчуття.

Дитина з аутизмом також має проблеми з моторикою: є незграбною у порівнянні з однолітками, позбавленою невимушеності; вона не спроможна марширувати, їй важко стрибати, має порушену координацію, маріонетковий характер рухів. Останні координуються слабо, дитина неспроможна керувати розподілом м'язового тону; спостерігається анімія, скутість пози, невелика кількість жестів. При цьому, зазвичай, такі діти люблять, щоб їх обіймали, загортали у ковдру, гойдали тощо.

У ранньому дитинстві виявляють ознаки порушеного реагування на зовнішні стимули. Дитина з аутизмом зазвичай вивчає предмети, облизуючи й обнюхуючи їх; є занадто чутливою до дотиків; не любить мати липкі руки (через бруд, фарбу); не любить одягати шапку і рукавички, мити і підстригати волосся, не любить хрустку їжу та таку, що вимагає тривалого жування. Дитина з аутизмом любить певну музику, відгукується на конкретні приємні їй звуки; любить звукові іграшки (музичні).

Дитина з аутизмом часто проявляє тактильну самостимуляцію (наприклад, б'є себе по вухах руками, кусає та стискає губи, згинає й розгинає пальці рук, перебирає ними, бавиться, потріпує, змахує зап'ястями рук; ходить і бігає навшпиньки; любить оберти навколо себе. При цьому, повторюючи ці всі рухи, дитина з аутизмом зосереджується на тілесних відчуттях. Усі рухи посилюються, коли дитина помічає вторгнення в її гру, якісь зміни у звичних для себе обставинах, чи чує звернення до себе. Це свого роду певна «сенсорна гра», яка виконує певні функції: стимулює периферійний зір, слух чи дотикові відчуття (Островська, & Островський, 2015)<sup>204</sup>.

Варто також зазначити, що дитина з аутизмом має певні порушення сенсорної системи, які характеризуються, за Марценковським (2007)<sup>205</sup>:

---

<sup>204</sup> Островська, К.О. & Островський, І. П. (2015). Основи психолого-педагогічної та медичної діагностики дітей із спектром аутистичних порушень: навчальний посібник. Львів: Тріада плюс. 228 с.

<sup>205</sup> Марценковський, І. А. (2007). Базові принципи надання медичної допомоги дітям з розладами загального розвитку – розладами зі спектра аутизму. *Нейро-News: психоневрологія і нейропсихіатрія*. Вип. 2.

1) фрагментарністю сприймання зовнішньої інформації (фіксація на певних зорових об'єктах, звукових чи дотикових враженнях);

2) труднощами одночасного сприймання інформації, що поступає від різних органів відчуття (бачить та не чує; чує та не відчуває);

3) заниженою чи суттєво завищеною чутливістю на певних зовнішніх подразниках, через що мозок не здатний усвідомити отриману через органи чуття інформацію й узагальнити її в образи та оформити у поняття.

Станом на сьогодні нозологічну самостійність означеного розладу не визначено. Існує думка, що цей синдром є м'яким варіантом розладу аутистичного спектру.

*Синдром Аспергера*, як й інші форми дитячого аутизму, починається в ранньому дитячому віці, проте діагностують його досить часто тільки тоді, коли діти йдуть у школи та виникають труднощі у налагодженні взаємин з іншими дітьми. Зазначимо, що при цьому особливості соціальної взаємодії виражені менше, аніж у випадку дитячого аутизму. Діти з синдромом Аспергера не ігнорують цілком присутність іншої людини, мають не такий глобальний розрив з реальністю. Для них характерні егоцентризм, низька здатність до взаємодії з однолітками, відсутності спільного інтересу з оточуючими дітьми. Вони не здатні зав'язувати й підтримувати дружні стосунки. Їх переслідує почуття самотності, яке пов'язане швидше за все з низькою якістю наявних стосунків, аніж з невеликою кількістю друзів.

Натомість з дорослоти такі діти демонструють надтовариськість, відсутність усяких меж. Діти можуть розпочати розмову на вулиці зовсім з незнайомою людиною, поводитися вільно, підходити до людей, говорити з ними, чіпати їх за одяг. Це є свідченням того, що ці діти не здатні оцінити ситуацію; не вміють поставити себе на місце іншого, неспроможні бачити реакцію іншої людини.

Загальною рисою дітей з аутизмом незалежно від ступеня їх інтелектуального розвитку є неспроможність використовувати мовлення, міміку і жести з комунікативною ціллю. Для осіб із синдромом Аспергера характерним є також «резонерство», через яке їхнє мовлення набуває характеру «розірваності».

Діти з аутизмом часто використовують слова без роздумів, інколи помилкові, оперують недостатньо продуманими поняттями, замінюють одне поняття іншим (Е. Блейлер). Вони не проявляють зацікавленості в увазі співрозмовників, не відчують, коли іншим уже важко чи нецікаво їх слухати. Їх мовленнєва поведінка носить однотипний характер як за формою, так й за змістом. Зокрема, особа з синдромом Аспергера в ділових ситуаціях і дружніх стосунках може розповідати про обставини свого особистого життя з однаковими подробицями. Це відбувається тому, що мовлення осіб з аутизмом не є знаряддям їх думки чи засобом спілкування між людьми.

Щодо зовнішнього вигляду таких дітей, то для них характерним є: відчужений, зосереджено-самозаглиблений (брови зрушені, погляд спрямований), «загадковий» вираз обличчя з бідною мімікою; фіксований погляд з несподіваною фіксацією на випадкових предметах та людях; відсутність виразних мімічних рухів, «бідна» жестикуляція.

Дітей з синдромом Аспергера у школі сприймають як диваків. Зазвичай, у них немає друзів. Вони більш схильні до чіткого розпорядку й ритуалів, аніж діти з класичним аутизмом. Дії у них начебто не відповідають цілям, переважають аутистичні інтереси. Саме на виконання останніх діти із синдромом Аспергера спрямовують усю свою енергію. До того ж у них сформована недостатньо довільна і цілеспрямована діяльність. Їх поведінку визначають імпульсивність, брак єдності та внутрішньої логіки, протилежні афекти й бажання.

Для дітей із синдромом Аспергера характерна прихильність до дому та відсутність прихильності до близьких; можливий розвиток афективних розладів, стертих нав'язливостей, поява фобій, іпохондричних скарг. Порушення такого роду виникають зазвичай у періоди фізіологічної кризи, інколи під впливом травмуючих зовнішніх чинників.

На відміну від класичного аутизму у дитини з синдромом Аспергера не спостерігають загального недорозвинення мовлення або пізнавальних функцій. Варто зазначити, що більшість дітей з цим синдромом мають високий рівень розвитку інтелекту, рано починають говорити і читати. Усеж у них спостерігають

неузгодженість з іншими структурними складниками психіки, особливо – функціями соціального інтелекту. Діти з цим синдромом важко відтворюють знання, які є вкрай нерівномірними; їх активна й пасивна увага є нестійкими; інтереси – скоріше абстрактні, навіть одержимі; у них відсутня зацікавленість реальним життям; спостерігається типова непристосованість у побутових обставинах; вони здатні до накопичення великої кількості знань та неможливості їх застосувати у практичному житті.

*Синдром Ретта* вирізняється від двої описаних вище синдромів РАС. По-перше, цей синдром спостерігається практично тільки у дівчаток, по-друге, він виникає після періоду нормального розвитку, по третє, характеризується вираженою нейроморфологічною патологією й поєднанням психічних розладів з важкими неврологічними порушеннями.

Характерними особливостями цього синдрому є те, що у віці 1-3 років відбувається регрес нервово-психічного розвитку дитини, що супроводжується нападами крику, неспокою, порушеннями сну. Впродовж кількох тижнів-місяців дитина втрачає усі набуті навички (зникають спрямовані рухи рук, дитина перестає говорити); одночасно з'являються характерні стереотипні рухи, що нагадують «миття рук». У дитини можливі судомні напади, що чергуються з періодами гіпервентиляції. Якщо симптоми важкі – є втрата контакту з іншими людьми. 1-2 стадії розвивається досить стрімко і драматично. Нерідко при цьому дітям ставляють діагноз енцефаліт.

3 стадія припадає на дошкільний і ранній шкільний вік. Стан дітей у цей час відносно стабільний. Однак, наявні судомні напади, глибока розумова відсталість та екстрапірамідні розлади (дистонія м'язів, гіперкінези, атаксія). У цей час напади неспокою відсутні, сон покращується, емоційний контакт з дитиною стає можливим.

4 стадія починається наприкінці першого десятиріччя життя з прогресування рухових розладів: хворі нерухомі, наростають спастичність і м'язові атрофії, вторинні ортопедичні деформації (сколіоз), з'являються відставання в рості, у деяких хворих – кахексія (виснаження), вазомоторні розлади, особливо на нижніх кінцівках. Можливе емоційне спілкування з хворим оскільки судоми рідкі.

Особи з синдромом Ретта можуть перебувати десятки років у такому стані.

Діти з синдромом Ретта здатні до часткової взаємодії, навіть у випадку коли засоби комунікації стають менш доступними через певний регрес розвитку. У спілкуванні наявні ехолалії. Спостерігається досить добре слів, однак обмежене розуміння слів з абстрактним значенням. У більшості дівчат, за умови втрати мовлення і здатності до жестикуляції, може розвиватися спілкування за допомогою погляду, як певна компенсація, яка у шкільному віці зазвичай посилюється.

Майже всі дівчата зі збереженим мовленням демонструють одноманітно-монотонну поведінку. Відбувається втрата набутих цілеспрямованих рухів рук.

У дівчат спостерігається глибока затримка психомоторного розвитку; порушення координації, що захоплюють тулуб і кінцівки; спостерігаються тремор, порушення рівноваги, похитування при ходьбі; загальмованість рухів.

Можна діагностувати загальний моторний неспокій. Окремі особи з синдромом Ретта не встигають набути навички ходи при ранніх проявах хвороби; багато дітей, які вміли ходити, утрачають цю здатність. Спостерігається низький рівень психологічного тону; обличчя у дитини поступово набуває сумного, «неживого» виразу, погляд стає розфокусованим або спрямованим в одну точку.

У дітей з синдромом Ретта виражене відсторонення, часом з'являється легке бажання до спілкування, інколи є певне збереження емоційного ставлення до рідних. В окремих випадках можливі напади примусового сміху, що супроводжуються проявами імпульсивної поведінки.

Для таких дітей характерне відставання в інтелектуальному й мовленнєвому розвитку; глибоке пошкодження експресивного й імпресивного мовлення. Їх відповіді стають одноманітними чи ехолалійними, з часом мовлення зовсім може зникнути.

Варто зазначити додатково, що на сьогодні накопичується все більше описів випадків синдрому Ретта у хлопців (Скрипник, 2011<sup>206</sup>).

---

<sup>206</sup> Скрипник, Т. (2011). Дослідження батьківських концепцій аутизму. *Дефектологія*, 4, 10-13.

*Атиповий аутизм* – тип загального розладу розвитку, який вирізняють від дитячого аутизму віком початку, браком хоч би одного з трьох діагностичних критеріїв. Так, та чи інша ознака аномального і/чи порушеного розвитку вперше з'являється тільки у віці після 3-х років; і/чи тут немає досить виразних порушень в одній або двох з трьох психопатологічних сфер, потрібних для діагнозу аутизму, у супереч характерним аномаліям в інших сферах (Галах, 2016<sup>207</sup>).

Виникнення атипового дитячого аутизму відбувається за певних форм клінічної патології, у випадку, коли ураження мозку є одним з головних проявів порушення розвитку різних органічних мозкових процесів, зумовлених хромосомними хворобами (ФКУ, хвороба Дауна, синдром Х-ламкої хромосоми тощо) та важких обмінних порушень в організмі.

Аутизм в окремих випадках розвивається на тлі вираженої розумової відсталості. Мова про те, що атиповий аутизм найчастіше виникає у дітей з глибокою розумовою відсталістю, з дуже низьким рівнем функціонування. Він також трапляється у осіб з важким специфічним розладом розвитку рецептивного мовлення.

*Психогенний аутизм* діагностують у дітей з порушеннями спілкування й недостатнім рівнем розвиненості комунікативних функцій, затримкою розвитку мовлення та моторних навичок. Як правило, такі діти, перебуваючи на одинці, мовчки займаються одноманітною грою чи бездіяльно лежать на підлозі. Можна спостерігати також застигання в одній позі й ехोलалію. Час від часу у них може виникати моторне занепокоєння, наприклад біг, стрибки чи тривале одноманітне розгойдування, смоктання пальців, елементів одягу, вертіння зап'ястями рук. При спілкуванні з дорослими діти з психогенним аутизмом вкрай неактивні й часом байдужі, не реагують на звертання чи показ яскравих іграшок. Не спостерігається у них і орієнтовної реакції на нові предмети та людей. Не виникає радощів з приводу побачених солодоців, цуценяти чи кошеняти. Приклади останньої поведінки є типовими для дітей з нормальним типом розвитку.

---

<sup>207</sup> Галах, Т. В. (2016). Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом. Нетішин, 49 с.



Аутистичні розлади у дітей можуть досягати ступеня псевдосліпоти та псевдоглухоти. Тільки повторна тактильна, звукова, зорова стимуляція дає змогу виявити в них орієнтовну реакцію, наприклад, стеження очима. Варто зазначити, що якщо немає реакції на подразники звичайної гучності й сили, то може виникнути реакція на імперативний наказ, висловлений підвищеним тоном (чи на шепіт). Багато дітей байдужі до змінення звичного стереотипу.

Зазначимо, що поведінка дітей з психогенним аутизмом нагадує синдром Каннера, однак на відміну від нього за активної стимуляції ці діти здатні до навчання та наслідування (наприклад, ігрових дій). Їм не притаманний негативізм й парадоксальні реакції; емоційна сфера у них недорозвинена; можливим є розвиток депресивних станів з соматичними скаргами, плаксивістю, адинамією й астеною.

Відомо, що аутистичні розлади призводять до вторинної затримки розумового розвитку. У міру дорослішання дитини парааутичний синдром зазнає часткового зворотного розвитку: мовлення формується із запізненням, здібності до спілкування розвиваються повільно, рідше виникають депресивні стани. Усе виразніше проявляються емоційна незрілість, особистісні особливості, недостатня здатність до співпереживання, понижена мотивація до праці, інколи – ускладнення з налагодженням міжособистісних зв'язків (як з дорослими, так і з однолітками). Разом з проявами затримки розумового розвитку це формує своєрідний дефіцитарний тип особистості, що є іншою формою деприваційного аутизму.

Елементи аутичних розладів можна спостерігати у особливостях поведінки осіб, які позбавлені повноцінного спілкування з навколишнім світом у випадках слухової, зорової (у разі глухоти, сліпоти, глухонімоти) й іншої депривації (у разі ДЦП). Однак, такі форми аутичних розладів вирізняє збереження емоційної сфери, її підвищена чутливість до зовнішніх дій, дратівливість і афективна лабільність. У таких осіб зовсім немає моторних проявів аутизму та стереотипності у поведінці.

Варто наголосити, що тимчасову затримку психічного розвитку й мовлення (за винятком випадків глухонімоти) коригують конкретними педагогічними діями у спеціально створених умовах. При правильній корекційно-розвитковій діяльності, такі діти можуть

досягати високого рівня інтелектуального розвитку. Однак, в окремих випадках, в дорослому віці вони все ж залишаються менш товариськими (Островська, & Островський, 2015<sup>208</sup>).

Варто звернути увагу на те, що аутизм в усіх його формах зараз добре діагностується. Далі – правильно вибудована індивідуальна програма розвідку, що дозволить покращити індивідуальні показники розвитку кожної окремої дитини. Диференційна діагностика РАС ґрунтується на знанні ядерних проявів аутизму як особливого психічного розвитку та на володінні інформацією щодо етапів нормального психічного розвитку дитини.

Ранню діагностику аутизму вважають можливою, оскільки РАС з відповідно оформленим комплексом симптомів можна виявити ще в ранньому віці. Діагностика має бути точною, зважати слід на симптоми а не на особистість дитини. У випадку ускладнення при постановці діагнозу, дитина має увійти у групу ризику та перебувати під постійним спостереженням лікаря (дитячого психіатра чи психоневролога) і спеціального психолога (вчителя-дефектолога).

Зазвичай у поле зору фахівців дитина з РАС потрапляє не раніше 2-3-х років, коли порушення вже стають досить явними. Часто батьки самі починають помічати, що їх дитина «не така як усі», наприклад має затримку мовленнєвого розвитку чи порушення слуху.

Трохи пізніше, під час розмови з фахівцем удається з'ясувати, що вже на першому році життя дитина мала обмежене гуління, що нагадувало вигуки, верещання. В той же час не було імітації звуків, відсутня реакція на людей, характерного для дитини з нормальним типом розвитку похваллення, при якому дитина демонструє позитивні емоційно-рухові реакції на появу дорослого (мами, її голос, обличчя, дотики) чи на яскраві іграшки, приємні звуки тощо (Марценковський, 2007)<sup>209</sup>.

Для розробки ефективної індивідуальної програми розвитку дитини з РАС необхідно вивчити її індивідуальні психологічні особливості. Для цього можна використати такі методики:

---

<sup>208</sup> Островська, К.О. & Островський, І. П. (2015). Основи психолого-педагогічної та медичної діагностики дітей із спектром аутистичних порушень: навчальний посібник. Львів: Тріада плюс. 228 с.

<sup>209</sup> Марценковський, І. А. (2007). Дитячий аутизм: особливі діти з особливими потребами. Здоров'я України. Педіатрія. Психіатрія. 18/1.

- опитувальник для батьків,
- шкала тестів розумового розвитку А. Біне-Т. Сімона (варіант Л. Термена),
- нейропсихологічна діагностика в дошкільному віці (О. Лурія),
- зорово-моторний Бендер гештальт-тест,
- анкета СНАТ,
- шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS),
- профіль шкали розвитку PEP-R,
- діагностичні методики LEITER-3, ADI-R, CASD, SQR, які широко використовуються для діагностики аутизму.

Спробуємо коротко охарактеризуємо кожен з названих методик.

**Опитувальник для батьків** – дозволяє зібрати значну частину необхідної інформації про можливі форми взаємодії з дитиною зі слів батьків дитини з РАС (Скрипник, 2011<sup>210</sup>).

Застосування цієї діагностичної методики включає проведення вступного інтерв'ю, що триває 1,5-3 години, під час якого збираємо докладну інформацію, що стосується життя сім'ї. Важливо, щоб на першій зустрічі були обидва батьків без дитини. Це сприяє зниженню рівня суб'єктивності ставлення до дитини і дає змогу почути різні погляди, що стосуються розвитку й поведінки дитини в тих чи інших ситуаціях (до і після 3-ох років).

Опитувальних для батьків передбачає якісний аналіз особливостей поведінки дитини з РАС.

**Анкета СНАТ** (Checklist for Autism in Toddlers) розроблена Барон-Коуен і колегами (Allen, Gillberg) у 1992 р. (Тарасун, & Хворова, 2004, с. 59-64<sup>211</sup>) для спостереження за балансом здоров'я дітей з РАС. Це короткий і легкий у використанні опитувальник, застосування якого займає близько 15 хвилин. СНАТ складається з двох частин, містять закриті питання і передбачають відповідь «так» / «ні»:

перша частина (А) передбачає закриті запитання щодо функціонування дитини в дев'яти сферах;

друга частина (Б) складається з п'яти пунктів, носить експериментальний характер і полягає в тому, щоб дослідник оцінив

<sup>210</sup> Скрипник, Т. (2011). Дослідження батьківських концепцій аутизму. *Дефектологія.*, 4, 10-13.

<sup>211</sup> Тарасун, В. В., & Хворова, Г. М. (2004). Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посіб. для вищ. навч. закл. за наук. Київ: Наук, світ. 100 с.

рівень виконання дитиною 9 простих завдань. Отримані результати можна порівняти з інформацією, отриману від батьків дитини.

Перевагою опитувальника СНАТ є зручність у використанні. Варто зазначити, що початкова бесіда з батьками до початку застосування анкети сприяє зниженню напруги та встановленню довірливих відносин, налагодити контакт з батьками та зробити перший крок у налагодженні контакту з дитиною.

**Нейропсихологічна діагностика О. Лурія**, в основі якої лежить концепція про три функціональні блоки мозку, дозволяє диференціювати труднощі навчання і поведінки, обумовлені індивідуальними особливостями функціонування мозкових структур, дезадаптацію, пов'язану з неправильним педагогічним впливом чи патохарактерологічними особливостями особистості дитини.

Ця методика не обмежується виявленням лише слабких сторін у розвитку дитини. Вона також визначає зону найближчого розвитку та сприяє побудові індивідуальної програми корекційно-розвиткового навчання дитини (Островська, & Качмарик, 2001<sup>212</sup>).

Програма враховує двосторонню взаємодію між морфогенезом мозку і формуванням психіки. Відомо, що для появи певної функції потрібен відомий ступінь зрілості нервової системи, функціонування й активний корекційно-розвивальний вплив сприяють дозріванню відповідних структурних елементів. Ця діагностика дозволяє оцінити: загальну характеристику дитини, її рухи і дії, гнозис, мовленнєві функції, пам'ять, інтелект.

Для оцінки кожної сфери використовують тести, кількість яких є різною. Сумарний бал, отриманий при діагностиці кожної окремої психічної сфери, ділиться на кількість проведених проб.

Бальна оцінка кожної проби:

– організована як система штрафів: тобто що вищий бал, то гірше виконана проба;

– здійснюється за шестибальною шкалою на основі виявлених труднощів, ступеня їх прояву у порівнянні з нормативними показниками відповідної вікової групи;

---

<sup>212</sup> Островська, К. О., & Качмарик, Х. В. (2001). Комплекс психодіагностичних методик для визначення ступеня аутизму та рівня розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень, Сертифікат: СЕ №2640157 від 14.01.2001.

– дозволяє також визначити сумарний бал дефіцитарності у кожній психічній сфері і загалом для дитини, щоб адекватно оцінити ступінь недорозвитку, об'єктивувати динаміку розвитку при лонгitudному відслідковуванні в ході корекційного впливу.

Загальна характеристика дитини передбачає оцінку таких параметрів: адекватності, критичності, орієнтації дитини та виконання коректурної проби.

Обстеження рухів і дій охоплює проби на: реципрокну координацію, праксис пози пальців, оральний та динамічний праксис, копіювання простих геометричних фігур, умовну реакцію вибору, відтворення ритмічних структур.

Обстеження гнозису оцінюється на основі виконання проб на: предметний гнозис, акустичний гнозис, впізнання просторово орієнтованих простих фігур, ідентифікацію емоцій.

Обстеження мовленнєвих функцій передбачає оцінку спонтанного мовлення, проб на називання, розуміння (співвіднесення з картинкою) слів та логіко-граматичних конструкцій.

Обстеження пам'яті здійснюється на основі оцінки слухомовленнєвої пам'яті, зорової, рухової, а також запам'ятовування розповіді.

Обстеження інтелекту містить тести на розуміння сенсів: розповіді, сюжетних картинок, виведення аналогій та відкидання (заперечення) понять.

**Зорово-моторний Бендер гештальт-тест** застосовується для:

– діагностики ступеня розвитку структурних зорово-моторних функцій у дітей,

– вивчення розумової відсталості, феноменів регресії, вираження порушень окремих функцій та органічних мозкових дефектів і в дорослих, і в дітей,

– дослідження особистісних відхилень, особливо тих, які пов'язані з регресивними проявами (Тарасун, & Хворова, 2004, с. 59-64<sup>213</sup>).

Цей тест використовують для оцінки рівня розвитку здібностей до просторової організації візуального стимульного матеріалу та зорово-

---

<sup>213</sup> Тарасун, В. В., & Хворова, Г. М. (2004). Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посіб. для вищ. навч. закл. за наук. Київ: Наук, світ. 100 с.

моторної координації в дітей віком 3-12 років; ступеня порушення організації перцептивних і моторних функцій у хворих з різними органічними ураженнями головного мозку і психічними захворюваннями.

В основу тесту лежить ідея того, що гештальт-функція може бути визначена як інтегральна характеристика організму, за допомогою якої він відповідає на пред'явлену сукупність 13 стимулів як єдиного цілого, таким чином, що сама відповідь є цілісною структурою чи гештальтом. Останні визначають структуру відповіді. Будь-яке відхилення в цілісності організму буде відобразитися на сенсомоторному патерні, що є результативною відповіддю на пред'явлений стимульний патерн.

Стимульний набір тесту охоплює 9 оригінальних фігур Вертхеймера. Науковець їх відібрав серед тих, які він використовував для психологічного дослідження сприйняття візуальних гештальтів. Фігура А використовується для ознайомлення із завданням; фігури з 1 по 8 застосовуються для діагностичного тестування і пропонуються дитині послідовно для копіювання на листах білого паперу форми А4.

Для інтерпретації тесту кожна фігура оцінюють за трьома параметрами балами від 0 до 5: виконання кутів, орієнтація елементів, взаємне розташування елементів. Також оцінюють загальні тенденції (від 0 до 6 балів): послідовність розташування фігур на листі паперу; наявність виправлень; тенденція до збільшення чи зменшення розміру малюнків чи різка відмінність у розмірах малюнків; перекриття фігур; старанність виконання тесту; відмова від виконання завдання.

Результати подіються як сума балів по кожній з фігур і по загальних тенденціях та як повна сума балів, що співвідноситься з таблицею вікових норм, яка містить середній бал, а також діапазон норми для кожного віку від 6 до 11 років.

**Шкала тестів розумового розвитку А. Біне-Т. Сімона** відзначається простотою, доступністю, навіть для дітей з глибоким ураженням мозку.

Шкала тестів розумового розвитку А. Біне-Т. Сімона передбачає дослідження розумового розвитку дітей конкретного віку, починаючи від 3 і до 15 років. Для кожного віку обирається по 6 тестів, тоді як для 12-річних – 8 тестів. Дослідження проводять так, що дитині

конкретного віку даються тести, розраховані для дітей молодших на два роки за дитину-респодента. У випадку позитивних відповідей – переходять до наступного рівня, зупиняючись на шкалі того віку, тести якого дитина не може розв’язати. Кожен тест оцінюється позитивно чи негативно відповідно до вказівок до кожного завдання (Хворова, 2010<sup>214</sup>).

**Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS)** – складається з 15 пунктів, які дозволяють діагностувати дітей з аутизмом, відрізнити їх від дітей з вадами розвитку, але без синдрому аутизму; дає можливість діагностувати ступінь аутизму від легкого – помірного до значного (Островська, & Качмарик, 2001)<sup>215</sup>.

Характерні риси шкали CARS: введення пунктів, що показують різноманітні діагностичні критерії, що відносяться до поширеної 15 симптоматики аутизму як синдрому; заміна суб’єктивних клінічних спостережень об’єктивними, що дають змогу оцінювати безпосередньо під час біхевіорального спостереження.

Шкала оцінювання проявів дитячого аутизму (CARS) вміщує 15 шкал: взаємини з людьми, емоційна реакція, імітація, володіння тілом, адаптація до змін, використання об’єктів, слухова реакція, зорова реакція, смак, запах, реакція на дотик, їх використання, вербальна комунікація, невербальна комунікація, боязкість або нервозність, рівень активності, рівень і ступінь інтелектуального розвитку, загальне враження. Кожна шкала оцінюється від 1 до 4 балів. Сумарний бал по всіх шкалах дає змогу виявити наявність чи відсутність порушень аутистичного спектру, а також визначити рівень аутизму: 15 - 30 балів свідчать про відсутність аутизму; 30-37 балів – легка або помірна форма аутизму; 37 - 60 балів – важкий аутизм.

**Шкала оцінювання розладів спектра аутизму (CASD)** – включає 30 питань-симптомів, які визначають проблеми поведінки дитини в 6 областях: проблеми з соціальною взаємодією; тілесно-чуттєві (соматосенсорні) порушення; нав’язливі дії (персеверації); порушення настрою; відхилення у спілкуванні і розвитку; проблеми з увагою і розумінням небезпеки.

---

<sup>214</sup> Хворова, Г. М. (2010). Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.03. К. 22 с.

<sup>215</sup> Островська, К. О., & Качмарик, Х. В. (2001). Комплекс психодіагностичних методик для визначення ступеня аутизму та рівня розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень, Сертифікат: СЕ №2640157 від 14.01.2001.

Кожне питання опитувальника за наявності певних відхилень у розвитку оцінюється у 1 бал, в той час як нормальний розвиток дитини оцінюється в 0 балів. Сумарна кількість балів за результатами 16 опитування – 15 балів – визначає зону ризику порушення аутистичного спектра. Відповідно, > 15 – відповідає легкому, помірному та важкому ступеню розладів аутистичного спектру.

**Опитувальник ADI-R** – це структуроване інтерв'ю, яке дають батьки / опікуни про свою дитину, спрямоване на виявлення порушень у таких сферах: аспекти поведінки; мова і мовлення; соціальна взаємодія; стереотипна поведінка і вузькоспрямовані інтереси. Складається з 93 пунктів, які викладені на 85 сторінках тексту. Питання інтерв'ю стосується таких сфер як: біографічні дані, вступні питання (1), ранній розвиток (2-8), набуття і втрата мовлення / інших навичок (9-28), мовлення і комунікація (29-49), соціальний розвиток і гра (50-59), улюблені заняття / іграшки (60-66), інтереси та форми поведінки (67-79), загальні форми поведінки (80-87), особливі ізольовані здатності (88-93).

Загальний час опитування батьків становить 1,5-2 години. Опитувальник дозволяє встановити психологічний вік дитини – від 2-х років.

**Скринінгова діагностична методика SQR** містить: 40 питань в трьох сферах: соціальна взаємодія, спілкування, обмежені, повторні та стереотипні паттерни поведінки.

Опитувальник передбачає застосування 2 алгоритмів: 1) опитування «Протягом життя» - з акцентом на віці 4-5 років; 2) опитування «В даний час» - з акцентом на поведінці в останні 3 місяці.

Опитувальник заповнюється зазвичай батьком / опікуном для дітей від 4 років. Визначає рівень психічного розвитку дитини – від 2 років.

**Профіль шкали розвитку PEP-R** (Островська, & Качмарик, 2001<sup>216</sup>) є концепцією оцінки розвитку дітей з РАС, а також дітей з порушеннями психофізичного розвитку. Результати, отримані в тесті PEP-R, використовують для укладання «Індивідуальних програм

---

<sup>216</sup> Островська, К. О., & Качмарик, Х. В. (2001). Комплекс психодіагностичних методик для визначення ступеня аутизму та рівня розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень, Сертифікат: СЕ №2640157 від 14.01.2001.



навчання».

PEP-R є добіркою поведінок і вмінь та служить для діагностики характерних для конкретної дитини способів навчання. Тест призначається передовсім для дітей, які перебувають на дошкільному чи нижчому рівні, тобто у віці від 6 місяців до 7 років. Якщо дитина є старшою, але немає ще 12 років, PEP-R може надати потрібну інформацію у випадку, коли деякі функції розвитку дитини є нижчими рівня першого класу.

PEP-R містить шкали розвитку та поведінки. Шкала розвитку поділена на сім сфер: 1) наслідування, 2) сприйняття, 3) дрібна моторика, 4) велика моторика, 5) зорово-рухова координація, 6) пізнавальна діяльність, 7) спілкування, активне мовлення. Система оцінювання результатів за шкалою розвитку містить оцінку «зараховано» або «не зараховано», що свідчить про однозначність виконання або невиконання завдання, а також результат «обнадійливо», який призначається для дитини, яка тільки частково розуміє, що потрібно зробити в конкретному завданні чи не має достатньо вмінь, щоб це зробити добре.

Дитина може проявляти розуміння того, що потрібно зробити, або може навіть виконати частково, але в особливий спосіб. Таке вирішення завдання оцінюється як таке, що подає надії / «багатообіцяюче».

Основні засади оцінки виконання завдання: «зараховано» – оцінку (зар.) отримує завдання, яке дитина зуміє самостійно добре виконати; «обнадійливо» – оцінку обнадійливо (об.) / зона найближчого розвитку / отримує таке виконання завдання, яке вказує, що дитина більш-менш знає, як виконати завдання, але не в стані його вдало закінчити; чи коли дослідник змушений декілька разів показувати чи вчити дитину, як варто виконати завдання; «не зараховано» – в ситуації, коли дитина не в стані зробити жодної частини завдання або навіть не пробує його виконати, незважаючи на те, що дослідник декілька разів його демонстрував; за виконання завдання отримує оцінку «н. зар.».

*Шкала поведінки* має на меті розпізнавання нетипових способів поведінки, характерної для РАС: завдання шкали поділено на чотири частини: налагодження контактів та емоційні реакції; гра та

зацікавлення предметами; реакції на імпульси; мовлення. Завдання шкали мають на меті розпізнавання вміння налагодження зорового контакту, неналежного використання матеріалів, надмірної зацікавленості нюханням та смакуванням речей, нетипового вживання слів чи нескоординованої поведінки в час виконання завдання. Три нові завдання №172, 173, 174 додано задля оцінювання реакції дитини на різноманітні нагороди.

Поведінка оцінюється як «відповідна», «помірно невідповідна» та «в значній мірі невідповідна». Елементи шкали поведінки, на противагу до елементів шкали розвитку, мають стосунок до норм поведінки. Поведінка з помірними чи зі значними відхиленнями не є нормою для будь-якої вікової групи. Результати зі шкали поведінки можуть бути використані для спостереження за змінами, що виникають у поведінці дитини. Якщо поведінка характерна для конкретного віку, то дитина отримує оцінку «відповідна». Якщо поведінка є доволі не характерною, то її можна оцінити двояко: «помірно невідповідна» або «в значній мірі невідповідна». Оцінку «помірно невідповідна» використовують у випадку, коли поведінка дитини є помірною мірою гіршою, але лише тільки дещо іншою від нормальної поведінки. «В значній мірі невідповідна» вважається та поведінка, інтенсивність, якість та частота прояву якої істотно відрізняється від нормальної і яка є однозначно нетиповою. Для відображення результатів, отриманих за допомогою тесту PEP-R, є картка, що підсумовує дослідження, 10 карток для нотування й оцінювання (картка оцінок), а також картка підрахунку. Також тест 20 PEP-R містить картки, де відображено профіль шкали розвитку та профіль шкали поведінки.

Профіль шкали розвитку становить «Результат» в шкалі розвитку (WSR), тобто є сумою всіх зарахованих завдань шкали розвитку. Після прирівняння результату в шкалі розвитку до шкали віку можна встановити вік розвитку дитини. Суми всіх результатів «обнадійливо» для кожної сфери розвитку визначають можливості дитини до навчання та пропонують точки виходу при плануванні навчання. У профілі шкали поведінки відображається сума результатів в значній мірі невідповідних в даній сфері, які стосуються поведінки, а також число оцінок помірковано невідповідних в кожній сфері поведінки.

Отже, PEP-R призначений для планування індивідуальної програми навчання. У випадку дітей з високими диференційованими можливостями набагато більш корисним буде оцінювання та виявлення сфер розвитку, в яких вони мають досягнення, і тих, в яких вони досягнень не мають.

Тест PEP-R слугує для представлення у формі профілю рівня розвитку дитини, визначеного відносно до нормальної популяції, у вигляді, наближеному до віку розвитку. Досягнення дитини в кожній із сфер діяльності можна порівняти з іншими сферами розвитку.

Варто зазначити, що процедура обстеження дошкільників з РАС проводиться в індивідуальній формі. Діагностичні зустрічі в середньому відбуваються раз на тиждень. Тривалість визначалася індивідуальними потребами і можливостями кожної дитини.

Аналіз широкого кола наукових досліджень щодо висвітлення проблеми дітей з аутизмом дозволив систематизувати основні підходи до вивчення базових понять дослідження; висвітлити основні підходи до визначення та класифікації розладів аутичного спектру у дітей, концептуальні бачення основних ознак, характеристик та підходів до розвідки щодо висвітлення проявів аутизму, ознак та симптомів порушення розвитку у дітей дошкільного віку.

Проведений нами науковий огляд дав підстави для твердження, що аутизм у дітей досліджували з соціально-медичних позицій, оскільки корекцією психосоціального розвитку дітей з аутизмом до недавнього часу займались в основному лікарі. У сучасних міждисциплінарних наукових доробках означену категорію дітей розглядають із позиції включення їх соціальний інклюзивний простір. Соціалізація та самореалізація дітей з РАС є перспективним напрямом в системі спеціальної освіти, адже інклюзивне навчання як один із шляхів створення інклюзивного середовища у суспільстві потребує розбудови безбар'єрного освітнього середовища в межах загальноосвітніх навчальних закладів.

## 2.2. Організація інклюзивного навчання дітей з розладами аутистичного спектру: особливості та шляхи вдосконалення

Протягом останніх десятиліть питання організації інклюзивного навчання дітей з розладами акустичного спектру (далі – РАС) набуває все більшої актуальності. По-перше, це зумовлено зростанням чисельності дітей, які мають такі розлади: протягом останніх п'яти років Міністерство охорони здоров'я України фіксує щорічне підвищення рівня діагностики РАС на 25-30% (Сухіна, Скрипник & Риндер, 2017, с. 26<sup>217</sup>). У 2017 році було зареєстровано понад 7 тисяч таких дітей. Проте, за оцінками фахівців їх чисельність є в 10 разів більшою. Ці підрахунки корелюються із даними ВООЗ, згідно з якими одна із 160-ти дітей має РАС (МОЗ України, 2021<sup>218</sup>). По-друге, орієнтація на інклюзивне навчання як пріоритетний напрям розвитку вітчизняної системи шкільної освіти, актуалізує питання реалізації прав на освіту та соціальну інтеграцію дітей з порушеннями психофізичного розвитку, зокрема й дітей з РАС.

Інклюзивна освіта, з одного боку, допомагає дітям з особливими освітніми потребами (далі – ООП) інтегруватися у соціальне середовище, сприяє формуванню у них необхідних соціальних навичок, з іншого – робить середовище більш чутливим і толерантним до таких дітей. Проте для того, щоб інклюзія стала позитивним досвідом, мають бути забезпечені певні умови, які визначаються особливостями її нозології. В іншому випадку, інклюзія матиме формальний характер, коли дитина з ООП лише фізично присутня у школі, але не інтегрована соціально (Рибченко, 2015, с. 264-265<sup>219</sup>).

РАС – це стан, що виникає внаслідок порушень у розвитку головного мозку і характеризуються якісними порушеннями у сфері соціалізації, комунікації та адаптивної поведінки (APA, 2000<sup>220</sup>).

---

<sup>217</sup> Сухіна, І. В., Скрипник, Т. В., & Риндер, І. Д. (2017). Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ-Чернівці: «Букрек», 192 с.

<sup>218</sup> МОЗ України. *5 міфів про аутизм*. Режим доступу (вересень, 20, 2021): <https://moz.gov.ua/article/health/5-mifiv-pro-autizm> (дата звернення: 17.03.2020).

<sup>219</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>220</sup> APA (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Аутизм не лікується, проте його прояви можна корегувати через розвиток навичками мовлення, соціальної взаємодії, регуляції поведінки, самообслуговування тощо. Питання інклюзії дітей з аутизмом ускладнюється їх труднощами у встановленні контакту з дорослими та однолітками, складністю адаптації до нових умов та засвоєння соціально прийнятних форм поведінки, нетиповими реакціями, що дезорганізують поведінку інших дітей, Дана категорія дітей з ООП вважається однією з найскладніших щодо ефективного «включення» у загальну систему освіти. Разом з тим, навчання у загальноосвітній школі потрібне дітям з аутизмом, напевно, більше, ніж іншим категоріям дітей з порушеннями психофізичного розвитку, оскільки воно може мати значний вплив на їх розвиток, зокрема, на підвищення рівня мовленнєвих та комунікативних навичок, навичок соціалізації та інтелектуального рівня (Рибченко, 2015, с. 264<sup>221</sup>).

Важливе значення для організації інклюзивного навчання дітей з РАС є розуміння і врахування особливостей їх психічного та фізичного розвитку, особливо зважаючи на той факт, що цьому питанню не приділялась належна увага у теорії і практиці психології, психіатрії, педагогіки та інших наукових дисциплін, дотичних до явища аутизму, зважаючи як на його складність, так і на відсутність відповідного діагнозу у вітчизняній практиці аж до 1980-х років.

Термін «аутизм» (з грецької «ауто» – сам, «ізм» – суфікс що позначає дію, її результат або стан) вперше застосував Е. Блейлер у 1911 році для позначення специфічного виду мислення, який регулюється емоційними потребами і не залежить від реальної дійсності (Пахомова & Кононова, 2015, с. 158<sup>222</sup>). Протягом тривалого періоду часу він вживався для опису клінічної картини шизофренії, а саме – занурення хворого у світ фантазій, відмежування від реальної дійсності, відсутність логічного пояснення вчинків і керування афективними потребами.

Вживати термін «аутизм» в нинішньому його значенні почали вживати у клінічній психіатрії близько 30 років тому, після того як австрійський педіатр Г. Аспергер у 1938 р. використав його в лекції

---

<sup>221</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>222</sup> Пахомова, Н. Г., & Кононова, М. М. (2015). Спеціальна психологія: навчальний посібник. *Полтава: АСМІ*. 357 с.

по аутистичній психопатії, у Віденському університетському госпіталі. У 1944 р. Г. Аспергер детально описав групу дітей і підлітків з дефіцитом спілкування, соціальних навичок і обмеженими формами поведінки, що повторюються. Паралельно з ним, дослідженням синдрому аутизму займався американський дитячий психіатр Л. Каннер. Він визначив загальні риси, притаманні дітям з даним розладом, такі як надмірна ізоляція, замкнутість, відмежування від будь-яких контактів з людьми, порушення мовленнєвого розвитку і потреба в багаторазовому повторенні одних і тих же дій, причому початок прояву цих особливостей відзначався вже на першому році життя дитини (Белопольская, 2004, с. 199-200<sup>223</sup>).

Л. Вінг і Ф. Гоулд у 1979 р. (1979<sup>224</sup>) ввели термін «розлади аутистичного спектру» (РАС) для позначення різних проявів і типів порушень таких як, дитячий аутизм, атиповий аутизм, синдром Ретта, синдром Аспергера та дезінтегративний розлад розвитку.

Діагностика аутизму спиратися на діагностичні критерії Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) і Діагностичного та статистичного керівництва з психічних розладів (DSM-IV).

Відповідно до МКХ-10, аутизм відносять до групи «Загальних розладів розвитку», підгрупи «Розладів, пов'язаних із психологічним розвитком». Такі розлади характеризуються якісними відхиленнями в реципрокних соціальних взаємодіях, способах комунікації, обмеженими інтересами та стереотипними діями. Їх детальна класифікація подана у таблиці 2.1. Кожне з цих типів загального розладу розвитку є самостійною нозологією, що може проявлятися розладами у трьох патопсихологічних сферах: якісних порушеннях соціальної взаємодії, якісних порушеннях спілкування і стереотипній поведінці, інтересах, діях (Дідик, 2019, с. 110<sup>225</sup>).

---

<sup>223</sup> Белопольская, Н. Л. (2004). *Детская патопсихология: хрестоматия*. М.: Когито-центр. 351 с.

<sup>224</sup> Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 9(1), 11-29.

<sup>225</sup> Дідик, Н. М. (2019). Етіологія виникнення розладів аутистичного спектру. *Людина віртуальна: нові горизонти: зб. наукових праць*. Монреаль: СРМ «ASF». 166 с.

## Класифікація РАС відповідно до МКХ-10

F84.0 Аутизм (синдром Каннера)	Різновид загального розладу, який характеризується патологічним або порушеним розвитком і, зазвичай, вперше проявляється у віці до трьох років. Його особливостями є порушення функціонування особи у трьох сферах: реципрокній соціальній взаємодії, комунікації, поведінці (обмежений, повторюваний набір стереотипних дій).
F84.10 Атиповий аутизм	Різновид загального розладу розвитку, що відрізняється від дитячого аутизму часом прояву, або частковою відповідністю вимогам за трьома наборами діагностичних критеріїв.
F84.20 Синдром Ретта	Різновид загального розладу при якому у ранньому віці за зовнішньо нормальним розвитком дитини має місце повна або часткова втрата мовлення, локомоторних і мануальних навичок, а також уповільнений ріст голови.
F84.30 Дезінтегративний розлад дитячого віку	Різновид загального розладу при якому після періоду вцілому нормального розвитку дитини протягом кількох місяців відбувається втрата раніше набутих навичок в декількох сферах.
F84.50 Синдром Аспергера	Різновид загального розладу, нозологічна самостійність якого не визначена. Йому притаманний той самий тип якісного порушення реципрокної соціальної взаємодії, що й типовому аутизму, а також обмежений набір стереотипних, повторюваних інтересів та занять.

*Джерело:* укладено автором на основі (ВООЗ, 2007<sup>226</sup>; Островська, 2012<sup>227</sup>).

Відповідно до DSM-V, розлади аутистичного спектру – це загальне порушення розвитку, яке має неврологічну природу і характеризується наступними проявами: стійкий дефіцит соціальної комунікації і соціальної взаємодії (труднощі у соціально-комунікативній взаємності, невербальній комунікації, встановленні та підтримці соціальних відносин), обмеженість, повторюваність у діяльності, поведінці чи інтересах (вузьке коло інтересів та надмірне захоплення ними, стереотипність моторних рухів, мовлення, надмірна або недостатня реакція на сенсорну інформацію, відсутність або

<sup>226</sup> ВООЗ (2007). *Міжнародний класифікатор хвороб (МКХ-10)*. Режим доступу (вересень, 22, 2021): <https://icd.who.int/browse10/2010/en>

<sup>227</sup> Островська, К. О. (2012). Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом. Львів: «Тріада плюс», 520, 8.

низький рівень інтересу до певного сенсорного аспекту зовнішнього середовища) (Дідик, 2019, с. 110<sup>228</sup>).

І в DSM-IV, і в МКХ-10 аутизм визначається не як захворювання з визначеною етіологією та патогенезом, а як синдром з атиповими поведінковими труднощами та ознаками порушення загального розвитку, наслідком якого є глибока інвалідність та неможливість самостійного функціонування (Островська, 2013, с. 221<sup>229</sup>).

Таким чином, РАС – це складне наскрізне порушення розвитку, основними ознаками якого є якісні порушення у соціальній взаємодії, вербальній та невербальній комунікації, обмежені, стереотипні та повторювані форми поведінки, видів діяльності та інтересів. Такі розлади проявляються, як правило, у дитячому віці, зазвичай, до досягнення дитиною п'ятирічного віку. У міру того, як дитина дорослішає, симптоми аутизму можуть змінюватися, проте в основних рисах зберігаються (Прядко, 2016, с. 6<sup>230</sup>).

Дослідження демонструють, що ознаки аутизму з'являються вже на етапі немовлячого періоду, коли функціональні взаємозв'язки головного мозку, що відповідають за соціальні навички, лише формуються. Це свідчить про те, що середовище, у якому розвивається дитина, впливає на неї по-іншому, аніж на дитину із типовою нервовою системою. Для позначення цього феномену використовують термін «процеси ризику» (англ. risk processes), який трактують як деструктивні особливості взаємодії між дитиною і середовищем, спричинені факторами ризику. Одним із найбільш важливих аспектів таких деструктивних взаємодій є відсутність або низька активна участь дитини у соціальних контактах з оточуючими у ранній період розвитку. Таким чином, аутизм перешкоджає нормальному соціальному розвитку вже з раннього дитинства, що призводить до набуття дитиною повної симптоматичної картини РАС (рис. 2.1).

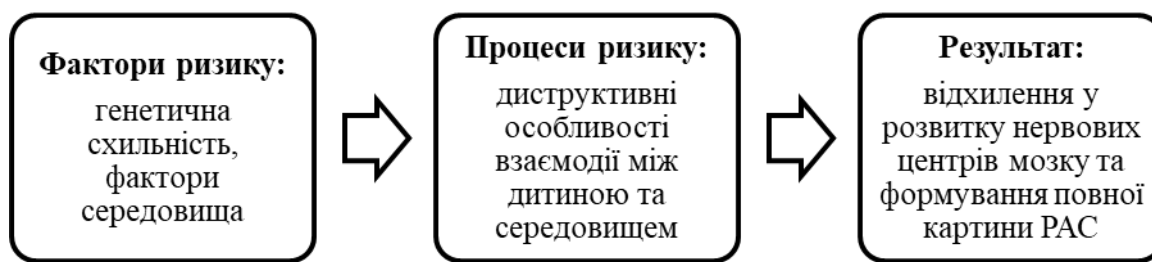
---

<sup>228</sup> Дідик, Н. М. (2019). Етіологія виникнення розладів аутистичного спектру. *Людина віртуальна: нові горизонти: зб. наукових праць*. Монреаль: СРМ «ASF». 166 с.

<sup>229</sup> Островська, К. О. (2013). Диференційна діагностика дітей з аутизмом: психологічний аспект. *Вісник Львівського університету. Серія: Філософські науки*, (16), 221-231.

<sup>230</sup> Прядко, Л. О. (2016). Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. *Методичний посібник. Суми: НВВ СОІППО*. 60 с.





**Рисунок 2.1. Процес аномальної траєкторії розвитку при РАС.**

*Джерело:* (Сухіна, Скрипник та Риндер, 2017, с. 8-9<sup>231</sup>).

У залежності від характеру ступеня прояву симптомів у даний час прийнято виділяти 4 групи аутизму (Никольская, Баенская & Либлинг, 2012<sup>232</sup>).

До першої групи відносять дітей з глибокими і складними порушеннями: їх

вирізняє відчуженість від зовнішнього середовища, відсутність потреби у взаємодії з оточуючими, агресивність, що межує з патологією. Такі діти практично невербальні, не володіють навичками самообслуговування, потребують постійної допомоги і підтримки дорослих. Вони мають найгірший прогноз розвитку.

До другої групи належать діти, у яких існують жорсткі обмеження у моделях поведінки, слабка взаємодія із зовнішнім середовищем. Будь-які зміни, наприклад, у звичному режимі дня або обстановці, можуть викликати напади агресії і зриви. Їм притаманні імпульсивність, страхи, стереотипні рухи, симбіотичний зв'язок з матір'ю. Діти цієї групи здатні набувати побутових навичок; мовлення просте, побудоване на ехолалії. Прогноз розвитку таких дітей більш сприятливий: за умови відповідної тривалої корекційної роботи вони можуть навчатися у закладах загальної середньої освіти.

До третьої групи відносять дітей, яким притаманна більш складна поведінка: вони мають власні інтереси і захоплення, знання у сфері яких можуть мати енциклопедичний характер. Проте, загалом їх знання про навколишній світ є фрагментарними, а будувати двосторонній діалог з ними вкрай складно. Їхній рівень когнітивного розвитку у порівнянні з першими двома групами більш високий,

<sup>231</sup> Сухіна, І. В., Скрипник, Т. В., & Риндер, І. Д. (2017). Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ-Чернівці: «Букрек», 192 с.

<sup>232</sup> Никольская, О. С., Баенская, Е. Р., & Либлинг, М. М. (2012). *Аутичний ребенок: пути помощи*. М.: Теревинф. 342 с.

мовлення – більш розгорнуте, залежність від допомоги і присутності дорослих – нижча, проте, рівень емпатії, також, як правило, досить низький. Прогноз розвитку дітей даної групи також сприятливий; при здійсненні своєчасної та ефективною корекційної роботи вони можуть навчатися в інклюзивному навчальному закладі.

Для дітей четвертої групи притаманна схильність до спонтанної, нестандартної поведінки, проте у колективі вони сором'язливі, полохливі, невпевнені в собі, не проявляють ініціативу і важко ідуть на контакт. Вони здатні засвоїти певний набір моделей поведінки, завдяки чому їх адаптація у колективі проходить швидше і більш успішно. Часто такі діти є парціально обдарованими, їхня мова має більш спонтанний характер і меншу кількість мовних штампів. Прогноз розвитку дітей даної групи є найбільш сприятливим. Вони можуть навчатися у загальноосвітньому навчальному закладі, навіть без спеціальної попередньої підготовки.

Незалежно від ступеня прояву симптомів спектру аутизму, усі діти відчувають труднощі у трьох аспектах: соціальній взаємодії, соціальній комунікації та поведінці (Прядко, 2016, с. 6<sup>233</sup>). Детальний перелік проблем за кожної із виділених сфер поданий у таблиці 2.1.

*Таблиця 2.1*

### **Порушення, властиві для дітей з РАС**

<b>Сфера порушень</b>	<b>Особливості прояву порушень</b>
<b>Соціальна взаємодія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– відсутність бажання контактувати з оточуючими, особливо з незнайомими людьми або у незнайомій ситуації;</li> <li>– прояв інтересу до оточуючих з метою задоволення власних потреб;</li> <li>– нездатність підтримувати товариські відносини у колективі;</li> <li>– прояв дружнього ставлення у дивній формі, наприклад, погладжування;</li> <li>– можливі прояви любові, проте у невідповідний момент часу чи у невідповідному місці;</li> <li>– брак мотивації до того, щоб подобатися оточуючим;</li> <li>– нездатність розуміти та відображати емоції, дивитися на речі з точки зору інших людей;</li> <li>– труднощі у наслідуванні та імітації.</li> </ul>

<sup>233</sup> Прядко, Л. О. (2016). Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: НВВ СОІППО. 60 с.

<b>Соціальна комунікація</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– відсутність бажання вступати у комунікацію, слабкі навички спілкування, включаючи візуальний контакт, жести, міміку, мову тіла;</li> <li>– нерозуміння потреб інших, фокусування на власних;</li> <li>– розлад або затримка мовленнєвого розвитку або добре розвинене мовлення, хоча без усвідомлення функції спілкування;</li> <li>– нездатність починати або підтримувати розмову;</li> <li>– відсутність інтересу до того, що говорять інші, концентрація уваги на власних інтересах і потребах;</li> <li>– швидке заучування напам'ять, але без розуміння змісту;</li> <li>– нерозуміння переносних значень слів та жартів;</li> <li>– стереотипне використання мови і мовних штамтів;</li> <li>– використання слів у незвичному для них значенні;</li> <li>– висловлювання, які не відповідають ситуації;</li> <li>– порушення просодики мовлення (тон, інтонація, наголос).</li> </ul>
<b>Поведінка, інтереси, активність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– акцентування уваги на дрібних деталях та ігнорування головного;</li> <li>– несприйняття змін (звичного маршруту до школи, розкладу, порядку виконання дій тощо);</li> <li>– відсутність почуття власної і чужої безпеки;</li> <li>– підвищена чутливість до різних звуків, кольорів, текстур і запахів;</li> <li>– страхи і фобії звичайних речей або явищ, таких, наприклад, як ілюстрації в книгах, звуки тощо;</li> <li>– використання іграшок не за прямим призначенням;</li> <li>– нездатність грати або писати із застосуванням фантазії;</li> <li>– постійне повторення однією і тією ж гри, відсутність реакції на пропозиції оточуючих;</li> <li>– нав'язливі дії або наполегливість у проходженні певних ритуалів: наприклад, постійне складання предметів у стопки, шиккування предметів у лінію;</li> <li>– суворе дотримання правил і нерозуміння винятків;</li> <li>– недостатній рівень розвитку просторових уявлень;</li> <li>– обмежена здатність передбачати наслідки дій або враховувати попередній досвід без візуальних підказок;</li> <li>– відсутність розуміння норм і правил поведінки в суспільстві.</li> </ul>

Джерело: узагальнено автором на основі (Прядко, 2016, с.7-8<sup>234</sup>; Марценковський, 2014, с. 233<sup>235</sup>).

<sup>234</sup> Прядко, Л. О. (2016). Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: НВВ СОІППО. 60 с.

Якісні порушення соціальної взаємодії проявляються у формі неадекватної оцінки соціо-емоціональних сигналів, що проявляється у відсутності реакцій на емоції інших людей і/або відсутності модуляції поведінки відповідно до соціальної ситуації; погано використовуються соціальні сигнали та має місце слабка інтеграція соціальної, емоційної й комунікативної поведінки (Байкіна, Крет, 2010, с. 19<sup>236</sup>).

Відповідно до ступеня прояву порушень у соціальній взаємодії, Л.Вінг розділяє дітей з аутизмом на чотири групи: відчужена група – не ініціює контактів та не йде на контакт у ситуаціях соціальної взаємодії; пасивна група – не ініціює, але відповідає на соціальну взаємодію; активна група – ініціює односторонню взаємодію; стилізована група – ініціює і підтримує контакт, але він досить формальний і обмежений (Товкес, 2018, с. 162<sup>237</sup>).

Труднощі у встановленні контакту з однолітками, поверхневі і специфічні міжособистісні відносини можуть стати причиною соціальної відстороненості як з боку однокласників, так і вчителів. Дитина, яка ігнорує інтереси однолітків і характеризується надмірно нав'язливою поведінкою, може виявитися ізгоєм у класі. Також діти з властивою їм проблемною поведінкою є «неприємним стимулом» для вчителя і стають «нездібними», «нестерпними» або «ненормальними». Неадекватна поведінка, навіть у легкій формі (вигукування в класі, розгойдування на стільці), може дратувати вчителя і заважати вести урок, не кажучи вже про більш серйозні форми проблемної поведінки, таких як агресія або аутоагресія (Марценковский, 2014, с. 217<sup>238</sup>).

Внаслідок відсутності соціо-емоціональної взаємності, мають місце якісні порушення в спілкуванні внаслідок нездатності збагнути

---

<sup>235</sup> Марценковский, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: *Heiponews*. 280 с.

<sup>236</sup> Байкіна, Н. Г., Крет, Я. В. (2010). Засвоєння навчальної програми учнями з порушенням спектру аутизму. *Вісник Запорізького національного університету*, 2(13), 17-26.

<sup>237</sup> Товкес, Ю. В. (2018). Формування і розвиток мовлення у дітей з аутизмом. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 35, 162-167.

<sup>238</sup> Марценковский, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: *Heiponews*. 280 с.

значення мовлення для передачі інформації від однієї людини до іншої (Марценковский, 2014, с. 27<sup>239</sup>). Такі порушення проявляються у відсутності соціального використання наявних мовних навичок; низькій синхронності й відсутності взаємності у спілкуванні; порушеннях у рольових і соціально-імітаційних іграх; недостатній гнучкості мовного вираження; відсутності емоційної реакції на вербальні й невербальні спроби інших людей вступити в бесіду; порушеному використанні тональностей і виразності голосу для модуляції спілкування; відсутності супровідної жестикуляції (Байкіна & Крет, 2010, с. 19<sup>240</sup>).

Крім того, аутистичним дітям властиві численні мовленнєві порушення. У дитини можуть бути присутніми серйозні проблеми з прагматикою (правильне використання мови), семантикою (обмежений словниковий запас) і морфологією (синтаксис і граматики). Також часто спостерігаються порушення у просодії та інтонації.

При аутизмі зустрічаються три форми мовленнєвого недорозвитку: імпресивні розлади у формі аутистичних ехолалій, семантико-прагматичні розлади у використанні мовлення, мутизм. Діти з семантико – прагматичним синдромом мають розгорнуте мовлення, звуковимову відповідну віку, але це мовлення не відповідає діалогічним правилам, спостерігаються труднощі у розумінні мовлення (буквальне розуміння мовлення співрозмовника у межах свого попереднього досвіду, не розуміння емоційного змісту розмови) Аутистичний синдром з мутизмом і аутистичний синдром з ехолалією спостерігаються у аутичних дітей з помірною та легкою розумовою відсталістю; синдром семантико – прагматичних порушень – при легкому аутизмі (Товкес, 2018, с. 163<sup>241</sup>).

У молодшому шкільному віці в учнів з РАС часто мають місце такі розлади мовлення, як ехолалія і палілалія, однак значна частина дітей опановує комунікативні навички, проте на різному рівні і різної

---

<sup>239</sup> Прядко, Л. О. (2016). Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: НВВ СОШПО. 60 с.

<sup>240</sup> Байкіна, Н. Г., Крет, Я. В. (2010). Засвоєння навчальної програми учнями з порушенням спектру аутизму. *Вісник Запорізького національного університету*, 2(13), 17-26.

<sup>241</sup> Товкес, Ю. В. (2018). Формування і розвиток мовлення у дітей з аутизмом. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*, 35, 162-167.

якості. Розмовне мовлення зазвичай є формальним і механічним, монотонним. Проте відмінності щодо розуміння семантики розмовного мовлення можуть залишатися суттєвими. Більшість учнів з аутизмом, включаючи немовних, краще опановують навички писемного мовлення, ніж усного. Починаючи з 7-12 років, простежуються значні відмінності у рівні розвитку комунікативних навичок: діти, які мали приблизно однаковий рівень розвитку у трирічному віці, можуть сильно відрізнитися один від одного: в одних може бути майже повна відсутність мовлення, інші – навпаки, є говіркими та активними у спілкуванні. У старшому шкільному віці невелика кількість дітей з аутизмом добре розвивається, особливо в сфері мовленнєвої діяльності. Вони можуть змінитися настільки, що складно впізнати у них особистість, яка кілька років тому мала тяжкі порушення розвитку. З іншого боку, приблизно один з 4-6 підлітків з аутизмом протягом підліткового періоду опускається на нижчий рівень розвитку. Дехто втрачає навички мовлення або інтерес до використання мови. В інших знову з'являється ехолалія або паліалія як основний вид комунікації (Прядко, 2016, с. 27<sup>242</sup>).

Обмежена, повторювана і стереотипна поведінка, інтереси й активність проявляються тенденцією встановлювати жорсткий і раз і назавжди заведений порядок у багатьох аспектах повсякденного життя. Зазвичай, це стосується нових видів діяльності, а також старих звичок та ігрової активності. Може спостерігатися особлива прихильність до незвичайних, частіше жорстких предметів, що більше характерно для раннього дитячого віку. Діти можуть наполягати на особливому порядку виконання ритуалів нефункціонального характеру; може мати місце стереотипна заклопотаність датами, маршрутами або розкладами; частими є моторні стереотипії; характерний прояв особливого інтересу до нефункціональних елементів предметів (таких як запах або дотикальні якості поверхні); дитина може демонструвати супротив змінам заведеного порядку або деталей оточення, таких як прикраси або умеблювання будинку тощо. Відсутність гнучкості мислення також є характерною рисою дітей з РАС. Внаслідок ригідності

---

<sup>242</sup> Прядко, Л. О. (2016). Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: НВВ СОІППО. 60 с.

мислення, учні можуть зациклюватися, не можуть пристосуватися до змін, виправляти помилки, їм складно справлятися з частковими успіхами або невдачами. Більшості дітей з аутизмом не вистачає спонтанності, ініціативності й творчості в організації дозвілля, а при прийнятті рішень їм важко використати загальні поняття, навіть коли виконання завдань цілком відповідає їхнім здатностям (Байкіна & Крет, 2010, с. 19<sup>243</sup>). Таким чином, труднощі в абстрактному мисленні, розумінні прочитаного, пошуку способів для вирішення проблем, викладі висновків і висловленні думки, неорганізованість – все це може стати причиною поганої успішності, пригніченості і депресії.

Окрім зазначених порушеннях, діти з РАС мають порушення в сенсорному сприйнятті і обробці сенсорних стимулів. Дані порушення можуть стати причиною тривоги або привести до істерики, агресії і криків. Інклюзивне середовище навчання – це те середовище, у якому сенсорні особливості дітей з РАС можуть не знайти підтримки. Велика кількість учнів в класах і невеликий простір можуть тільки посилити бажання дитини з аутизмом уникати тілесних контактів, і навіть випадковий дотик однокласника, може бути сприйнятий як напад і викликати агресивну реакцію. Багато аутичних дітей надзвичайно чутливі до шуму і гучних звуків. Крики інших учнів на перерві, шум у класі можуть стати причиною крику у відповідь або викликати самостимулятивну поведінку, яке допомагає дитині з РАС відволіктися і заспокоїтися. Часто аутистичні діти відмовляються виконувати різні художні завдання, через відразу до клею, фарб: вони намагаються всіма силами уникати таких завдань, тікаючи з уроку або реагуючи агресивно (Марценковський, 2014, с. 217<sup>244</sup>).

Щодо фізичного розвитку дітей з РАС, то проведені дослідження (Хамаде, 2020<sup>245</sup>; Green et al, 2009<sup>246</sup>) свідчать про те, що він загалом

---

<sup>243</sup> Байкіна, Н. Г., Крет, Я. В. (2010). Засвоєння навчальної програми учнями з порушенням спектру аутизму. *Вісник Запорізького національного університету*, 2(13), 17-26.

<sup>244</sup> Марценковський, И. А. (Ред). (2014). *Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей.* Киев: *NeuroNews*. 280 с.

<sup>245</sup> Хамаде, А. (2020, квітень, 23-24). *Фізичний розвиток дітей з розладами аутичного спектру.* [Тези/матеріали конференції]. Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали XII Міжнар. наук.-практ. конф. Львів, Україна. 217-220.

не відрізняється від показників здорових дітей. При цьому, фізична працездатність дітей з аутизмом є суттєво вищою, що свідчить про їхню функціональну спроможність «переносити» більші фізичні навантаження, ніж ті, що зазвичай їм пропонують під час занять з фізичної культури (Хамаде, 2020, с. 219<sup>247</sup>). На підставі даних про фізичний розвиток даної категорії дітей, цілком обґрунтованим є висновок про те, що інклюзивні уроки фізичної культури є корисними для даної категорії дітей з ООП. Проте, окремі дослідники вважають, що дітям з РАС притаманний недорозвиток моторики та труднощі в координації рухів, зумовлені сенсорними проблемами та труднощами в імітації. Зокрема, сенсорні труднощі не дають їм можливості відчувати межі свого тіла і власне місце розташування у просторі; діти мають неправильну поставу і не можуть в повній мірі виконувати моторні рухи, наприклад, на уроці фізкультури аутистична дитина важко і повільно біжить, махаючи руками. Дитині може бути складно грати у м'яч, класики та інші рухливі ігри з однокласниками не лише через соціальну відстороненість, але й через погану моторику (Марценковський, 2014, с. 218<sup>248</sup>). Порухення імітації сповільнює фізичний розвиток, оскільки саме через спонтанну імітацію інших дитина набуває рухових навичок (Сухіна, Скрипник & Риндер, 2017, с. 9<sup>249</sup>).

Окрім зазначених труднощів, діти з аутизмом часто виявляють низку інших неспецифічних проблем. Зокрема, порушення соціального пізнання унеможливорює інтеріоризацію соціальних норм поведінки, які необхідні для розвитку саморегуляції та самоконтролю. Внаслідок цього дитина із РАС, якій властива соціальна некомпетентність, може мати труднощі з регуляцією поведінки, страхи, порушення прийому їжі і сну, вибухи гніву (Сухіна, Скрипник

---

<sup>246</sup> Green, D., Charman, T., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T. O. M., Simonoff, E., & Baird, G. (2009). Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(4), 311-316.

<sup>247</sup> Хамаде, А. (2020, квітень, 23-24). *Фізичний розвиток дітей з розладами аутичного спектру*. [Тези/матеріали конференції]. Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали XII Міжнар. наук.-практ. конф. Львів, Україна. 217-220.

<sup>248</sup> Марценковський, И. А. (Ред). (2014). *Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей*. Киев: *HeypoNews*. 280 с.

<sup>249</sup> Сухіна, І. В., Скрипник, Т. В., & Риндер, І. Д. (2017). *Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом*. Київ-Чернівці: «Букрек», 192 с.



& Риндер, 2017, с. 9<sup>250</sup>). Досить часті самоушкодження, наприклад, у результаті кусання зап'ясть, особливо при супутній важкій розумовій відсталості (Байкіна, Крет, 2010, с. 19<sup>251</sup>). Як стверджують Сухіна, Скрипник та Риндер (2017, с. 9<sup>252</sup>), чим довше дитину супроводжують аутистичні риси, тим більше у неї шансів набути додаткових порушень, в тому числі й безпосередньо не пов'язаних із синдромом аутизму.

Охарактеризовані труднощі проявляються у шкільному навчанні, зокрема, у наступних аспектах:

– труднощі з розумінням почутого і прочитаного при хорошому розпізнаванні окремих слів;

– нездатність розуміти мовлення та інформацію в умовах, коли вона надається швидко, або перебуваючи під психологічним тиском;

– часте відволікання від мети діяльності;

– прагнення робити те, що хочеться, а не те, що потрібно;

– нездатність ділитися з іншими, прагнення робити все по-своєму;

– нездатність грати і розуміти правила гри;

– зазубрювання матеріалу напам'ять без розуміння сенсу;

– нерозуміння почуттів, переживань та дій оточуючих;

– відсутність усвідомлення того, що інші люди можуть думати і сприймати по-іншому, як наслідок, дитина не бачить необхідності в поясненні ситуації вчителю, оскільки думає, що вчитель уже знає ситуацію;

– занепокоєння виражається у важкокерованій поведінці;

– наполягання на чіткому і неухильному дотриманні певних правил або виконанні дій у певний спосіб;

– вигукування під час уроку в класі або за інших обставин, коли потрібно зберігати тишу;

– нав'язування власних тем у розмові, односторонній характер бесіди;

– розвиток залежності від певних дорослих або заведеного порядку;

---

<sup>250</sup> Сухіна, І. В., Скрипник, Т. В., & Риндер, І. Д. (2017). Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ-Чернівці: «Букрек», 192 с.

<sup>251</sup> Байкіна, Н. Г., Крет, Я. В. (2010). Засвоєння навчальної програми учнями з порушенням спектру аутизму. *Вісник Запорізького національного університету*, 2(13), 17-26.

<sup>252</sup> Сухіна, І. В., Скрипник, Т. В., & Риндер, І. Д. (2017). Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ-Чернівці: «Букрек», 192 с.

- труднощі в узагальненні навичок і їх перенесення в інші ситуації;
- наполегливе бажання сидіти на певному місці;
- труднощі під час прийняття рішень;
- труднощі з відтворенням минулих подій або уявленням себе у вигаданій ситуації (Прядко, 2016, с. 8-9<sup>253</sup>).

Проте, окрім проблемних аспектів поведінки, діти з РАС мають і сильні сторони, якими, зазвичай, є їхні захоплення. Дослідники радять розгортати процес навчання саме навколо сфери зацікавлення учня. Серед інших аспектів, на які варто опиратися у навчальному процесі, називають:

- схильність до впорядкованості, завершеності, структурованості;
- кмітливість, переважання невербального інтелекту; високорозвинена механічна пам'ять;
- здатність до запам'ятовування знакових систем (насамперед мови, програмування);
- здатність бездоганно виконувати завчені дії;
- високорозвинена здатність орієнтуватись у просторі й часі;
- тонке відчуття емоційного стану інших, розуміння того, як краще поводити себе з конкретною людиною;
- абсолютний музичний слух.

Таким чином, враховуючи збережені можливості та сильні сторони дітей з РАС, можна побудувати роботу з ними для досягнення найкращих результатів їх навчання та соціалізації. Описані труднощі впливають на те, як вчиться і поводить себе дитина з РАС. Проте, необхідне розуміння того, що кожна дитина індивідуальна і має власні особливості і потреби. Ключовим фактором надання ефективної підтримки в умовах інклюзивного навчання є розуміння особливостей окремого учня та надання додаткової психологічної та емоційної підтримки як у школі, так і поза нею.

Серед основних тенденцій, що стосуються інклюзивного навчання дітей з РАС, дослідники відзначають збільшення кількості дітей з РАС та акцент на включення учнів з ООП у навчальні класи

---

<sup>253</sup> Прядко, Л. О. (2016). Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: НВВ СОІППО. 60 с.

загальноосвітніх шкіл (Williams, Johnson & Sukhodolsky, 2005<sup>254</sup>). Ще в середині 1990-х років зарубіжні дослідники вивчили результати інклюзії для учнів з РАС і виявили, що ті з них, які навчалися у загальноосвітніх класах, демонстрували покращення навичок соціальної взаємодії і мали ширше коло друзів, ніж студенти в сегрегованих умовах (Fryxell & Kennedy, 1995<sup>255</sup>; Hunt et al, 1994<sup>256</sup>). Оскільки соціальна взаємодія та комунікація є одними з основних труднощів дітей з РАС, сприяння їх інклюзії має важливе значення: важко позитивно вплинути на соціальний розвиток таких, якщо вони не мають можливості навчатися разом зі своїми однолітками, які мають добре розвинені соціальні навички.

Результати досліджень демонструють, що включення дітей з аутизмом в заклади загальної освіти в дошкільному і в шкільному віці може мати значний позитивний ефект на їхній розвиток, зокрема, на підвищення рівня мовленнєвих та комунікативних навичок, навичок соціалізації та інтелектуального рівня (Рибченко, 2015, с. 264<sup>257</sup>). На відміну від дітей з іншими видами порушень психофізичного розвитку, значна частина дітей з РАС можуть успішно опановувати загальну шкільну програму. Збережений інтелект, розвинута пам'ять, гарне візуальне сприйняття дозволяють дитині успішно засвоювати навчальний матеріал. Навчання у загальноосвітній школі потрібне дітям з аутизмом, напевно, більше, ніж іншим, але разом з тим, для них воно пов'язане із значно більшими труднощами, порівняно з іншими категоріями дітей з особливими освітніми потребами (Рибченко, 2015, с. 266<sup>258</sup>).

Процес навчання в інклюзивній середовищі передбачає, що діти з РАС набувають академічних навичок – читання, лічби, письма та

---

<sup>254</sup> Williams, S. K., Johnson, C., & Sukhodolsky, D. G. (2005). The role of the school psychologist in the inclusive education of school age children with autism spectrum disorders. *Journal of School Psychology*, 43(2), 117–136.

<sup>255</sup> Fryxell, D., & Kennedy, C. H. (1995). Placement along the continuum of services and its impact on students' social relationships. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps*, 20, 259–269.

<sup>256</sup> Hunt, P., Farron-Davis, F., Beckstead, S., Curtis, D., & Goetz, L. (1994). Evaluating the effects of placement of students with severe disabilities in general education versus special classes. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps*, 20, 259–269.

<sup>257</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>258</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

інших нарівні зі своїми однолітками з нормотиповим розвитком. Однак метою інклюзії у випадку дитини з аутизмом першочерговим завданням не є отримання знань за загальноосвітньою програмою. Цього можна досягти і при індивідуальному навчанні. Інклюзивна середовище дозволяє дитині з РАС не тільки набути знань, але й подолати труднощі і проблеми, які супроводжують її розвиток. Таке розуміння цілі інклюзивного навчання дозволяє доповнити індивідуальний план навчання дитини і акцентувати педагогічну роботу на розвиток навичок розмовної мови, комунікації, соціальної взаємодії тощо. Низький рівень розвитку того чи іншого навичку або його відсутність не є ознакою того, що дитина не здатна до інклюзії. Оцінка навичок надає можливість включити в програму навчання роботу над розвитком відсутніх навичок або «слабких сторін» і врахувати дані труднощі при виборі методів і стратегій навчання в інклюзії (Марценковский, 2014, с. 219<sup>259</sup>).

Іншим важливим завданням інклюзії є сприяння соціалізації та соціальній взаємодії. Взаємодію однолітків з аутистичними дітьми можна представити у вигляді шкали, один бік якої може включати негативне ставлення до дитини з РАС, у складних випадках виражається в формі знущань або фізичного насильства, інший, навпаки – дружнє і близьке ставлення до дитини. Даний спектр взаємин є показовим не тільки по відношенню до дітей з аутизмом, але і у взаєминах з будь-якою дитиною. Основне завдання інклюзії в цій сфері – навчити дитину з РАС необхідним навичкам, для того щоб якомога швидше прийти до розвитку дружніх взаємин, навіть якщо вони будуть розвиватися тільки з одним з однолітків, а не з цілою групою. При наявності у дитини з аутизмом характерних дефіцитів у розвитку навичок соціалізації, навряд чи слід очікувати, що вона виявиться в центрі постійної уваги з боку однолітків та займе (Марценковский, 2014, с. 228<sup>260</sup>).

Інклюзивна середовище являє собою необхідну і, ймовірно, єдине середовище, в якому можуть розвиватися наступні навички:

---

<sup>259</sup> Марценковский, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: *Heiponews*. 280 с.

<sup>260</sup> Марценковский, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: *Heiponews*. 280 с.

1) навички «соціального виживання». При наявності образ і знущань з боку однолітків, аутистична дитина повинна набути навичок розуміння і вирішення соціальних проблем. Це завдання є особливо складним для дитини з РАС, яка не завжди може розпізнати проблему, швидко і адекватно на неї відреагувати. В даному випадку «соціальні історії» як стратегія втручання в комбінації з моделюванням необхідних реакцій і наданням зворотного зв'язку можуть бути ефективними, навчити аутистичну дитину правильно оцінювати ситуацію і захищати свою гідність;

2) навички включення в колектив і привернення до себе уваги однолітків. Дані навички можуть сприяти подоланню соціальної відстороненості і неприйняття з боку однолітків. Для досягнення цілей необхідна інтенсивна робота над розвитком сильних сторін дитини з аутизмом і пошуком спільних з однолітками інтересів. У цьому випадку ефективні стратегії «натуралістичного навчання», навчання ключовим навичкам і підкріплення ініціативи по відношенню до однолітків. Також доцільно включення стратегій самоуправління і самоконтролю;

3) навички взаємодії і співпраці з однолітками. Для того щоб одноліток міг виступати в ролі посередника або тьютора, завданням педагогічного колективу є навчання дитини співпрацювати з її ровесником – виконувати його інструкції, звертатися з запитамі, відповідати на питання, брати участь в ігровій діяльності тощо. Також важливо працювати над зменшенням контролю з боку дорослих і перенесенням його над діями дитини на ровесника. В даному випадку ефективні стратегії відкладених заохочень, поступового зменшення підказок, серед яких основна – включення за допомогою однолітків;

4) розвиток дружніх взаємин і надання емоційної підтримки. В даному випадку, коли спілкування з однолітком сприяє розвитку близьких дружніх взаємин, на допомогу дитини з аутизмом можуть прийти додаткові види терапії, які виходять за рамки інклюзії.

Таким видом терапії може стати метод розвитку взаємин, за допомогою якого виконуються втручання, формування навичок дружби і емоційної підтримки. Також розвиток даних навичок можна здійснювати за допомогою поведінкового підходу і окремих вправ для розширення розуміння перспективи іншої людини, соціальної

обізнаності та інших важливих компонентів людських взаємин (Марценковський, 2014, с. 228-229<sup>261</sup>).

Більшість експертів розглядають інклюзію як невід'ємне право, що забезпечує умови для нормального соціального розвитку. Проте, для того, щоб інклюзія і навчання у середовищі однолітків з нормотиповим розвитком були успішними, багатьом дітям з РАС потрібна додаткова спеціалізована допомога і підтримка (Narrower & Dunlap, 2001<sup>262</sup>; Joseph, Tager-Flusberg & Lord, 2002<sup>263</sup>).

Важливим чинником ефективної інклюзії є впровадження програм раннього втручання, які спрямовані на допомогу дітям перших трьох-чотирьох років життя з порушеннями у психомоторному та соціально-емоційному розвитку або загрозою його відставання від нормотипового. Такі програми забезпечують ранню діагностику і своєчасну превентивну спеціалізовану медичну і психолого-педагогічну допомогу дітям з відхиленнями у розвитку та їхнім батькам. Головною ціллю раннього втручання є подолання, корекція та компенсація порушень з перших років життя (Сухіна, Скрипник & Риндер, 2017, с. 79-80<sup>264</sup>).

Етапи ранньої допомоги для дітей з РАС включають: 1) скринінг – виявлення дітей, які потребують ранньої допомоги та спрямування їх до служб ранньої допомоги; 2) розробку та реалізацію програми ранньої допомоги, яка передбачає: міждисциплінарну оцінку розвитку дитини, диференційовану діагностику, роботу з сім'єю і дитиною за індивідуальною програмою; 3) перехід дитини з програми ранньої допомоги до освітніх програм інших установ, взаємодію фахівців програми раннього втручання та фахівців освітньої установи у період адаптації у ній дитини з РАС (Сухіна, Скрипник & Риндер, 2017, с. 79<sup>265</sup>).

---

<sup>261</sup> Марценковський, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: *Heiponews*. 280 с.

<sup>262</sup> Narrower, J. K., & Dunlap, G. (2001). Including children with autism in general education classrooms: A review of effective strategies. *Behavior modification*, 25(5), 762-784.

<sup>263</sup> Joseph, R. M., Tager-Flusberg, H., & Lord, C. (2002). Cognitive profiles and social-communicative functioning in children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 807-821.

<sup>264</sup> Сухіна, І. В., Скрипник, Т. В., & Риндер, І. Д. (2017). Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ-Чернівці: «Букрек», 192 с.

<sup>265</sup> Сухіна, І. В., Скрипник, Т. В., & Риндер, І. Д. (2017). Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ-Чернівці: «Букрек», 192 с.

Для того, щоб шкільна інклюзія стала позитивним досвідом, необхідно забезпечити певні умови, інакше можливою є ситуація, коли дитина з РАС лише фізично присутня у класі чи школі, але не інтегрована соціально, оскільки їй забезпечено належної освітньої програми та усіх «спеціальних» умов і особливостей освіти та виховання дитини, що відповідають її нозології. Якщо такі умови не забезпечені, інклюзивна освіта може призводити до негативних наслідків, супроводжуватися соціальною ексклюзією дитини, її цькуванням, незабезпеченням її освітніх потреб, що лише посилюватиме соціальні проблеми. Така «інклюзія» може стати великим стресом для учителів, які без відповідної освіти й умов роботи, опиняються у ситуації, коли їм треба працювати у класі із великою кількістю дітей, що вже є чималим навантаженням, та паралельно забезпечувати необхідні умови для навчання дитини з особливими освітніми потребами. Поведінкові труднощі дітей з РАС можуть ставати перешкодою під час проведення уроків, тому без допомоги інших фахівців (асистентів вчителя, психологів, спеціальних педагогів, тощо) діти можуть негативно сприймати дитину з РАС, що лише ускладнюватиме ситуацію. Тому інклюзія справді має бути продуманою і підготовленою (Рибченко, 2015, с. 265<sup>266</sup>).

В освітньому закладі, де навчатиметься дитина з РАС, важливо забезпечити низку умов для забезпечення специфічних потреб такої дитини (Ульянова, 1999<sup>267</sup>; Рибченко, 2015<sup>268</sup>):

– структурованість та передбачуваність навчального середовища (чіткий розпорядок дня і тижня у вигляді намальованого розкладу, додаткові пояснення та інструкції дитині, підкріплені візуальними підказками) щодо правил поведінки, очікуваної діяльності тощо;

– належна організація середовища – кімнати, класу з забезпеченням відповідних наочних матеріалів, зон для навчання та гри. Візуалізація правил, вказівок, завдань, зважаючи на те, що для багатьох дітей з РАС візуальний канал є домінуючим і часто

---

<sup>266</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>267</sup> Ульянова, Р. К. (1999). Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми. *Педагогический поиск*, (9), 11-29.

<sup>268</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

основним каналом сприйняття інформації, важливо підкріплювати сказане належними візуальними знаками;

- врахування «сенсорного профілю» дитини і здійснення відповідних адаптації (заміна флуоресцентних ламп на звичайні для зменшення гіперчутливості; дозвіл надягати навушники в певні моменти для зменшення акустичної гіперчутливості, наприклад, коли у класі високий рівень шуму; дозвіл сидіти на м'ячі що балансує, замість крісла, якщо це заспокоює дитину завдяки вестибулярній стимуляції тощо);

- використання мультисенсорного стилю навчання з врахуванням сенсорних преференцій дитини (дітям-візуалам необхідний один стиль навчання, дітям з домінантним слуховим каналом – інший, сенсо-моторним – ігрові завдання);

- менша кількість дітей, ніж у звичайному класі, або більша кількість педагогів, асистент для дитини, оскільки діти з РАС потребують більше індивідуальної уваги, допомоги, підказок;

- менший обсяг навчальних завдань для дітей з РАС, які варто розбивати на менші кроки і подавати їх у відповідній сенсорній модальності, давати більше часу на виконання завдань тощо;

- індивідуально підібрана навчальна програма, яка відповідає потребам дитини;

- використання допоміжних технологій – комп'ютерів, технічних засобів тощо;

- велику увагу слід приділяти не лише навчанню, але й соціальній інтеграції дитини, її залученню взаємодії з однолітками, моделювання ситуацій позитивної соціальної взаємодії, відпрацювання соціальних навичок в природньому середовищі;

- залучення однолітків з нормотиповим розвитком до часткового виконання ролі «асистента» дитини, допомагаючи їй у навчанні та в налагодженні соціальних стосунків, зокрема під час перерв, вільного часу;

- важливим є застосування в школі принципів поведінкової терапії щодо корекції поведінкових проблем. Для цього у ролі консультанта додатково може бути залучений психолог;

- облаштування не лише класних кімнат, але й кабінетів ресурсних кімнат, медіатек, кабінетів психологічного розвантаження



зон відпочинку, тихих куточків для дітей, батьків та педагогів. У таких зонах повинні бути тактильні, зорові, слухові стимулятори (м'які і музичні іграшки, акваріуми, фонтанчики, дрібні тварини тощо).

Попри усі ці заходи важливо пам'ятати, що головним є не обладнання чи техніки, а позитивний зв'язок між учителем та учнем, позитивне сприйняття такого учня вчителем, увага до всіх аспектів розвитку дитини, зокрема розуміння важливості її соціального розвитку, стосунків з ровесників для набуття необхідних соціальних навичок. Це можливо, у шкільному колективі панує позитивний дух, установка на взаємодію та взаємопідтримку колег. Не менш важливе значення має є злагоджена співпраця вчителів з батьками дитини з РАС, спілкування між ними. Якщо йдеться про навчання, то, без сумніву, вчителю слід проводити роботу з усіма дітьми, сприяти позитивному ставленню до дитини з РАС, розвитку відносин толерантності та взаємодопомоги. Позитивний вплив учителя на долю дитини з РАС може бути неоціненним: саме він може стати головною особою в її житті, яка допоможе відкрити двері й увійти в широкий світ, і це стане важливою передумовою подальшої соціальної інтеграції (Рибченко, 2015, с. 268<sup>269</sup>).

Зважаючи на відсутність в Україні чіткого розуміння інклюзивної освіти та чітко виражену орієнтацію на дітей з ООП, важливим для її подальшого розвитку є вибір моделі організації навчання таких учнів у загальноосвітніх навчальних закладах. Узагальнивши міжнародний досвід, К. Мейджер та ін. (2003, с. 7-11<sup>270</sup>) виділяють три основні моделі: односторонню, при якій усі діти навчаються в одній системі закладів; двосторонню, при якій навчання учнів з особливими освітніми потребами відбувається в одній системі, а всіх решту – в іншій, основній системі; багатосторонню, при якій навчання різних груп учнів здійснюється у різних, паралельних системах. У чистому вигляді інклюзивна освіта для учнів з ООП належить до односторонньої системи.

---

<sup>269</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>270</sup> Meijer, C., Soriano, V., & Watkins, A. (2003). Special needs education in Europe. *European Agency for Development in Special Needs Education, in collaboration with Eurydice*.

Одностороння модель поширена у країнах, які впроваджують політику, спрямовану на залучення практично всіх учнів у звичайну систему освіти при наданні відповідної підтримки. До них належать такі країни, як Італія, Португалія, Швеція, Греція і Норвегія. До цієї групи можна віднести і США, Канада, Австралія, Китай, Південно-Африканську Республіку – країни, які ставлять за мету надання усім учням рівного доступу до єдиної інклюзивної освітньої системи. У країнах з двосторонньою моделлю існують дві різні системи освіти: з роздільним розміщенням у спеціальних школах чи класах учнів з особливими освітніми потребами та здорових дітей у звичайних школах. Часто ці два типи закладів перебувають у підпорядкуванні різних міністерств чи інших органів управління. Така модель впроваджується у Бельгії, Швейцарії, Японії, Сінгапурі, Катарі, Бахреїні і Кувейті. У Сінгапурі, наприклад, управління спеціальною освітою учнів з помірною, тяжкою або глибокою інвалідністю здійснюють неурядові організації, у той час як Міністерство освіти здійснює регулювання системи освіти дітей, які не мають інвалідності, і тих, хто має незначні, емоційні, поведінкові, сенсорні і фізичні розлади. У країнах, де поширення набула багатостороння модель, існує розмаїття підходів до інклюзивної освіти та послуг, що пропонуються. Така модель практикується у Данії, Франції, Фінляндії, Чехії, Польщі, Великобританії, Нідерландах, Ірландії (Meijer, Soriano & Watkins, 2003, с. 5-6<sup>271</sup>). В Ірландії, наприклад, окрім можливості навчання у закладах загального типу або спеціальної освіти існують і проміжні варіанти, такі як спеціальні класи у загальноосвітніх школах та індивідуальне навчання вдома (McCoy & Banks, 2012, с. 84-85<sup>272</sup>).

Аналіз наявної в Україні мережі навчальних закладів для дітей з ООП свідчить, що можливості отримати освіту забезпечують: інклюзивні та спеціальні класи у загальноосвітніх школах, спеціальні школи, індивідуальна форма навчання. За інформацією МОН України у 2018-2019 н. р. у 3 790 закладах середньої освіти діяло 8 417 інклюзивних (11 866 учнів) та 577 спеціальних класів (6320 учнів); у

---

<sup>271</sup> Meijer, C., Soriano, V., & Watkins, A. (2003). Special needs education in Europe. *European Agency for Development in Special Needs Education, in collaboration with Eurydice*.

<sup>272</sup> McCoy, S., & Banks, J. (2012). Simply academic? Why children with special educational needs don't like school. *European Journal of Special Needs Education, 27*(1), 81-97.

325 спеціальній школі отримувало освіту 37 787 учнів. Протягом останніх трьох років кількість інклюзивних класів зросла в 3,1 раза, кількість шкіл, що мають інклюзивні класи, в 2,5 раза, а кількість дітей, що здобувають у них освіту, зросла в 2,8 раза. За означений період спостерігалось зростання і кількості шкіл, при як організовано спеціальні класи (в 1,2 раза), кількості спеціальних класів (в 1,2 раза), та кількості учнів у них ( в 1,1 раза). Кількість спеціальних шкіл зменшилася у 2,4 %, учнів в них – у 4,2 % (МОН України, 2021<sup>273</sup>). Таким чином, наведені статистичні дані свідчать про те, що на даний час в Україні впроваджується багатостороння модель надання послуг дітям з ООП, яка не є стандартом інклюзивної освіти у її чистому вигляді, проте не суперечить фундаментальному принципу освітньої інтеграції – свободі вибору місця навчання.

Очевидно, що інклюзивна освіта не завжди є доступною для усіх учнів з особливими освітніми потребами, зокрема тих, які мають важкі або множинні порушення здоров'я. На даний час з упевненістю стверджувати, що немає жодної країни в світі, де б усі учні з обмеженими можливостями здоров'я навчалися в інклюзивних освітніх установах. Навіть у тих країнах, які віддані ідеї інклюзивної освіти, вона розглядається як умовне право. У деяких випадках підставами для виключення є належність до певної категорії чи рівня складності розладу, в інших випадках це рішення виноситься на індивідуальній основі або відображає вибір батьків (Meijer, Soriano & Watkins, 2003, с. 7<sup>274</sup>).

У США, наприклад, діти з високим рівнем агресивності, поведінка яких становить небезпеку для інших, не можуть навчатися у звичайних класах. Окрім цього, вважається, що для того, щоб інклюзія досягла своєї мети, учні повинні бути спроможними досягнути певного рівня знань або набути конкретних навичок. Інакше кажучи, у США інклюзивна освіта не є загальним правом, а залежить від цілей індивідуальної програми розвитку (ІПР) кожного окремого учня. Відмінності у інклюзивному розміщенні учнів з ООП залежать також від типу розладу. Наприклад, учні з порушеннями у

---

<sup>273</sup> МОН України. (2021). Статистичні дані. Режим доступу (жовтень, 12, 2021): <https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/statistika-inklyuziya.pdf>.

<sup>274</sup> Meijer, C., Soriano, V., & Watkins, A. (2003). Special needs education in Europe. *European Agency for Development in Special Needs Education, in collaboration with Eurydice*.

навчанні та розладами мови і спілкування найчастіше навчаються в загальноосвітніх класах, тоді як третина всіх учнів з емоційними порушеннями і більш ніж половина всіх учнів з розумовою відсталістю проводять більшу частину свого навчального дня поза загальноосвітніми класами. Схожі обмеження діють і в інших країнах, зокрема в Австралії, Китаї, Мексиці тощо (McLaughlin & Jordan, 2005, с. 89<sup>275</sup>).

Аналіз зарубіжного досвіду свідчить, що модель інклюзивного навчання передбачає використання певних стратегій навчання дітей з РАС, спрямованих на їх соціальну інтеграцію, залучення у навчальний процес, покращення комунікації та посилення позитивної поведінки.

Усі стратегії можна класифікувати на чотири типи: превентивні, підтримуючі, корекційні та комплексні. Профілактичні стратегії використовуються педагогами ще до початку навчання. Їх завдання – обмежити невизначеність або хаос, щоб уроки та інші заходи проходили більш гладко та ефективно завдяки ретельному плануванню. Підтримуючі стратегії використовують під час навчання. Їх мета полягає в підтримці бажаної поведінки, зменшенні двозначності та хаосу. Корекційні стратегії використовуються, якщо сталася негативна ситуація і вчителю необхідно відреагувати або переорієнтувати учнів на виконання бажаних завдань.

*Профілактичні стратегії.* Оскільки учням з РАС властиві порушення у спілкуванні, соціальній взаємодії та поведінці, слід вживати профілактичних заходів для сприяння інтеграції учнів у середовище класу і школи. В іншому випадку, можуть виникнути різні поведінкові проблеми і труднощі у навчанні. У рамках превентивних стратегій використовується цілий ряд методів, які можуть бути використані для запобігання виникнення проблем, такі як (а) соціальні історії (Gray, 2003<sup>276</sup>) для підготовки учнів до зміни місця навчання або якихось майбутніх подій, (б) використання

---

<sup>275</sup> McLaughlin, M. J., & Jordan, A. (2005). Push and pull: Forces that are shaping inclusion in the United States and Canada. *Contextualizing inclusive education: Evaluating old and new international perspectives*, 89-113.

<sup>276</sup> Gray, C. (2003). Updated guidelines and criteria for writing social stories™. Arlington, MI: Future Horizons.

системи обміну зображеннями (Frost & Bondy, 1985<sup>277</sup>) для підвищення комунікативних навичок учнів, які мають труднощі з вербалізацією, (в) використання візуальних графіків, щоб допомогти студентам зрозуміти класну рутину (Bryan & Gast, 2000<sup>278</sup>), (г) розташування меблів і навчальних матеріалів у навколишньому середовищі, щоб чітко визначити робочі місця і обмежити сенсорне перевантаження.

Для запобігання проблем, пов'язаних з відстороненням, важливо забезпечити різні формати навчання, щоб підвищити ймовірність того, що учні з РАС будуть включені в урок (Green, 2001, с. 81<sup>279</sup>). Через комунікаційні та соціальні труднощі взаємодії, які мають учні з РАС, традиційні формати навчання є неефективними. Тому частиною повсякденного досвіду навчання в класі повинні бути різні види навчальної діяльності, наприклад, навчання в малих групах, навчання за участю однолітків, спільне навчання, практичні навчальні вправи, індивідуальне навчання тощо. Важливо чергувати різні види діяльності, щоб знизити ризики відсторонення або втоми від роботи за столом. План заняття має бути сплановано таким чином, щоб не було повторення навчальних форматів. Типове заняття може починатися з самостійної роботи, потім переходити до навчання в малих групах, потім до практичних навчальних вправ, потім до спільної навчальної діяльності і т. д. Підготовка плану занять заздалегідь також може дозволити вчителю систематично планувати види діяльності, що є мають вищу пріоритетність після тих, що є менш бажаними, щоб збільшити рівень залучення до виконання завдань (Mercer & Mercer, 2004, с. 48<sup>280</sup>). Зокрема, якщо учневі не подобається читання, але він любить працювати на комп'ютері, може варто планувати час для роботи за комп'ютером відразу читання, а не намагатися забрати дитину від комп'ютера, щоб перейти до читання.

---

<sup>277</sup> Frost, L. A., & Bondy, A. S. (1985). PECS—The picture exchange communication system. Newark, DE: Pyramid Educational Consultants.

<sup>278</sup> Bryan, L. C., & Gast, D. L. (2000). Teaching on-task and on-schedule behaviors to high-functioning children with autism via picture activity schedules. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(6), 553–567.

<sup>279</sup> Green, G. (2001). Behavior analytic instruction for learners with autism: Advances in stimulus-control technology. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16(2), 72–85.

<sup>280</sup> Mercer, C. D., & Mercer, A. R. (2004). *Teaching students with learning problems* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

*Підтримуючі стратегії.* Для забезпечення навчальної активності протягом усього навчального дня використовуються різні допоміжні стратегії. Вони включають у себе: встановлення чітких поведінкових і соціальних очікувань для всіх класних процедур і уроків, щоб забезпечити включення учнів; визначення ключових ідей для кожного уроку, щоб допомогти учням засвоїти головне (Marks et al., 2003<sup>281</sup>); використання графічних організаторів та надання настанов; імітаційне та ситуативне моделювання; керування власною поведінкою; диференціацію оцінювання, щоб дати можливість учням продемонструвати набуті знання і вміння тими способами, які є унікальні для їх переваг в навчанні, сильних сторін і інтересів (Anderson, 2007<sup>282</sup>).

Для підвищення активної участі у заняттях можна використовувати різні стратегії підтримки. Важливо забезпечити навчання за допомогою методів, найбільш зрозумілих учню, таких як представлення інформації візуально, усно, за допомогою моделювання та/або з допомогою кінетичного сприйняття (Simpson, de Boer-Ott & Smith-Myles, 2003<sup>283</sup>).

Для окремих учнів з РАС може бути збільшена фізична активність. Наприклад, під час читання книги учням може бути запропоновано продемонструвати за допомогою дій, що роблять персонажі (наприклад, коли учні плескають руками по ногах, щоб показати, що кінь біжить рясю). Такі фізичні дії на уроках не тільки можуть зменшити відсторонення, але й сприяти підвищенню навичок імітації та соціальної взаємодії. Ще один спосіб підвищити активність під час навчальних занять – задавати протягом усього уроку запитання, на які дитина може відповісти.

Для підвищення залученості під час навчальних занять *можуть використовуватись рольові/ділові ігри.* Наприклад, якщо вчитель може попросити дитину з РАС певні дії, наприклад, очистити приладдя, яке використовувалось для ліплення чи малювання. Це не

---

<sup>281</sup> Marks, S. U., Shaw-Hegwer, J., Schrader, C., Longaker, T., Peters, I., Powers, F., et al. (2003). Instructional management tips for teachers of students with autism spectrum disorder (ASD). *Teaching Exceptional Children*, 35(4), 50–54.

<sup>282</sup> Anderson, K. M. (2007). Tips for teaching: Differentiating instruction to include all students. *Preventing School Failure*, 51(3), 49–54.

<sup>283</sup> Simpson, R. L., de Boer-Ott, S. R., & Smith-Myles, B. (2003). Inclusion of learners with autism spectrum disorders in general education settings. *Topics in Language Disorders*, 23(2), 116–133.

тільки попередить прояви деструктивної поведінки через відсторонення, але і збільшить ймовірність того, що учень зрозуміє інформацію.

Використання колективних відповідей під час уроку також може підвищити залученість. З цією метою можуть використовуватись міні-дошки для сухого стирання, таким чином, в учнів може бути кілька можливостей відповісти під час занять. Вони можуть використовувати для участі в різних формах роботи, таких як написання слів, вирішення математичних задач, малювання картинок, відповідь на питання з множинним вибором або генерації питання про зміст уроку. Інші групові реакції можуть включати в себе підняття і/або опускання великих пальців, використання пальців для показу результатів обрахунків, відповіді хором тощо.

Ще одним способом підвищення активності є включення у навчальні заняття зацікавлень дитини (Hurth et al, 1999, с. 19<sup>284</sup>). Наприклад, якщо студент має особливий інтерес до поїздів, вчитель може вбудувати тему поїздів у різні уроки, щоб зацікавити учня. У темі про швидкість можна навести приклади, які стосуються руху поїздів. Якщо вчитель пояснює логіку написання твору, зображення поїзда може бути використано для демонстрації частин історії: голова поїзда - це початок історії, вагони поїзда – тіло історії, а вагон – її кінець. Хоча нереалістично або недоцільно включати особливі зацікавлення учня у кожен урок, безумовно, інколи це робити варто, використовуючи попереднє детальне планування.

В цілому, використання профілактичних стратегій та стратегій підтримки позитивної поведінки рекомендується при вирішенні складних поведінкових проблем студентів з РАС. Проте, для реагування на прояви небажаної поведінки доцільно на додачі по попередніх двох типів стратегій використовувати й корекційні.

*Корекційні стратегії* включають різні процедури диференційованого підкріплення, такі як підкріплення поведінки, несумісної з проблемною, підкріплення відсутності проявів небажаної поведінки, підкріплення зниження проявів небажаної поведінки та

---

<sup>284</sup> Hurth, J., Shaw, E., Izeman, S. G., Whaley, K., & Rogers, S. J. (1999). Areas of agreement about effective practices among programs serving young children with autism spectrum disorders. *Infants and Young Children*, 12(2), 17–26.

підкріплення комунікативної поведінки (Scheuermann & Webber, 2002, с. 24<sup>285</sup>).

Однією з найбільш ефективних корекційних стратегій для учнів з РАС, є процедура поступового зменшення підказок. Вона використовується, щоб позитивно перенаправити учня на виконання поставленого завдання, у випадках, коли має місце відсторонення. Підказки можуть включати в себе невербальні сигнали, слухові стимули, зображення, письмові тексти і тактильні стимули (Green, 2001, с. 82<sup>286</sup>). Надання підказок учням допомагає їм зрозуміти, що вони повинні робити. Замість того щоб фокусуватися на негативних наслідках, коли дитина не справляється із завданням або починає демонструвати неадекватну поведінку, небажану поведінку варто розглядати як сигнал тривоги, який спрацьовує і вказує на те, що учень потребує підтримки для участі у певній діяльності. Наприклад, якщо від учня очікують, що він напише розповідь про канікули, але у нього виникли труднощі з початком роботи, вчитель може надати йому необхідну допомогу. Така підтримка може надаватися шляхом (а) обговорення ідей у процесі мозкового штурму, (б) малювання картинок для створення послідовності дій або (в) допомогу у формулюванні першого речення і надання дитині можливості продовжити самостійно. Підказки повинні використовуватися для підвищення залученості, але не як бар'єру для незалежності. Таким чином, необхідно послідовно знижувати інтенсивність підказок.

Важливо також, щоб в процес вирішення проблем, якщо вони виникають були включені батьки учнів з РАС. Саме вони можуть запропонувати стратегії, які ефективні в інших умовах і які можуть бути застосовані в класі. Крім того, батьки повинні отримувати інформацію від шкільних фахівців, яка може допомогти їх задовольнити потреби їхньої дитини поза школою (Webber, Simson & Bentley, 2000, с. 314<sup>287</sup>). Постійна співпраця має важливе значення і має систематично плануватися і здійснюватися при інклюзії учнів з

---

<sup>285</sup> Scheuermann, B., & Webber, J. (2002). *Autism: Teaching does make a difference*. Belmont, CA: Wadsworth.

<sup>286</sup> Green, G. (2001). Behavior analytic instruction for learners with autism: Advances in stimulus-control technology. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16(2), 72–85.

<sup>287</sup> Webber, J., Simson, R. L., & Bentley, J. (2000). Parents and families of children with autism. In M. J. Fine & R. L. Simpson (Eds.), *Collaboration with parents and families of children with exceptionalities* (pp. 303–324). Austin, TX: PRO-ED.



РАС в загальноосвітні класи. Завдяки співпраці вчителі закладів загальної середньої освіти можуть отримати більше інформації про найбільш дієві стратегії, а також інших превентивні, підтримуючі та корекційні стратегії для поліпшення навчального досвіду учнів з РАС в інклюзивних умовах.

*Комплексні стратегії* поєднують у собі елементи превентивних, підтримуючих та корекційних і покликані здійснювати всебічний вплив на поведінку дитини РАС. Їх використання доцільне у випадку наявності в учня важких розладів за аутичним типом для відпрацювання широкого спектру навичок та поведінки, зокрема, міжособистісних (соціальних), академічних, комунікативних, ігрових навичок; розвитку готовності до навчання, формування побутових навичок, подолання нефункційних моделей поведінки, інтересів та діяльності, само-, сенсорної та емоційної регуляції. Їх використання потребує спеціальної підготовки та, зазвичай, передбачає залучення команди фахівців. До таких стратегій належать прикладний аналіз поведінки та структуроване навчання з опорою на візуальну підтримку.

Перелік превентивних, підтримуючих, корекційних, комплексних стратегій та особливостей їх використання поданий у таблиці 2.2.

У якості додаткових компонентів управління власною поведінкою можуть використовуватись: надання особою з аутизмом самій собі призив і заохочень; самостійний вибір середовища, яке сприяє навчанню або обмежує передумови виникнення небажаної поведінки (виконання певної дії в конкретному середовищі або за визначених умов, наприклад, дитина виконує завдання з математики лише за столом і тільки, якщо вимкнуті усі телефони, телевізор, комп'ютер, а колупає в носі тільки у ванній кімнаті); емоційна підтримка близьких людей у вигляді похвали за самостійне виконання завдань, заохочення у разі виконання дитиною завдання, спостереження і відстеження бажаної поведінки, поступове зменшення інструкцій і підказок. Вважається, що навчання стратегіям керування власною поведінкою є ефективним для дітей від 3 до 18 років, що сприяє розвитку академічних та соціальних навичок, розумінню власної поведінки і тих наслідків, які вона спричинює, формуванню почуття відповідальності тощо.

Таблиця 2.2.

## Стратегії інклюзивного навчання дітей з РАС

Стратегія	Особливості використання
<b>Профілактичні стратегії</b>	
Соціальні історії	Соціальні історії – це короткі розповіді, які детально розкривають способи поведінки у складних або незрозумілих для осіб з аутизмом життєвих ситуаціях. Вони складаються фахівцями, або батьками дитини індивідуально, спеціально для неї і можуть базуватися на персонажах, речах або подіях, якими вона цікавиться. Слухаючи їх і розглядаючи ілюстрації, дитина розширює своє розуміння того, як можна чинити у певних ситуаціях. Такі історії можуть подаватися з використання візуальних засобів, наприклад, PowerPoint, фотографій, відео-кліпів тощо.
Комунікативна система обміну зображеннями PECS	Метою стратегії є спонукання дитини до спонтанної комунікативної взаємодії. Засвоєння системи обміну зображеннями починається з визначення потенційних стимулів і проходить у шість етапів навчання: давати картку, віддавати картку, коли інша людина – на відстані, розпізнавати, що зображено на картці, складати речення з карток, відповідати на прості запитання за допомогою карток, робити коментарі за допомогою карток. З допомогою стратегії дитина може опанувати запити, які найчастіше використовуються у класі, і картинки, які їм відповідають та використовувати їх. Запит з використанням малюнка повинен використовуватися разом з вербальним повідомленням для учнів, які здатні вимовляти звуки.
Візуальні графіки	Особистий щоденний розклад з текстом та/або картинками може бути прикріплений до верхньої частини парти учня, або ж він може бути відображений для всього класу. Учень повинен отримувати чіткі інструкції, щоб використання розкладу стало частиною навчальної рутини.
Організація навколишнього простору	Розстановка меблів та матеріалів повинна чітко визначити робочі місця і враховувати сенсорні проблеми студента. Це може включати в себе усунення відволікаючих стимулів, зниження рівня шуму, зміни звуків, використання м'якого голосу або дозвіл носити беруші або навушники для деяких видів діяльності.

<b>Підтримуючі стратегії</b>	
Встановлення чітких поведінкових та соціальних очікувань	Учитель спочатку формулює очікування, потім висловлює очікування, заохочує їх прояви, спостерігає їх реалізацію у поведінці учня, забезпечує коригуючий зворотний зв'язок, якщо необхідно.
Визначення «ключових ідей» як способу диференціювати навчання для усіх учнів	Такі ідеї/поняття подаються у вигляді інформаційного листа, який пізніше може бути ще раз переглянутий разом з учнем або відправлений його додому, щоб батьки також могли його переглянути. Інформаційні листи можуть супроводжувати презентації.
Використання графічних організаторів та керованих нотаток	Дана стратегія використовується для з'єднання вербальних інструкцій з візуальними сигналами. Це можуть бути блок-схеми, таблиці, карти, діаграми Венна. Керовані нотатки містять основні ідеї та деякі допоміжні деталі. Учитель пояснює матеріал, підкреслюючи основні ідеї, а потім обговорює окремі деталі в тому ж порядку, як вони подані на аркушах для нотаток. Під час пояснення вчителя учні заповнюють нотатки, записуючи відсутні деталі.
Моделювання	Імітаційне або ситуаційне моделювання є ефективним засобом розвитку практичних умінь і навичок, завдяки йому учнів можна навчити такій важливій здатності у процесах розвитку, як наслідування. Використання стратегії сприяє розвитку комунікативних навичок, вищих когнітивних функцій, таких як пам'ять, увага, мовлення, психомоторна координація тощо), а також – орієнтації, плануванню та контролю цих функцій. Безпосереднє моделювання відбувається, коли дорослий або одноліток демонструє бажану поведінку у присутності дитини з аутизмом. При відеомоделюванні має місце демонстрація попередньо записаної цільової поведінки; у цьому випадку ефективну модель може демонструвати і особа з РАС.
Диференційоване оцінювання	Учні можуть демонструвати свої знання і вміння у той спосіб, який найбільше відповідає їхнім можливостям та інтересам. Це можуть бути усні відповіді, презентації, малюнки, моделі, рольові ігри або письмові відповіді.
Керування власною поведінкою	Стратегія передбачає відстеження дитиною з РАС власної поведінки і запис даних власноруч. Її мета – навчити дитину самостійно розрізняти адекватну й неадекватну поведінку, фіксувати її, аналізувати, а також винагороджувати себе за неї. Дитина спостерігає за власними поведінковими проявами (наприклад, скільки слів вона правильно вимовила, скільки разів правильно звернулася до вчителя під час уроку чи скільки прикладів вирішила правильно тощо), фіксує їх (ставить позначку в таблиці, або перекладає монетку з однієї кишені в іншу), і пізніше підраховує кількість прийнятних реакцій або Використання стратегії передбачає покрокове навчання кожному її компоненту.

<b>Корекційні стратегії</b>	
Диференційоване підкріплення поведінки, несумісної з проблемною	Надається позитивне підкріплення, якщо учні практикують поведінку, яка не може відбуватися одночасно з проблемною. Наприклад, забезпечення позитивного підкріплення, коли дитина сидить, що унеможливило її ходіння по кімнаті.
Диференційоване підкріплення відсутності проявів небажаної поведінки	Надається схвалення, коли учень не проявляє небажаної поведінки протягом певного часу. Наприклад, якщо учень протягом 10 хвилин утримується від вигуків недоречних слів.
Диференційоване підкріплення зниження проявів небажаної поведінки	Надається позитивне підкріплення, коли небажана поведінка зустрічається рідше. Наприклад, якщо учень викрикує чотири рази замість звичайних шести або семи.
Диференційоване підкріплення комунікативної поведінки	Надається позитивне підкріплення, коли учень використовує комунікацію для задоволення своїх бажань і потреб замість того, щоб демонструвати небажану поведінку. Наприклад, якщо замість того, щоб істерично кричати, учень каже: «Я хочу піти у туалет» або використовує картинку, щоб попросити дозволу.
<b>Комплексні стратегії</b>	
Прикладний аналіз поведінки (Applied behavior analysis, АВА)	Робота з використанням цієї стратегії включає: аналіз та опис поведінки учня; знаходження чинників в навколишньому середовищі, які впливають на його поведінку (викликають, підсилюють або послаблюють її), заохочення правильних дій і послаблення поведінки за неправильних дій, формування програми корекції проблемної поведінки (у тому числі таких проявів, як ехолалія, самоагресія, аутистимуляція тощо) або навчання певним навичкам, постійне відстеження ефективності програми та оперативну зміну методів впливу на поведінку дитини у разі потреби.
Структуроване навчання з опорою на візуальну підтримку (елементи ТЕАССН)	Стратегія передбачає розвиток навичок, які відповідають віку дитини у чітко структурованих умовах навчання. Головними її ідеями є візуальна підтримка, поступовість і ретельне планування, що досягаються завдяки структуризації простору, часу та діяльності. Стратегія охоплює такі основні компоненти, як: фізична організація (академічні і функціональні навички відпрацьовуються у спеціально означених зонах); візуальні графіки, які демонструють, яка діяльність буде відбуватися, в якій послідовності і коли саме; чітке планування діяльності, терміни і показники її завершення; контроль проміжних результатів навчання.

*Джерело:* узагальнено автором на основі (Gray, 2003<sup>288</sup>; Frost & Bondy, 1985<sup>289</sup>; Bryan & Gast, 2000<sup>290</sup>; Kluth, 2003<sup>291</sup>; Wiggins & McTighe, 1998<sup>292</sup>; Lazurus, 1996<sup>293</sup>; Anderson, 2007<sup>294</sup>).

<sup>288</sup> Gray, C. (2003). Updated guidelines and criteria for writing social stories™. Arlington, MI: Future Horizons.

<sup>289</sup> Frost, L. A., & Bondy, A. S. (1985). PECS—The picture exchange communication system. Newark, DE: Pyramid Educational Consultants.

Природним інстинктом для багатьох вчителів і батьків є першочергове звернення до коригувальних стратегій. Проте, при впровадженні превентивних, підтримуючих стратегій необхідність в корекційних стратегіях може відпасти. Превентивні та підтримуючі стратегії зосереджуються на тому, що може бути змінено в навколишньому середовищі та що може бути змінено в поведінці дорослих та однолітків у навколишньому середовищі, щоб сприяти позитивній поведінці для студента з РАС. Коли вчителі зосереджуються на таких змінах, а не змагаються змінити учня, ефективність інклюзивного навчання буде більшою.

Окрім впровадження і розвитку моделей і стратегій інклюзивного навчання дітей, за рубежом інклюзивна освіта забезпечується додатковими заходами стосовно дітей з РАС (Рибченко, 2015, с. 265-266<sup>295</sup>; Романчук, 2009, с. 36<sup>296</sup>):

- якісна освіта учителів для роботи з дітьми з особливими освітніми потребами (розуміння особливостей дітей з аутизмом, володіння сучасними методиками навчання тощо.);

- наявність додаткового персоналу для роботи із дітьми з ООП (наприклад, дитина може відвідувати додаткові або паралельні уроки іншого вчителя);

- застосування сучасних методів і методик навчання (наочність, роздаткові матеріали, відповідна організація приміщення тощо);

- злагоджена робота команди фахівців, залучення фахівців-консультантів, які можуть забезпечити необхідні додаткові втручання (наприклад, психолога для проведення поведінкової терапії у разі специфічних порушень поведінки у школі);

---

<sup>290</sup> Bryan, L. C., & Gast, D. L. (2000). Teaching on-task and on-schedule behaviors to high-functioning children with autism via picture activity schedules. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(6), 553–567.

<sup>291</sup> Kluth, P. (2003). *You're going to love this kid*. Baltimore: Paul H. Brookes.

<sup>292</sup> Wiggins, G., & McTighe, J. (1998). *Understanding by design*. Alexandria, VA: ASCD.

<sup>293</sup> Lazurus, B. D. (1996). Flexible skeletons: Guided notes for adolescents. *Teaching Exceptional Children*, 28, 36–40.

<sup>294</sup> Anderson, K. M. (2007). Tips for teaching: Differentiating instruction to include all students. *Preventing School Failure*, 51(3), 49–54.

<sup>295</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>296</sup> Романчук, О. (2009). Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. *Львів: Колесо*, 30-37.

– робота із колективом нормотипових дітей та їхніх батьків, їх підготовка до належного сприйняття дитини з ООП, налагодження позитивних стосунків, попередження можливих негативних реакцій;

– організація тісної взаємодії між батьками та педагогами, виділення на це педагогам додаткового робочого часу;

– впровадження різних варіантів інклюзії, залежно від потреб та особливостей дитини. Йдеться про різні можливості перебування дитини з РАС у загальноосвітній школі – від повної інтеграції у звичайний клас до часткової інклюзії на окремих уроках, наприклад, музики, малювання чи винятково на перерві.

Процес інклюзії дітей з аутизмом в загальноосвітню систему навчання може бути успішним і сприяти їхньому психологічному та емоційному розвитку. Різноманітні стратегії інклюзії, які застосовуються в процесі навчання дітей з РАС, дозволяють побудувати процес інклюзії на основі індивідуальних здібностей і можливостей кожної дитини, враховуючи дефіцити розвитку і характерні риси захворювання.

В останнє десятиліття проблема аутизму стає все більш актуальною не тільки зарубіжжю, але і в Україні (Рибченко, 2015, с. 263<sup>297</sup>). Відповідно до даних державної статистики в Україні щороку в середньому народжується 500 тисяч дітей. Враховуючи світову статистику поширеності РАС (60-100 на 10000 населення в країнах Європи та кожна 68-ма новонароджена дитина в США) можна стверджувати, що в Україні щороку народжується від 3-х до 7-ми тис. дітей з розладами РАС (Сухіна, Скрипник, & Риндер, 2017, с. 14<sup>298</sup>). Відповідно до офіційних статистичних даних Міністерства охорони здоров'я протягом останніх п'яти років спостерігається щорічне підвищення рівня діагностики РАС на 25-30%. Проте, незважаючи на певний прогрес, рівень діагностики РАС в Україні залишається вкрай низьким, навіть у порівнянні з країнами, які розвиваються (Марценковський, 2014, с. 231<sup>299</sup>). У першу чергу, це пов'язано з

---

<sup>297</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>298</sup> Сухіна, І. В., Скрипник, Т. В., & Риндер, І. Д. (2017). Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ-Чернівці: «Букрек», 192 с.

<sup>299</sup> Марценковський, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. *Киев: Heiponews*. 280 с.

недостатньою компетентністю фахівців первинного рівня медичної допомоги – дільничних і сімейних лікарів, а в ряді випадків і лікарів фахівців – дитячих психіатрів, дитячих неврологів і педіатрів. І якщо дітей з важкими формами прояву аутистичних порушень вдається діагностувати досить рано, то діти з синдромом Аспергера, як правило, не діагностуються. Багатьом з них ставлять діагнози, які не відповідають суті захворювання. Значна частина дітей, у яких діагностують затримку психічного або психомовленнєвого розвитку, відповідають діагностичним критеріям РАС, в тому числі високофункціональним. Такі діти, за умови своєчасного корекційного втручання, можуть навчатися в загальноосвітніх школах. Якщо не проводиться своєчасна психокорекційна робота, розлади поведінки, характерні для РАС, та порушення формування шкільних навичок, не дозволяють дитині повноцінно інтегруватися в шкільний колектив, перешкоджають якісному оволодінню навчальним матеріалом (Марценковский, 2014, с. 231<sup>300</sup>).

Проте, хоча й незначне зростання рівня діагностики РАС актуалізує питання організації освітніх та корекційних психолого-педагогічних послуг даній категорії дітей. Вибір навчального середовища для дитини з РАС є одним з найважчих питань для батьків та фахівців – від нього значною мірою залежатиме розвиток дитини, її майбутнє. Але на це питання немає однозначних відповідей чи «найкращих варіантів». Вибір оптимального навчального середовища великою мірою залежить як від можливостей, які створені в суспільстві, так і від індивідуальних особливостей дитини, рівня її інтелектуального розвитку, важкості вираження симптомів аутизму (Рибченко, 2015, с. 263<sup>301</sup>). Тому у суспільстві має бути створений спектр можливостей, кожна з яких має свої переваги та недоліки.

В Україні на теперішній час існує можливість вибрати між наявними можливостями спеціальної, інклюзивної системи освіти та індивідуальної форми навчання.

---

<sup>300</sup> Марценковский, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: *HeiproNews*. 280 с.

<sup>301</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

Діти з важкими формами аутизму та вираженими поведінковими проблемами можуть навчатися у спеціальних навчальних закладах, проте мережа таких закладів є недостатньою, методики навчання дітей з РАС є застарілими та неефективними, рівень фахової підготовки спеціалістів – низьким (Рибченко, 2015, с. 266-267<sup>302</sup>); вони не мають належної матеріальної бази, навчальних матеріалів, повноцінної команди фахівців, часто є неналежна атмосфера, психологічний клімат та багато інших проблем (Рибченко, 2015, с. 266<sup>303</sup>).

Школи соціальної реабілітації – навчальні заклади, створені не так давно в системі освіти для дітей з вираженою дезадаптацією, працюють в експериментальному режимі і вже добре себе зарекомендували. Однак, кількість таких шкіл в Україні залишається незначною. У перспективі передбачається створення в системі освіти центрів соціальної реабілітації, які надаватимуть освітні та корекційні послуги дітям з важкими емоційними порушеннями у вигляді денної програми терапії та навчання (Марценковський, 2014, с. 215<sup>304</sup>). Загалом перспективи функціонування спеціальних освітніх установ для дітей з РАС, зважаючи на тенденцію до деінституалізації таких закладів, є малореалістичною.

Непростою є і проблема дошкільної освіти дітей з РАС, хоча більшість з них могла б бути інтегрована у звичайні садочки. Але в садочках теж не напрацьовані програми для успішної інтеграції, а тому часто цей досвід першої соціальної інтеграції завершується невдачею (Рибченко, 2015, с. 266<sup>305</sup>).

Ще більш невтішною є ситуація з інклюзією дітей з РАС: система загальної освіти не готова включати дітей з емоційними і поведінковими проблемами, рекомендуючи малоефективну

---

<sup>302</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>303</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>304</sup> Марценковський, И. А. (Ред). (2014). *Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей*. Киев: *НейроNews*. 280 с.

<sup>305</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.



індивідуальну форму навчання (Марценковський, 2014, с. 215<sup>306</sup>). Дослідники констатують, що діти з РАС є тією категорією, для якої, на жаль, в Україні не створені умови для навчання (Прядко, 2016, с. 5<sup>307</sup>); як наслідок, воно відбувається в умовах стихійної інтеграції, коли саме діти мають пристосовуватися до умов навчання (Скрипник, 2013, с. 5<sup>308</sup>).

Ситуацію для дітей з аутизмом у школах, як масових, так і спеціальних можна описати в таких різновидах: 1) їх долучають тільки до індивідуальної форми навчання (вдома, або в стінах школи); 2) дитина знаходиться в класі, але перебуває в ізоляції: їй дають окремі завдання, а на певних уроках виводять в інше приміщення; 3) дитина долучена до навчального процесу, але корекційно-розвиткова робота відбувається з нею недостатньо (неузгоджено між фахівцями, без постановки актуальних цілей і відслідковування динаміки розвитку та без повноцінного задіяння батьків). Всі ці типові приклади свідчать про те, що в нашій країні діти з аутизмом не отримують безперешкодної та відповідної освіти, відсутньою є культура долучення цих дітей до освітнього процесу, а також технології впровадження цього процесу, через що потерпають як аутистичні діти, їхні батьки так і фахівці психолого-педагогічного профілю (Скрипник, 2014, с. 111<sup>309</sup>).

Наразі не в усіх школах зараз є можливість забезпечити повноцінну інклюзію для дітей з аутизмом. Практика свідчить, що більшість із них, навчаючись у звичайних школах, мають доволі негативний соціальний досвід – і потрібно ще багато часу, щоб створити в українських школах повноцінні умови для інклюзивної освіти дітей з ООП (Рибченко, 2015, с.266<sup>310</sup>).

---

<sup>306</sup> Марценковський, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: *HeypoNews*. 280 с.

<sup>307</sup> Прядко, Л. О. (2016). Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: *НВВ СОІППО*. 60 с.

<sup>308</sup> Скрипник, Т.В. (2013). *Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра: навч.-метод. посіб.* К.: Гнозис. 60 с.

<sup>309</sup> Скрипник, Т. В. (2014). Умови реалізації особливих освітніх потреб дітей з аутизмом. Український психолого-педагогічний науковий, 1, 110-114.

<sup>310</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

Відсутність розуміння специфіки аутичних дітей та культури надання їм допомоги призвели до таких недоліків організації навчальної та корекційно-розвивальної роботи з ними, як (Скрипник, 2013, с. 4-5<sup>311</sup>):

– несвоєчасно розпочата корекційно-розвивальна роботи. Необхідне раннє виявлення дітей з аутизмом та організація грамотної психолого-медико-педагогічну допомоги для них та їхніх родин. Без своєчасної діагностики та корекційно-розвивальних послуг для значної частини дітей з РАС навчання та адаптація до життя будуть значно складнішими;

– індивідуальна робота з дитиною як єдиний варіант. Помилковість такої позиції спричинена тим, що батьки не долучені до активного процесу навчання та розвитку власної дитини, а для дитини не створюється ключова для її розвитку умова – соціальна ситуація, у якій має місце взаємодія з іншими дітьми при правильно організованій підтримці і продуманому супроводі аутистичної дитини;

– надання якомусь одному методу (підходу) роботи з дитиною статусу «золотого стандарту» навчання і корекції відхилень у розвитку. Так, наприклад, типовою є ситуація, коли прихильники поведінково-когнітивного напрямку наголошують на його виключній значущості для дітей з аутизмом. У цьому контексті йдеться навіть про те, що єдина кваліфікація, яку мають набувати спеціалісти для роботи з аутистичними дітьми – це АВА-терапевт. Інколи так само перебільшують (і вважають за єдиний) якийсь інший підхід, наприклад, дельфінотерапію, або біокорекцію тощо. Слід зазначити, що так само неприйнятним є несистемне і непродумане поєднання різних методів або підходів у прагненні максимально допомогти дитині;

– переважання занять, спрямованих на покращення навчальної діяльності. Популярність таких занять для покращення знань, умінь, навичок можна пояснити тим, що спеціалісти добре володіють ними і мають досвід застосування у роботі з дітьми інших категорій (наприклад, з порушеннями інтелектуального розвитку). Спрямо-

---

<sup>311</sup> Скрипник, Т. В. (2013). Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра. К.: Гнозис, 60 с.

ваність занять на інтелектуальний розвиток аутистичної дитини не сприяє її соціальному розвитку в цілому та покращенню адаптивних процесів зокрема. При такому підході незмінними залишаються такі характерні для дітей цієї категорії особливості, як стресогенність, звуженість уваги, тривожність, відчуженість від світу людей, відсутність комунікативних функцій, концентрація на власних відчуттях тощо.

До найактуальніших проблем успішної роботи та реалізації інклюзивного навчання належить питання професійної підготовки кадрів (Прядко, 2016, с. 5<sup>312</sup>). Занепокоєння викликає відсутність достатньої кількості методично підготовлених педагогічних кадрів. Не тільки педагоги дитячих садків та загальноосвітніх шкіл не володіють методиками, що дозволяють підібрати найбільш прийнятні форми навчання, скласти індивідуальні програми навчання і розвитку дитини, а й корекційні педагоги, логопеди не вміють долати труднощі в навчанні дітей з РАС. Особливо слід відзначити вкрай низький рівень підготовки психологічних кадрів, як дошкільних установ, так і практикуючих психологів загальноосвітніх шкіл, що не дозволяє їм адекватно діагностувати психологічні проблеми учнів і своєчасно надавати їм необхідну допомогу. Практикуючі психологи навчальних закладів могли б зайняти особливе місце в системі допомоги дітям аутистичного спектру розвитку. Саме ці фахівці повинні надавати дієву допомогу у своєчасній діагностиці первазивних відхилень у розвитку у дітей дошкільного та шкільного віку. На жаль, рівень компетентності практикуючих психологів недостатній для ефективної реалізації програм цілеспрямованої профілактики і корекції, не залишає надій не тільки на коректну діагностику проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям учнів і здійснення корекційних психологічних інтервенцій, а й на своєчасне направлення дитини групи ризику до лікаря-фахівця (Марценковський, 2014, с. 232<sup>313</sup>).

Інклюзія аутичних дітей в єдину систему навчання і виховання вимагає підготовки спеціальних кадрів, підвищення кваліфікації та

---

<sup>312</sup> Прядко, Л. О. (2016). Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: НВВ СОІППО. 60 с.

<sup>313</sup> Марценковський, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: Heiponews. 280 с.

перепідготовки відповідних фахівців – як вихователів дошкільних навчальних закладів, учителів початкової ланки, вчителів, предметників, які б володіли відповідними знаннями і методиками роботи цією категорією дітей, так і спеціальних педагогів, психологів, асистентів вчителя тощо. У свою чергу, це вимагає розробки та імплементації нових, особливих підходів до технології організації освітнього процесу, впровадження програм підготовки фахівців, які будуть працювати у спеціальних установах, а також розробки програм і створення умов для навчання і виховання аутичних дітей (Ульянова, 1999<sup>314</sup>).

Підсумовуючи зазначимо, що загалом система освітньої та корекційної роботи з дітьми з РАС в Україні є неефективною: практично відсутня система діагностики, профілактичних заходів та програм раннього втручання; нерозвинута інклюзія на рівні дошкільних установ; слабка матеріальна база; відсутня достатня кількість фахівців різних спеціалізацій для роботи з дітьми з РАС; діяльність різних служб і закладів є роз'єднаною і нескоординованою. У зв'язку в Україні зберігаються негативні передумови для успішної соціальної адаптації та інклюзії дітей з поведінковими та емоційними порушеннями.

Проаналізований зарубіжний досвід організації інклюзивного навчання дітей з РАС та існуючі проблеми у цій сфері в Україні дають підстави для формулювання низки рекомендацій щодо підвищення його ефективності. Проте, дані рекомендації сформульовані, виходячи з того розуміння того, що інклюзивна освіта – не єдиний метод навчання при аутизмі. Це лише один з варіантів, який може бути ланкою в системі поетапної адаптації дитини з РАС. Повинна бути створена система, при якій забезпечуватимуться потреби та враховуватимуться інтереси кожної дитини. Якщо у дитини важка форма аутизму, і звичайне соціальне оточення занадто травматично для неї, можливо, кращим варіантом було б індивідуальне навчання або спеціалізована установа, за умови, що з нею там працюють професіонали. Якщо батьки дитини з аутизмом не в змозі забезпечити їй належний догляд в силу певних життєвих

---

<sup>314</sup> Ульянова, Р. К. (1999). Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми. *Педагогический поиск*, (9), 11-29.

обставин, держава зобов'язана надати їй належну опіку і навчання. Зрозуміло, що діти з легкими формами аутистичних розладів повинні бути інтегровані в звичайне середовище, але за умови професійного і послідовного процесу інклюзії. Інакше наслідки такої «інклюзії», дитина кинута в незрозуміле і непередбачуване для неї шкільне середовище з насиченою і багато в чому недоцільною загальноосвітньою програмою, можуть бути сумними. Не кожна дитина здатна відвідувати загальноосвітню установу, але це лише означає, що необхідні спеціальні умови, які б максимально сприяли її розвитку, а батьки повинні бути впевнені у тому, що про їхню дитину піклуються, а не намагаються позбутися.

В умовах деінституалізації спеціальних навчальних закладів питання впровадження та розвитку інклюзивного навчання для дітей з РАС в сучасних умовах функціонування українського суспільства набуває пріоритетного значення, особливо зважаючи на те, що сама можливість інклюзивного навчання даної категорії дітей ставиться під сумнів. Як зазначає, О. Пасєвіна, на вісі «сегрегація»- «інтеграція» сама природа відвела аутизму місце, тотожне поняттю «сегрегація», тому питання у тому, чи не буде інклюзивне навчання сприяти сегрегації аутичних дітей? (Пасєвіна, 2013, с. 101<sup>315</sup>). Труднощі контакту з дорослими і, особливо, з однолітками, адаптації до нових умов, довільної організації уваги, засвоєння соціально правильних форм поведінки і, навпаки, велика кількість дивних для всіх реакцій, дій, що дезорганізують поведінку інших дітей, часто ставлять під питання можливість перебування такої дитини в школі (Никольская, Баенская & Либлинг, 2012<sup>316</sup>).

У цих умовах вдосконалення системи інклюзивного навчання вимагає системної реалізації цілого комплексу заходів на державному, місцевому та загальношкільному рівнях.

Зокрема, на *державному рівні* інклюзія передбачає:

– формування толерантного суспільства, у якому допомога вразливим категоріям населення, до якої безсумнівно належать усі категорії дітей з ООП, у тому числі й діти з РАС, є невід'ємним

---

<sup>315</sup> Пасєвіна, О. А. (2013). Можливості інклюзивного навчання дітей з розладами аутистичного спектру. *Молодий вчений*. 2 (02), 99-104.

<sup>316</sup> Никольская, О. С., Баенская, Е. Р., & Либлинг, М. М. (2012). *Аутичный ребенок: пути помощи*. М.: Теревинф. 342 с.

елементом культури. Реалізація цього завдання можлива через імплементацію масових просвітницьких кампаній, впровадження навчальних курсів у закладах освіти різних рівнів і/або та інтеграції окремих тем з даної проблематики в існуючі навчальні дисципліни соціогуманітарного спрямування;

– використання науково та експериментально обґрунтованих методик, методів та стратегій інклюзивного навчання. Прикладом цього є доказова медицина: препарати, які не пройшли перевірку і не довели більшої ефективності, ніж у попередників, або за ефект плацебо, не отримують допуску до виробництва. Впродовж останніх років у країнах із розвинутою економікою, таких як США, Канада, країни Західної Європи, Австралія тощо, в освіті, зокрема й осіб з ООП, починають впроваджуватися методики, які довели свою ефективність в ході досліджень. Доказові практики поєднують у собі емпіричний досвід та здоровий глузд і є прикладними інструментами, що мають на меті розвиток конкретних функціональних вмінь та навичок осіб з ООП. Варто зауважити, що доказові практики не є панацеєю, проте їх результативність є значно вищою порівняно із практиками, ефект яких не підкріплений дослідженнями (Torres, Farley & Cook, 2012, с. 65<sup>317</sup>). В Україні, на жаль, така практика відсутня: методи доказової освіти не впроваджуються у систему освіти та практику діяльності закладів освіти. Існує потреба у проведенні досліджень ефективності методів, стратегій, моделей навчання тощо та використання тих, що опираються на результати емпіричних досліджень і ефективність яких не викликає сумнівів. Для коректного використання практик, результативність яких доведена за кордоном, необхідною є реплікація досліджень із повторенням позитивного результату. Недостатньо просто перекладу на рідну мову; методики дослідження мають пройти валідацію із дотриманням усіх методологічних та правових аспектів, а до участі у дослідженні мають бути залучені основні зацікавлені сторони: учителі, представники органів влади батьки тощо. Проте, основні

---

<sup>317</sup> Torres, C., Farley, C. A., & Cook, B. G. (2012). A special educator's guide to successfully implementing evidence-based practices. *Teaching exceptional children*, 45(1), 64-73.

принципи та ідеї методик можна використовувати вже сьогодні (Марценковський, 2014, с. 198<sup>318</sup>);

– серйозну підготовку фахівців (педагогів, психологів, асистентів педагога тощо) до роботи з дітьми з РАС в умовах інклюзивного навчання; організацію систематичного підвищення кваліфікації у формі тренінгів, майстер-класів, сертифікатних програм тощо.

*На місцевому рівні, на нашу думку, необхідно забезпечити:*

– імплементація програм раннього втручання та дошкільної інклюзії;

– створення спеціальних корекційних установ є нагальною необхідністю як мінімум з двох причин, пов'язаних з інклюзією: для проведення пропедевтичної підготовки дітей з РАС до навчання у масових закладах освіти; для навчання, виховання і соціокультурної інтеграції тих дітей з РАС, для яких інклюзивне навчання з тих або інших причин є неможливим (Пасевіна, 2013, с. 102<sup>319</sup>);

– правильну організацію корекційно-розвивальної роботи, від якої багато в чому залежить ефективність організації інклюзивного навчання. Інклюзивно-ресурсні центри, які функціонують на місцевому рівні повинні працювати у тісній взаємодії з управліннями освіти та загальноосвітніми навчальними закладами з метою координації зусиль у сфері корекційно-розвивального навчання і реабілітації дітей з ООП, у тому числі й з РАС. Така діяльність повинна мати системний та оперативний характер і передбачати структурно-системне діагностування; допомогу у виборі освітнього маршруту для дитини і визначення оптимальних програм її навчання; здійснення корекційно-розвивального навчання дітей з тяжкими формами порушення; допомогу у розв'язанні проблем соціально-емоційного плану; допомога у професійному самовизначенні осіб з психофізичними порушеннями; розробку індивідуальних корекційно-розвивальних програм; проектування корекційних програм і розробку корекційних технологій (Колупаєва & Савчук, 2011, с. 79-80<sup>320</sup>);

---

<sup>318</sup> Марценковський, И. А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: НейроNews. 280 с.

<sup>319</sup> Пасевіна, О. А. (2013). Можливості інклюзивного навчання дітей з розладами аутистичного спектру. *Молодий вчений*. 2 (02), 99-104.

<sup>320</sup> Колупаєва, А. А., & Савчук, Л. О. (2011). Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. *К.: Видавнича група «Атопол», 274 с.*

– впровадження посад фахівців у сфері спеціальної педагогіки і психології, асистентів вчителя (Рибченко, 2015, с. 267<sup>321</sup>);

– покращення матеріально-технічного забезпечення інклюзивно-ресурсних центрів та закладів загальної освіти, які надають можливості інклюзивного навчання;

– забезпечення участі педагогів інклюзивних класів у заходах з вивчення та обміну досвідом роботи з дітьми з РАС в Україні та за кордоном;

– організацію і проведення заходів з моніторингу та оцінювання ефективності інклюзивного навчання.

*На загальношкільному рівні* навчання дітей з РАС в умовах інклюзивної освіти вимагає створення низки спеціальних умов:

– дотримання загальної мети інклюзивної освіти – забезпечення якомога повнішої соціальної адаптації та інтеграції дітей-аутистів у суспільство, незважаючи на розмаїття існуючих освітніх і соціальних траєкторій;

– розробка і впровадження нових підходів до організації навчального процесу, індивідуальних програм розвитку та спеціальних програм (Горішна, 2020, с. 99<sup>322</sup>);

– налагодження злагодженої роботи педагогічного колективу, створення атмосфери при якій інклюзія сприймається як процес, що вимагає значних емоційних ресурсів;

– створення структурованого та передбачуваного навчального середовища: розпорядку дня/тижня у формі намальованого календаря, додаткових пояснень/інструкцій дитині щодо правил поведінки, запланованої діяльності при можливості також підкріплених візуальними знаками;

– належну організацію середовища – кімнати, класу з відповідним забезпеченням наочних матеріалів, зон для навчання/гри тощо;

– врахування «сенсорного профілю» дитини і відповідної адаптації, наприклад, для зменшення гіперчутливості може виникнути

---

<sup>321</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>322</sup> Горішна, Н. М. (2020, квітень, 9-10). *Організація інклюзивного навчання дітей з розладами аутичного спектру*. [Тези/матеріали конференції] Розвиток професійної майстерності педагога в умовах нової соціокультурної реальності: збірник матеріалів III Міжнародної науково-практичної конференції, Тернопіль, Україна. Тернопіль: СМП «Тайп». 450 с.



потреба у заміні флуоресцентних ламп на звичайні, вдяганні навушників при підвищенні рівня шуму у класі тощо;

– використання мультисенсорного стилю навчання з врахуванням сенсорних переваг дитини – відповідно дітям-візуалам потрібний один стиль навчання, дітям з домінантним слуховим каналом – інший, сенсо-моторним – ігрові завдання тощо (Рибченко, 2015, с. 267<sup>323</sup>).

– застосування індивідуального підходу до підбору психолого-педагогічних стратегій;

– використання на початкових етапах індивідуальних форм психолого-педагогічної корекції з поступовим переходом до групової взаємодії;

– високу інтенсивність психолого-педагогічних занять (від 20-25 до 35-40 годин на тиждень) у перші півроку супроводу;

– психологічний супровід сім'ї, що виховує дитину з РАС, забезпечення її участі у навчальному процесі як ключового стейкхолдера (Пасєвіна, 2013, с. 102<sup>324</sup>).

Здійснений аналіз свідчить, що ключовим чинником успішної інклюзії дітей з РАС є розуміння труднощів і потреб дітей, зумовлених даним порушенням. Згідно з сучасними дослідженнями, аутизм є порушенням загального розвитку, що зумовлює його дисгармонічність та супроводжуються порушеннями соціальної взаємодії, комунікації та стереотипними формами поведінки. Розлади аутистичного спектру проявляються у ранньому дитячому віці і спостерігаються впродовж усього життя людини, зумовлюючи обмеження у її соціальному функціонуванні. Зважаючи на особливості прояву РАС, діти з такими розладами є одними з найскладніших для включення у масові заклади освіти, проте, разом з тим, користь інклюзивного навчання для них може бути набагато більшою, ніж для інших категорій дітей з ООП.

На основі аналізу зарубіжного досвіду інклюзивної освіти дітей з РАС, встановлено, що у їх навчанні використовуються стратегії навчання, спрямовані на їх соціальну інтеграцію, залучення у навчальний процес, покращення комунікації та посилення позитивної

---

<sup>323</sup> Рибченко, Л. К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

<sup>324</sup> Пасєвіна, О. А. (2013). Можливості інклюзивного навчання дітей з розладами аутистичного спектру. *Молодий вчений*. 2 (02), 99-104.

поведінки, ефективність яких доведена експериментальним шляхом. Виділяють чотири типи таких стратегій: *превентивні*, завдання яких попередити виникнення непередбачуваних ситуацій під час уроків завдяки ретельному плануванню; *підтримуючі* – спрямовані на підтримку бажаної поведінки учнів, зменшення невизначеності та хаосу; *корекційні*, що використовуються для відреагування на ситуації прояву небажаної поведінки та переорієнтацію учнів на виконання бажаних завдань; та *комплексні*, що покликані здійснювати всебічний вплив на поведінку дитини з РАС.

Забезпечення повноцінної інтеграції дітей з аутизмом є непростим завданням, зважаючи на сучасну ситуацію у сфері освіти, для якої характерні проблеми низького рівня психологічної діагностики РАС; нестачі та низького рівня підготовки педагогічних кадрів до роботи з дітьми-аутистами; браку навчально-методичних та матеріально-технічних ресурсів загальноосвітніх шкіл для реалізації інноваційних психолого-педагогічних технологій інклюзивного навчання; недостатнє розуміння сутності та значення інклюзивної освіти з боку усіх учасників освітнього процесу: адміністрації, вчителів, батьків, учнів тощо.

Вдосконалення системи інклюзивного навчання вимагає системної реалізації цілого комплексу заходів на державному, місцевому та загальношкільному рівнях. Зокрема, *на загальнодержавному рівні* важливими завданнями є формування толерантного суспільства, у якому допомога вразливим категоріям населення є невід'ємним елементом культури; використання науково та експериментально обґрунтованих методик, методів та стратегій інклюзивного навчання; підготовку та систематичне підвищення кваліфікації фахівців до роботи з дітьми з РАС в умовах інклюзивного навчання. *На місцевому рівні* необхідно забезпечити імплементацію програм раннього втручання та дошкільної інклюзії; створення спеціальних корекційних установ; правильну організацію корекційно-розвивальної роботи, впровадження достатньої кількості посад фахівців у сфері спеціальної педагогіки і психології, асистентів вчителя тощо; покращення матеріально-технічного забезпечення інклюзивно-ресурсних центрів та закладів загальної освіти, які надають послуги інклюзивного навчання; забезпечення участі

педагогів інклюзивних класів у заходах з вивчення та обміну досвідом роботи з дітьми з РАС в Україні та за кордоном; організацію і проведення заходів з моніторингу та оцінювання ефективності інклюзивного навчання. *На загальношкільному рівні* навчання дітей з РАС в умовах інклюзивної освіти вимагає створення низки спеціальних умов, що стосуються дотримання мети інклюзивної освіти; впровадження нових підходів до організації навчального процесу; створення структурованого та передбачуваного навчального середовища; застосування індивідуального підходу до підбору психолого-педагогічних стратегій; психологічний супровід сім'ї, що виховує дитину з РАС, забезпечення її участі у навчальному процесі як ключового стейкхолдера тощо.

### **2.3. Логопедична корекція мовленнєвого розвитку дітей із ринолалією**

Ринолалію вважають одним із тяжких порушень мовлення. Основним зовнішнім симптомом ринолалії є порушена вимова носових звуків, неприродність голосу, аномальна будова мовленнєвого апарату.

Патологічні особливості будови і діяльності мовленнєвого апарату зумовлюють численні відхилення у розвитку структурних компонентів мовленнєвої діяльності. У дітей з вродженим незрощенням губи і піднебіння порушується не лише артикуляція, а й розвиток просодочних компонентів мовлення (інтонація, темп, ритм). Мовлення розвивається із запізненням: значно пізніше з'являються склади, слова, фрази. Майже усі звуки мовлення набувають глухого відтінку, порушується артикуляційна характеристика деяких звуків. Особливості письма зумовлені несформованістю фонематичної системи мови.

У даному підрозділі узагальнено та систематизовано напрацьований досвід корекції ринолалії науковцями: І. Єрмакової, А. Іпполітової, Н. Захарової, О. Алмазової, Л. Вансовської, Н. Серебрової, В. Чиркіної Т. Волосовець, Т. Воронцової та ін. Також висвітлено актуальні сучасні питання для широкого кола спеціалістів, які займаються логопедичною практикою з дітьми-ринолаліками. Обґрунтовано високу результативність системного, послідовного і комплексного логопедичного впливу на дитину вродженим незрощенням губи і піднебіння. Включено комплекс рекомендацій та вправ з цією категорією дітей по тренуванню різних мовленнєвих навичок: фонаціного дихання, контролю темпу та ритму мовлення, правильної артикуляції. Окреслено перспективи використання представлених принципів і напрямів корекційної роботи з подолання ринолалії.

Логопедична корекція мовленнєвого розвитку дітей із ринолалією – це системна робота над різними компонентами мовлення, яка повинна вплинути на: розвиток дихання, фонематичного сприймання, просодочних елементів мовлення; постановку звуків, активізацію твердого і м'якого піднебіння. При проведенні корекційно-

відновлюваної роботи вчителю-логопеду потрібні не лише знання практичних прийомів корекції мовлення при ринолалії, але й розуміння цілісної клінічної та психолого-педагогічної картини цього складного патологічного стану. Від фахової підготовки спеціалістів залежить ефективність та стійкість отриманих результатів.

Всесвітня організація охорони здоров'я внесла ринолалію до розладів голосу, але особливості будови та діяльності артикуляційного апарату мають також численні відхилення як у розвитку звуків мови, так і інших компонентів мовленнєвої діяльності. При ринолалії, на відміну від механічної дислалії, артикуляція значної частини звуків, як голосних, так і приголосних, відрізняється від норми. При ринолалії, на відміну від ринофонії, за якої наявні порушення у мелодиці, темпі, інтонації, ритмі та виразності голосу, відзначається ще те, що порушується звуковимовна сторона мовлення.

Перші праці з ринолалії написані лікарями. В Давній Греції лікарі намагалися зрозуміти механізм порушення голосу. Дослідження згодом були зосереджені на активізації рухомості твердого і м'якого піднебіння, щоб максимально забезпечити змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки. Пояснювали, що завдяки досягненню розвитку цього процесу, можна розвивати передумови для виправлення тембру звуків, розділяючи між собою ротову та носову порожнини.

Проте хірургічні відкриття в корекційному впливі на вроджені анатомічні вади наприкінці XIX – на початку XX ст. не виправдали очікувань та не отримали позитивних результатів лише завдяки оперативному втручання у виправленні порушень усіх компонентів мовлення. А. Лімберг (1963<sup>325</sup>) вважав, що головним завданням хірурга є відтворення анатомічної будови твердого і м'якого піднебіння зі збереженням нормального розвитку їхніх функцій. Щоб відновити функції мовлення, на його погляд, потрібно використовувати ще й інші корекційні впливи та методики щодо подолання порушень – логопедія, ортодонтія, фізіотерапія тощо.

---

<sup>325</sup> Лімберг, А. А. (1963). Планирование местно-пластических операций на поверхности тела. М.: Медицина, 595-597.

У наукових школах відкривалися різноманітні напрями подолання порушень мовлення при вроджених вадах верхньої губи і піднебіння. Представники так званої німецької наукової школи (Г. Гутцман (1936<sup>326</sup>); М. Хватцев (1959<sup>327</sup>) та ін.) робили висновки з необхідності забезпечення через активізацію рухомості м'якого піднебіння. Вважали, що на ділянку піднебіння доцільно здійснювати вплив різними сильними подразниками – застосовували електростимуляцію та вібротерапію. Логотерапевтичні заходи обов'язково передбачали спочатку активність у застосуванні вібротерапії, а згодом вводилися відповідні тренінги на заняттях з артикуляційної та дихальної гімнастики.

Відомий німецький вчений Г. Гутцман для активізації функцій піднебінно-глоткового змикання рекомендував комплекс дихальних та артикуляційних тренінгів. Логопедичний вплив розпочинати пропонував з системи загальних вправ гімнастики, поступовим введенням занять із формування мовленнєвих навичок. Науковець вважав доцільним активно застосовувати гучний голос, адже завдяки цьому відповідно підвищувалася активність м'якого піднебіння та змінювався тип дихання. Щоб підвищити тиск в ротовій порожнині, професор вбачав потребу у використанні затискача для носа. Це давало можливість коригувати вимову приголосних звуків на більш природню, чіткішу та зрозумілішу. Згодом уже без застосування носового затискача автоматизували сформовані навички мовлення.

Були спеціалісти, які давали пропозицію на діафрагмальному диханні проводити постановку звуків, тобто з відкритим носом, при цьому наголошували на важливості роботи безпосередньо із голосом. Фахівці даного напрямку, який умовно називали французьким, віддавали перевагу активному застосуванню правильного, природнього дихання і голосу. Вони відмовилися від того, щоб неприродні силові вправи та рухи використовувати та поклали цей принцип в основу своїх методик виховання мовлення. Застосовували методики навчання вокалу для постановки правильного дихання та голосу. Існує думка, що принципи ортофонічного методу постановки

---

<sup>326</sup> Гутцман, Г. (1936). Логотерапия при оперированной небной расщелине. В кн.: Вопросы логопедии.

<sup>327</sup> Хватцев, М. Е. (1959). Логопедия, 466-469.

голосу у дітей з назальним відтінком мовлення відкрила саме французька логопедична школа.

Прихильники та розробники принципу первісної іррадіації, рекомендували активно застосовувати прийоми постановки голосу, які використовують у процесі логопедичного впливу у роботі дітьми із порушеннями слуху. Також впроваджували шепітне мовлення, пропонували застосовувати різноманітні механічних прийоми у корекційній роботі.

Є й інші напрями відновлення голосу при ринолалії. Опираючись на започатковані французькими вченими підходи, Ф. Рау (1939<sup>328</sup>), З. Нелюбова (1938<sup>329</sup>), Т. Воронцова (1987<sup>330</sup>), Л. Дмитрієв (2000<sup>331</sup>) та інші розробляли власні підходи і пропонували нові методики виховання правильного мовлення, довели доцільність проведення логокорекційної роботи як у доопераційний, так і післяопераційний період.

Ринолалія за своїми проявами відрізняється від дислалії при наявності зміненого назалізованого тембру голосу. При нормальній фонації під час вимови всіх звуків мови, крім носових, у людини відбувається завдяки піднебінно-глотковому змиканню (скорочення м'язів м'якого піднебіння, бічної і задньої стінок глотки). Відбувається, при фонації, потовщення валика Пассавана (задньої стінки глотки) одночасно з рухами м'язів м'якого піднебіння. Під час вимови м'яке піднебіння безперервно піднімається і опускається на різну висоту залежно від вимовних звуків і швидкості мовлення. Виділяють різні форми ринолалії відповідно до характеру порушень функції піднебінно-глоткового змикання.

*Відкрита ринолалія* – це порушення фонаційної сторони мовлення і звуковимови. Відкрита ринолалія є досить важкою формою як у корекції, так і у механізмах. При відкритій формі ринолалії ротові звуки набувають назального відтінку. Найбільш змінюється тембр

---

<sup>328</sup> Рау, Е. Ф. (1939). Логотерапевтическая работа с детьми, страдающими открытой гнусавостью. Вопросы материнства и младенчества, №3.

<sup>329</sup> Нелюбова, З. Г. (1987). Принципы, методы и система исследования лиц, страдающих ринолалией на почве врожденных расщелин губы и неба. Межвуз. сб. науч. тр. М.: МГПИ им. Ленина, 18-30.

<sup>330</sup> Воронцова, Т. М. (1964). До питання логопедичної роботи при відкритій ринолалії після уранопластики. Уч. записки МДПІ.

<sup>331</sup> Дмитриев, Л. Б. (2000). Основы вокальной методики. М.: Музыка, 368.

голосних *i, y*. Значно порушується при вимові тембр приголосних: до фрикативів додається хрипкий звук, що з'являється в носовій порожнині; проривні, бокові та дрижачі звучать нечітко. Розрізняють функціонально і органічно зумовлену відкриту ринолалію. Ринолалія органічної форми може бути як вродженою, так і набутою.

*Ринолалія набутої відкритої органічної форми* з'являється при перфорації твердого та м'якого піднебіння внаслідок пошкодження язикоглоткового і блукаючого нервів, поранення, тиск пухлини та інше.

*Вроджена органічна відкрита ринолалія* зазвичай є наслідком вродженого розщеплення м'якого або твердого піднебіння, вкорочення м'якого піднебіння, відсутності або роздвоєння язичка, прихованої щілини; парезів і паралічів м'якого піднебіння внаслідок ураження язикоглоткового і блукаючого нервів. У дітей з вродженою розщелиною є серйозні функціональні розлади (смоктання, ковтання, зовнішнього дихання та інші), які знижують опірність до різних захворювань.

В усному мовленні звуки артикуються беззвучно або з малою силою голосу, не отримують слухового підкріплення. Страждає розвиток просодичних елементів мови. Всі оральні звуки стають назальними, змінюється характер задньопіднебінних звуків. Виявляються і інші дефекти: нейтралізація зубних звуків за способом творення; заміна проривних фрикативних; свист при вимові шиплячих чи навпаки; оглушення сонорних в кінці слова; відсутність вібранта або заміна на *u*; пониження розбірливості звуків у скупченні та кінцевій позиції; переміщення артикуляції в задні зони.

Серед факторів, впливають на виникнення ущелини, можна відзначити:

- генетичні;
- біологічні (грип, паротит, токсоплазмоз під час вагітності матері тощо);
- хімічні (контакт з шкідливими речовинами, нікотин, алкоголь, наркотики, неконтрольований прийом лікарських засобів і вітамінів);
- соціальні (стреси);
- ендокринні захворювання матері.

Прийнята наступна класифікація ущелин:



1. Вроджена ущелина верхньої губи:

– схована ущелина (без деформації шкірно-хрящового відділу носа або з його деформацією);

– повна ущелина;

2. Вроджені ущелини піднебіння:

– ущелини м'якого піднебіння (субмукозні, неповні, повні);

– ущелини м'якого та твердого піднебіння;

– повна ущелина альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння (одностороння, двостороння);

– повна ущелина переднього відділу твердого піднебіння та альвеолярного відростка.

*Ринолалія функціональної відкритої форми* виникає у дітей із млявою артикуляцією при фонації, коли наявний неповноцінний підйом м'якого піднебіння. Причинами є наслідування назальному мовленню, наявні зміни у глотці через пухлини та травми, парез м'якого піднебіння, відсутність контролю власного мовленням при порушеннях слухової функції. Ознака цієї форми ринолалії – більш виражене порушення вимови голосних звуків. Функціональна відкрита ринолалія корегується фоніатричними вправами, звуки ставляться класичними методами.

Дослідження показують, що розбірливість мови дитини-ринолаліка знижена на 50%, а особливості усного мовлення у багатьох випадках є причиною відхилень у формуванні інших мовленнєвих процесів. Зокрема вони ведуть до несформованості фонематичної системи мови, що є перешкодою до оволодіння грамотою.

Структура мовленнєвого дефекту при ринолалії, тобто симптоматика, буде відрізнятися залежно від її різновидів. Наприклад, для відкритої патології будуть характерні такі симптоми:

– порушення дихальної функції;

– труднощі під час грудного вигодовування або самостійного харчування дітей від двох років;

– недолік маси тіла новонародженого;

– присутність вроджених ущелин;

– мимовільні коливальні рухи очей;

– тихе мовлення;

- гіперрефлексія;
- затримка мовленнєвого розвитку;
- наявність гримас під час спілкування;
- обмежений словниковий запас;
- дратівливість і замкнутість;

підвищення схильність до таких хвороб, як отит і бронхіт, пневмонія або євстахіїт.

*Закрита форма ринолалії* – це зміни фонаційної сторони мовлення, порушення тембру голосу, повне або часткове виключення носового резонансу як наслідок порушення природнього проходження струменя повітря через ніс.

Виділяють наступні форми ринолалії: передню закриту ринолалію, коли відзначається непрохідність носових порожнин (при хронічній гіпертрофії слизової носа, викривленні носової перегородки, пухлинах носової порожнини); задню закриту ринолалію, коли зменшена носоглоткова порожнина (аденоїдні розростання, фіброми, поліпи, пухлини носоглотки).

Закриту форму ринолалії відповідно ще розділяють функціональну та органічну. *Функціональна закрита форма ринолалії* відзначається при сильному підйомі м'якого піднебіння і закриття доступу до носоглотки звуковими хвилями. *Органічна закрита ринолалія* виникає через непрохідність носової порожнини.

Запропоновано використовувати систему дихальних і логопедичних тренінгів, різноманітні прийоми фонопедії, завдяки яким є можливим подолання гугнявого, неприродного відтінку голосу.

Характеристику закритої форми ринолалії складають наступні клінічні прояви:

- зміна тембру голосу;
- порушення у вимові носових звуків;
- труднощі при спілкуванні зі сторонніми людьми;
- неприродність і тьмяність голосу;
- необхідність у постійному диханні через рот;
- схильність до простудних недуг;
- розвиток астеничного синдрому;
- порушення письма, що виражається в дисграфії;

– недостатній запас слів, порівняно з однолітками аналогічної вікової категорії.

*Змішана форма ринолалії* – це порушення у мовленні, що проявляються у присутності назального тембру голосу та низьким носовим резонансом під час вимови носових звуків. Може спостерігатися при вкороченні м'якого піднебіння і аденоїдних розростаннях. Якщо проявляється піднебінно-глоткова недостатність та виникають ознаки відкритої ринолалії після аденоктомії, то відповідно і якість мовлення може значно знизитися. Необхідно провести відповідне обстеження будови м'якого піднебіння, визначити яка форма ринолалії більше порушує тембр мовлення. Корекційно-логопедичні прийоми використовують у подоланні відкритої ринолалії лише після відновлення носового дихання.

Диференційовано відбувається логопедична корекція порушень мовлення у дітей із ринолалією, відповідно від віку, особливостей периферичного відділу артикуляційного апарату і від рівня розвитку мовлення.

У дитини спостерігається відсутність артикуляційних ігор та інтенсивного лепету через наявні порушення цілісності будови периферичного артикуляційного апарату і як наслідок здійснюється гальмування підготовки органів мовлення до формування укладів артикуляції. Є дані про поступове зменшення лепетливої активності (Т. Волосовець, 1995<sup>332</sup>). У цієї категорії дітей голос тихий із значно помітним назальним відтінком, здавлений, млявий, глухий, неприродний, виснажений, слабкий та приглушений. Якщо у дитини наявне таке порушення, як ринолалія, то розвиток мовлення у такому випадку відбувається із значним запізненням. Проявляється це у наявному великому часовому проміжку початку вимови перших складів у дитини, слів та відповідних фраз у перші роки її життя, які прийнято вважати сензитивними для формування не лише звукового компоненту мовлення, але й інтелектуальної діяльності. Слова із рядом особливостей в більшості випадків з'являються у віці двох років, також можуть виникнути і пізніше. Щодо розвитку фразового мовлення відповідно також є інтервал часу, що зумовлюється значним

---

<sup>332</sup> Волосовець, Т. В. (1995). Логопедическая работа с детьми в возрасте 1-3 лет с врожденными расщелинами губы и неба. Автореф. дисс. канд. наук.

запізненням, поширені випадки і у віці після чотирьох років (О. Уракова, 1972<sup>333</sup>). Часто затримує мовленнєвий розвиток і такий характерний нюанс, що у дітей з ринолалією ще вторинно порушена і слухова функція одночасно із природженою анатомічною вадю периферичного артикуляційного апарату.

Розвиток імпресивного мовлення хоч і відбувається здебільшого нормально, але через те, що зазнає багато різноманітних змін, залишаються малозрозумілими для оточення слова і фрази. Приголосні звуки з'являються лише завдяки активізації задньої частини спинки язика, неприродній участі кореня язика в артикуляційному укладі. Цей процес проявляється як наслідок неправильного розташування язика в ротовій порожнині.

Вимова деяких приголосних звуків становить особливі труднощі. Свистячі та шиплячі звуки у ринолаліків набувають своєрідного звучання. Страждає дзвінкість приголосних, спостерігається оглушення дзвінких звуків.

Забезпечення вимови дитиною голосних звуків відбувається завдяки положенню язика у задній частині порожнини рота та видихання через ніс струменю повітря. Основними ознаками являються відповідний назальний тембр та слабка губна артикуляція.

За наявності антропофонічних (спотворене звучання фонем), та фонологічних (заміна однієї фонемі на іншу) ознак утворюються звуки мовлення як наслідок ринолалії. Майже усі приголосні та голосні звуки сильно назалізовані, артикуляційні уклади їх значно змінені, не мають між собою чіткої диференціації, зазнають замін всередині груп звуків, практичне звучання багатьох із них не наближається до норми. Усі звуки, що вимовляє дитина з вродженим незрошенням губи та піднебіння, на слух сприймаються як дефектні. Таким чином, звуковимова порушується тотально, незважаючи на те, що може бути наближеною до норми артикуляція деяких із них.

Порушення фонетико-фонематичного оформлення сторони мовлення доцільно розглядати як первинні порушення у структурі мовленнєвої компетентності (А. Іпполітова, 1983<sup>334</sup>). Отож порушення

---

<sup>333</sup> Уракова, О. І. (1972). Сравнительная характеристика ринолаликов и детей с нормальной речью. *Дефектология*, 2.

<sup>334</sup> Ипполитова, А. Г. (1983). Открытая ринолалия. М.: Просвещение, 93.

в усному мовленні дітей з ринолалією можуть мати суттєвий негативний вплив на формування усіх процесів мовлення.

У дітей з ринолалією причинами лексико-граматичних порушень являються не лише вади будови обличчя, а значну роль відіграють інші соціальні чинники такі як психічне здоров'я, відсутність вчасного корекційного впливу, прогалини у психологічному вихованні, компенсаторні можливості та відповідне оточення. Здебільшого у дітей є достатнє розуміння лексичного значення слів та все ж потрібна допомога у побудові та спрощенні висловлювань, розвитку розгорнутого мовлення.

У письмі чітко проявляється не сформованість фонематичної системи мови. Це відбувається у зв'язку із значним порушенням у вимові звуків. Для основи формування писемного мовлення є недостатнім вивчення дитиною артикуляційних укладів.

Якщо дитина до початку навчання грамоти оволоділа чітким і зрозумілим мовленням, то розвиток звуко буквеного аналізу буде успішним. Однак якщо у дитини в початкових класах збереглися порушення у вимові та фонаційному оформленні звуків, то це безумовно призведе до стійких письмових порушень. Адже особливості дисграфії залежать від багатьох причин. Основними з них є компенсаторні можливості дитини, особливості будови апарату мовлення, психологічний і соматичний статусу дитини, методів і термінів логопедичного впливу, участі сім'ї в процесі навчання дитини.

Основним показником для розподілу дітей в логопедичні установи є розвиток мовленнєвих процесів. Дітям дошкільного віку з порушенням фонетичної сторони мовлення надається корекційно-логопедична допомога у дитячій поліклініці або у лікарні в післяопераційний період.

Діти, у яких наявні недорозвинення процесів мовлення у інших проявах, зараховуються в спеціальні дитячі садки в групи дітей з фонетико-фонематичним або загальним мовленнєвим недорозвиненням мовлення. Діти шкільного віку, що мають виражені порушення фонематичного сприймання, отримують допомогу на логопедичних пунктах при загальноосвітніх школах.

Ринолалію розглядають як тяжку ваду. Благополучна її корекція відбувається лише під впливом комплексних заходів: вчасна діагностика порушень розвитку, тривалий логопедичний вплив та обізнаність у напрямках роботи з цією категорією дітей, ранній корекційний вплив, обов'язковий індивідуальний підхід, врахування важливих компенсаторних можливостей дитини. Вплив логопедичної роботи при ринолалії повинен мати наукове підґрунтя. Особливо цінним є також комплексний, послідовний, системний підхід.

Логопед, опираючись на психолого-педагогічною класифікацією порушень мовлення, повинен планувати напрямки корекційного впливу. Починати процес логопедичної діагностики доцільно із визначення стану розвитку діяльності мовленнєвих компонентів мовлення. Важливі напрями та завдання корекційного впливу на дитину із ринолалією визначають, отримавши результати обстеження рівня сформованості просодичної, фонетичної, лексико-граматичної сторін мовлення.

Велике значення має система, розроблена А. Іпполітовою, яка вперше запропонувала проведення логопедичних занять в доопераційний період, метою яких є уникнення утворення компенсаторних патологічних звичок і створення бази для розвитку нормального мовлення. У структуру логокорекційних занять повинні входити важливі напрями роботи: розвиток та диференціація мовленнєвого дихання; для формування африкат та сонорних звуків важливим є навчання навички диференціювати короткий та довгий як ротовий, так і носовий видих; навчання ротового, плавного і тривалого видиху для постановки голосних та приголосних звуків; формування артикуляційних укладів м'яких звуків, шляхом постановки, автоматизації та диференціації інших звуків. У методиці А. Іпполітовою чітко визначено етапи (підготовчий, основний) і особливості логокорекційної роботи в доопераційному і післяопераційному періоді. Акцентувати увагу протягом формування артикулем слід на невимушеному та плавному переключенні рухів. Ця робота проводиться для уникнення у мимічній і лицьовій мускулатурі так званих синкінезій. Поетапність процесу роботи над звуками залежить безпосередньо від стану сформованості артикуляційних позицій.

Запропоновано працювати у наступній послідовності над артикулемами голосних звуків: розпочинати слід із *a, e, o, y, u, я, ю*, а звуком *й* доцільно завершувати даний етап роботи. Над такими звуками як *я, є, ю* розпочинається робота зі сполучень, які складаються із звука *й* та голосних звуків *a, e, o, y*. Даний звук *й* розкриває можливість спостерігати за напрямом струменю видихуваного повітря.

З. Нелюбова мала власну думку щодо послідовної роботи над приголосними звуками: *п, б, ф, в, т, д, л, к, г, с, з, х*. М. Хватцев рекомендував у такій послідовності працювати над звуками : *п, т, к, л, б, д, г, с, з, ш, ж*. За пропозицією Е. Рау визначають наступну поетапність у постановці даних звуків: *п, б, м, т, д, т, ф, л, к, г, с, з, х...*

Якщо проаналізувати та підсумувати, то можна зробити висновок, що зазначені автори вважали доцільним розпочинати постановку приголосних зі проривних (*п, б*) і передньоязикових (*т, д, н*). Були наявними щодо цього твердження сумніви у А. Іпполітової. Вона вносила власні пропозиції і зазначала, що початок роботи слід пов'язати з постановкою щілинних *ф* і *в*, адже саме їх вимова не потребує підвищеної сили голосу і не потрібне застосування додаткових зусиль для ослабленої дитини. Змінивши уклад артикуляції, на основі звуків *ф* і *в*, дається пропозиція постановки *с* і *з*, адже дитина може вже самостійно відтворити холодний повітряний струмінь. А. Іпполітова не надавала значенню збереженості укладу деяких звуків, тому впевнено рекомендувала розпочинати з нуля роботу над постановкою усіх звуків мови.

Популярністю в практичній логопедії користується поетапна методика корекції розладів голосу при ринолалії І. Єрмакової (1984<sup>335</sup>). Саме І. Єрмакова визначила вікові функціональні особливості розладів голосу у дітей та підлітків із ринолалією та розробила для них відповідну систему постановки голосу. Вона звертала увагу на індивідуальний підхід до своїх учнів із вродженими незрощеннями губи і піднебіння в логокорекційному процесі. Розробник методики наголошує на важливості проведення

---

<sup>335</sup> Єрмакова, И. И. (1984). Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков: кн. для логопеда. М.: Просвещение, 143.

доопераційного етапу роботи. Це дасть змогу попередити формуванню негативних патологічних звичок і створити відповідні передумови для повноцінного розвитку мовлення. Розпочинати корекційну роботу потрібно із доопераційної підготовки м'якого піднебіння до піднебінно-глоткового змикання після проведення операції. Цей процес передбачає профілактику дистрофії м'язів глотки і реалізацію функціональних передумов для нормального утворення звуків. Позиції голосних *a* і *e*, за висновками автора методики, надають можливість повноцінно активізувати розвиток сегментів м'якого піднебіння. Вже із першого заняття потрібно давати дитині голосові вправи, навчати правильному розташуванню язика в ротовій порожнині та м'якій подачі голосу. І. Єрмакова вважала, що неправильна позиція язика у роті значно більше порушує мовлення, ніж несформоване піднебінно-глоткове змикання. Велику роль надавала доцільності активізації рухомості язика і навчанню правильного розташування в порожнині рота. Гімнастику та логопедичний масаж для органів артикуляції вбачала у доцільності щоденного проведення, адже кінестетичні відчуття в дітей із ринолалією значно знижені. Надавала І. Єрмакова рекомендації щодо проведення одночасної роботи не більше ніж із трьома видами завдань, враховуючи індивідуальні особливості кожного учня-логопата. Слід зазначити, що важливо уникати швидких та різких рухів органів артикуляції, адже вони вимагають додаткових зусиль і не дають очікуваного результату, у дитини виникають труднощі у відтворенні рухів та запам'ятовуванні зміни кінестетичних відчуттів. Для того, щоб вихованець із ринолалією мав можливість відпрацьовувати дихальні вправи, потрібно для початку оволодіти навичками спрямованого повітряного струменю. Лише після формування подовженого і достатнього діафрагмально-реберного видиху спеціаліст розпочинає роботу над вокальними вправами та постановкою голосних звуків. Постановку слід розпочинаючи з протяжної вимови на м'якому видиху голосних звуків *a-a-a*, *e-e-e*, а згодом звуки *o*, *i*, *y*, *u* доцільно додавати у процес. А коли вихованець зможе вимовити, протягуючи, «ізольовані» голосні звуки, необхідно продовжувати працювати над вимовою сполучень із кількох голосних звуків. Фонематичний слух логопеду



розвивати потрібно також у підготовчому періоді: проводиться робота над формуванням вміння виділяти потрібний звук з ряду ізольованих звуків, обов'язково здійснюються завдання розрізнення на слух ротових та носових звуків та акцентується увага на їхній правильній вимові, також необхідно навчати у слові знаходити даний звук, працюємо над визначати місця звука в слові.

Основне, на думку І. Єрмакової, – сприяти поліпшення комунікативної функції мовлення, задовольняючись на цьому етапі лише наближеною артикуляцією та використанням аналогічних звуків.

Пройдений етап формування правильного дихання є передумовою початку роботи над постановкою приголосних звуків. За І. Єрмаковою, робота повинна проводитися із приголосних фонем *л, л', в, в', ф, ф'*, тому що їхня вимова диференціюється без особливих труднощів у складах. Наполягає автор методики щодо необхідності та важливості саме на цьому етапі використання нових навичок у спонтанному мовленні. Згодом постановка приголосних відбувається у наступній поетапності: *п, п', б, б', м, м', с, с', з, з', т, т', д, д', н, н', ш, г, к, х, р, р'*. Дана методика рекомендує завершувати роботою із постановки *африкатів* і звуку *ж*. Працюють також на цьому етапі одразу над диференціацією носових звуків та ротових: *м – п; м' – п'; н – д; н – т; м – б; м' – б'* тощо.

Л. Вансовська (2000<sup>336</sup>) вважає, що робота над подоланням назалізації повинна розпочинатися не із звичного уже звуку *а*, а з інших звуків голосних переднього ряду *і* та *е*, тому що ці голосні фонемі відкривають можливість струмінь повітряного видиху спрямувати в передній відділ порожнини рота і розташувати біля нижніх різців язик. Спеціаліст згідно цієї методики під час роботи з вихованцем розмовляє тихим голосом, посилює напруження м'язів глотки та м'якого піднебіння, а нижню щелепу при цьому висовує вперед. Робота корекційна розпочинається із подолання назалізації голосних фонем, згодом відбувається постановка сонорних звуків *л* та *р*, а ще пізніше здійснюється відповідна робота над проривними та щілинними приголосними звуками.

---

<sup>336</sup> Вансовская, Л. И. (2000). Устранение нарушения речи при врожденных расщелинах неба. СПб.: Гиппократ, 132.

За методичними рекомендаціями науковців-попередників із відновлення у підлітків і дорослих голосу О. Алмазова (1973<sup>337</sup>) рекомендувала систему методичного впливу на відновлення голосу у дітей із ринолалією у разі органічних пошкоджень гортані. Розглядаючи методи корекції ринолалії, можна звернути увагу на авторську характеристику різноманітних форм ринофонії і підхід комплексного впливу до її усунення, що пояснюється об'єднанням психотерапевтичних заходів із ортофонічними тренінгами та рядом лікувально-профілактичних вправ.

Великий внесок у методику корекції ринолалії внесла Г. Чиркіна (1969<sup>338</sup>), яка на основі тривалого вивчення цієї категорії дітей запропонувала систему методичного впливу з психолого-педагогічного подолання даного порушення мовлення. Згідно із розробленою методикою Г. Чиркіної, логокорекційний вплив повинен мати комплексний характер і бути спрямованою на корекцію фонетичних розладів, розвиток лексики, граматики і граматичного мислення.

Виходячи із зазначеного, проаналізувавши методи і прийоми, які використовують логопеди у практиці, можна виділити основні напрями корекційної роботи з подолання ринолалії в доопераційний період:

- 1) підготовка піднебінної завісу до піднебінно-глоткового змикання;
- 2) активізація м'язів артикуляційного апарату;
- 3) робота над диханням;
- 4) постановка голосних звуків;
- 5) розвиток фонематичного слуху;
- 6) корекція звуковимови (робота над звуками-аналогами).

В післяопераційний період корекційне навчання дітей, що мають відхилення тільки фонетичної сторони, проводиться за такими напрямками:

- 1) нормалізація діяльності артикуляційного апарату;
- 2) формування артикуляції звуків;
- 3) усунення назального відтінку голосу;

---

<sup>337</sup> Алмазова, Е. С. (1973). Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. М.: Просвещение, 151.

<sup>338</sup> Чиркина, Г. В. (1969). Дети с нарушениями артикуляционного аппарата. М.: Педагогика, 119.

- 4) диференціація звуків;
- 5) нормалізація просодичного боку мовлення;
- 6) автоматизація набутих навичок у вільному спілкуванні;
- 7) корекція фонематичного сприймання.

Логопеду, після завершення операції, необхідно негайно розпочати проводити із вихованцем роботу із розвитку мовлення. Логопедичні заняття після уранопластики є обов'язковими і проводяться з урахуванням доопераційної роботи. Методи роботи модифікують залежно від особливостей мовлення дитини.

Комплексний підхід у логопедичній роботі з розвитку фонетичної сторони мовлення у дітей із ринолалією безпосередньо повинен забезпечити процеси: усунення назального відтінку голосу, розвиток рухомості м'якого піднебіння, навчання чіткої та правильної артикуляції звуків, формування навичок фонематичного сприймання. Корекційно-логопедичний вплив повинен відштовхуватися від індивідуального підходу до дитини та має право вносити зміни у разі того, чи прооперована дитина чи ні, чи проводилася до операції логопедична робота чи ні, чи тривалим був термін підготовчої корекційної роботи чи ні, чи наявна у дитини психологічна готовність до логопедичних занять чи відсутня.

Рекомендовані Л. Вансовською характеристики відкривають уявлення про відповідне розмежування порушень мовлення в разі ринолалії та дають розуміння в оцінюванні результативності корекційного впливу:

- 1) нормальне або наближене до норми (сформована звуковимова і усунена назалізація);
- 2) значно покращене мовлення (сформована звуковимова за помірної назалізації);
- 3) покращене мовлення (сформована артикуляція не всіх звуків на фоні помірної назалізації);
- 4) без покращення (несформована артикуляція звуків на фоні гіперназалізації).

Використання системи медичних, профілактичних, педагогічних та психологічних напрямів у корекції ринолалії дає можливість результативно використати компенсаторні здібності організму дитини; вчасно діагностувати порушення як у фізичному, так і у

мовленнєвому та нервово-психічному розвитку; отримати змогу здійснити профілактику різноманітних ускладнень та вторинних порушень. Такі умови активними зусиллями різних фахівців та обов'язковою участю батьків дають змогу здійснити систему спеціального, комплексного та корекційного впливу на розвиток дитини із ринолалією із першого дня її народження.

Необхідно зазначити про важливість первинної ланки профілактики. Забезпечення запобігання утворенню компенсаторних патологічних змін потрібно розпочинати ще до народження дитини шляхом створення для породіллі максимально комфортних та доброзичливих умов, які надаються державною службою охорони здоров'я матері і дитини. Важливим є вчасне інформування усіх членів сім'ї та близьких родичів про розвиток мовлення в нормі. Потрібно їм пояснити про доцільність систематичних занять із дитиною із грамотного, активного та свідомого розвитку мовлення. Коли в сім'ї народжується дитина із ринолалією, вона одразу повинна отримати логокореційну допомогу від спеціаліста. Логопед повинен розповісти батькам методики корекційного впливу на вади, пояснити етапи подолання порушень мовлення, розкрити результативність та якість корекційної роботи у співпраці спеціалістів та батьків.

Логопедичні зусилля і використання комплексу лікувальних заходів певною мірою можна розглядати як профілактичні, вони допомагають попередити можливі відхилення у розвитку, спричинені безпосередньо самою вадою та створити передумови формування повноцінної артикуляційної бази. Із метою попередження низки порушень в цей період основну увагу потрібно звертати на нижче наведені чинники.

*Запобігання появі астеничного синдрому.* Оскільки діти з ринолалією мають схильності до простудних захворювань і ослаблені соматично, із перших днів народження вони потребують загартовування та відповідної стимуляції їхнього фізичного розвитку. У зв'язку із цим фактором є потреба у використуванні різноманітних повітряних ванн, водних процедур, прогулянок на вулиці. Завдяки позитивному впливу фізичних спеціальних вправ, рухливим іграм, відповідним прийомам масажу можна забезпечити необхідну стимуляцію фізичного розвитку. Довело свою ефективність

збалансоване та повноцінне харчування, приймання вітамінних препаратів у зміцненні здоров'ї дитини.

*Профілактика фіксації язика в неправильному положенні.* Для цього вже в ранньому дитинстві дитину не рекомендують розташовувати у положенні на спині, тому що це може бути фактором западання язика назад. З метою запобігання розташування язика у неправильному положенні необхідно вкладати малюка так, щоб він лежав на животі чи на боці, щоб стимулювати утримання кінчика язика якомога ближче до альвеол. Для того, щоб стимулювати рухи кінчика і передньої частини спинки язика, спеціалістами рекомендується застосовувати спеціальні вправи та відповідні руханки.

*Профілактичні методи запобігання порушенням дихальної функції.* Оскільки при ринолалії дихання не диференційоване, видих зазвичай є неекономним та коротким, потрібно використовувати заходи, спрямовані на профілактику остаточної фіксації способу дихання дитини. Формування довгого, достатнього, стійкого, економного ротового видиху, якого достатньо буде для побудови цілої фрази – є важливим та основним завданням із запобігання порушень дихальної функції. Дихальна спеціальна гімнастика та ігрові руханки дають можливість навчити малюка диференціювати носове та ротове дихання. Необхідно застосовувати наслідувальний, розвинений рефлексу малюків. Наприклад, спочатку під час смоктання, а потім, після року, у відповідних вправах із розвитку мовленнєвого видиху. Використовують ще різноманітні цікаві ігри та вправи на дмухання, нюхання, формування звуконаслідування. Граючись із дитиною, потрібно одразу формувати ротовий видих за допомогою різних яскравих матеріалів: клаптиків паперу, смужок вати, сніжинок, повітряних кульок, метеликів, іграшок із фетру тощо. Слід використовувати наступні запитання: «А як можна зігріти ручки за допомогою дихання?», малюк повинен видихнути теплим струменем повітря на долоні х-х-х..., «Що це за квіточка має такий ніжний запах?» — малюк через ніс вдихає повітря та через ротик видихає його. Спочатку доцільно використовувати прості дихальні вправи, а вже пізніше потрібно ускладнювати їх до відпрацювання видиху через рот із додаванням голосу, акцентувати увагу на вимові

голосних і приголосних звуків, вкладати ігрові моменти та зміст у голосові вправи.

*Активізація діяльності м'язів піднебінно-глоткового кільця.* Малюку, з метою профілактики, можна давати вправи типу природнього ковтання, невимушеного покашлювання та легкого позіхання. Доцільно використовувати пальцевий масаж м'якого піднебіння чи його окремих ділянок, якому має можливість навчитися ще в пологовому будинку мама новонародженої дитини. Вправи по полосканню горла добре стимулюють м'яке піднебіння після операції. Ефективним є також застосування фізіотерапевтичних заходів. Профілактичні заходи повинні сприяти змиканню м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки та запобігти ускладненням порушень мовлення. Потрібно навчити дитину злизуванню краплин води з губи, пити спочатку краплями, а пізніше маленькими ковточками воду чи сік для активізації роботи м'язів глотки та м'якого піднебіння. Лише враховуючи вік і можливості дитини можна давати відповідні вправи. Обов'язковою рекомендацією є проведення щоденних логопедичних та корекційних занять до року із спеціалістом та в домашніх умовах (після відповідної підготовки батьків), спираючись на здатність дитини наслідувати дорослого.

*Створення передумов формування правильної звуковимови шляхом активізації артикуляційних м'язів.* Часто використовують самостійні рухи (дитині необхідно опустити вниз нижню губу, скласти губи в трубочку, розтягнути їх у посмішці, виконати артикуляційну вправу «качечка», підняти вверх верхню губу тощо). Можна також подушечками пальців рук або шпателем активізовувати кінчик язика (піднімати язик до верхньої губи або притискати його до нижньої частини рота, опускати кінчик язика на нижню губу тощо). Логопед разом з батьками повинен проводити роботу для досягнення рухомості та пластичності верхньої губи і у ранній і у віддалений післяопераційні періоди, при цьому рекомендовано застосовувати ряд вправ та прийомів масажу. Спеціаліст активно включає в роботу пасивні артикуляційні вправи та різні масажні рухи після зняття швів, рекомендовано проводити логопедичні заняття із дитиною щодня. При потребі необхідно спеціально підібраними масажними рухами розслабити напружені ділянки м'язів обличчя.

*Розвиток сили і гучності голосу.* У дитини із ринолалією наявне глухе та тихе звучання голосу. У цьому випадку доцільно застосовувати корекційний вплив у даному напрямі якомога раніше. У ранньому віці слід починати роботу над розвитком слуху та зору малюка, адже саме вони відіграють важливу роль у розвитку голосу як необхідної складової мовлення. Відомо, що голос забезпечує інтонаційне забарвлення та виразність мовлення. Уже протягом перших місяців життя дитини потрібно працювати над розвитком навиків прислухатися до різних звуків в оточенні, до звертання близьких людей, у яких часто наявний лагідний голос у спілкуванні з малюком. Цікаво, що у дитини з'являються перші короткі звуки типу *а-а-а, а-гу, бу* уже на 3-му місяці життя. Саме цей період називають «гулінням», для його розвитку необхідна увага дитини до вимови й артикуляції звуків дорослими. Спеціаліст та батьки повинні надати допомогу дитині, щоб вона побачила, відчула та почула артикуляцію звука і слова. Протягом першого року життя малюку можна наспівувати веселі мелодії, імітувати разом з ним в ігровій формі різні голоси тварин, природи, пташок тощо. Щоб стимулювати підвищення дитиною сили голосу можна гратися в піжмурки, кликати її, відійшовши при цьому на велику відстань. Для розвитку голосу також застосовують записи улюблених пісень і мелодій мультфільмів, різноманітних відео для дітей та відповідні фонозаписи звуків у природі.

Аналізуючи особливості домовленнєвого розвитку малюка, батькам рекомендується продовжити співпрацю з логопедом над розвитком навичок мовлення і запобіганням мовленнєвим порушень. Необхідно провести роботу із підготовки м'якого піднебіння до піднебінно-глоткового змикання, здійснити профілактику дистрофії м'язів глотки та піднебіння, спрямовуючи зусилля для опускання кореня й укріплення кінчика язика, переміщення язика вперед, активізації рухів щік та губ, постановки правильного дихання, формування нормального струменю повітря, уникнення труднощів у диференціації звуків в зв'язному мовленні. Спроби розташування язика вперед є ефективною вправою на занятті, вони є передумовою зниження назального відтінку голосу, постановки звуків та виховання правильного мовленнєвого дихання. Також для активізації органів

артикуляції таких як губи, м'яке піднебіння, щоки, нижня щелепа проводять масаж у ділянках носа та рота, коли наявне напруження м'язів.

Інколи через різні причини уранопластику вдається провести лише після трьох років. Логопед в такому випадку повинен провести корекційне втручання, використовуючи логопедичні прийоми та методики, у формування звукової сторони мовлення. Якщо успішно проведена робота над розвитком природних голосових даних, над формуванням фізіологічного і фонаційного дихання та над активізацією здорових відділів мовлення апарату, тоді за допомогою застосування вокальних вправ розвиваються та формуються правильні артикуляційні уклади та слуховий контроль за власним мовленням. Поетапність роботи над постановкою та автоматизацією звуків залежить від сформованості артикуляційних укладів звука. Дуже важливим є проведення навіть часткової логопедичної профілактичної роботи, тому що саме вона є основою для розвитку звуків мовлення та їх вимови в післяопераційному періоді.

Корекційно-логопедична робота, яка проводиться в доопераційний період, здійснює забезпечення бази артикуляційних укладів і формує звуковимовну сторону мовлення, а також позитивно впливає на загальний розвиток малюка. Щоб профілактика порушень мовлення була результативною, ефективною та повноцінною, потрібно спрямовувати її відновлення функціональних та анатомічних здібностей артикуляційних органів.

Відповідно для успішної логопедичної корекції порушень мовлення потрібно результативно здійснювати вплив із подолання, правильно вибрати відповідні прийоми та методи корекції, визначити причини та рівень мовленнєвих дефектів, проаналізувати, які мовленнєві компоненти страждають. Обстеження дітей з ринолалією має ґрунтуватися на певних принципах.

*Принцип комплексності* передбачає обстеження дитини необхідними спеціалістами такими як фізіотерапевт, психолог, ортодонт, педіатр, отоларинголог, логопед, стоматолог, невропатолог, психоневролог.

Проаналізовуючи природу порушень у дітей із вродженими незрощеннями губи і піднебіння, можна зробити висновки, що



відбуваються порушення не лише анатомічної будови та структури артикуляційного апарату, але і його функціональні можливості також значно знижені. Наприклад, порушення функцій органів артикуляції можна простежити через відсутність або загальмованість піднебінних і глоткових рефлексів, через незрощення м'якого і (або) твердого піднебіння, верхньої губи, підслизової щілини, через дефекти під'язикової вуздечки зубного ряду, прикусу тощо. Здійснення комплексного лікування дає змогу ці порушення побачити та прогнозувати терміни логопедичного впливу на дитину, тому необхідними є обов'язкові обстеження ортодонтом та щелепно-лицевим хірургом. У дитини з ринолалією поряд із піднебінною патологією одночасно можуть бути наявні такі захворювання як хвороби придаткових пазух носа, викривлення носової перегородки, новоутворення в порожнині рота та носа, звуження носових ходів тощо. Через це простежується доцільність у проведенні відповідного обстеження лікарем-отоларингологом малюка.

Лікар-педіатр у зв'язку із соматичною загальною ослабленістю малюка із ринолалією та системною хворобливістю такої дитини повинен здійснити професійну діагностику.

Косметичні і природжені вади обличчя після уранопластики здебільшого мають негативний вплив на формування особистості дитини із ринолалією та її психіки. Через це рекомендують проходити обстеження у психолога та лікаря-психоневролога.

В практиці медицини все більш відомі випадки поєднання різних вад розвитку. Може бути, що дитина має ряд інших захворювань поряд із наявною природженою патологією губи та піднебіння. У цьому випадку малюку необхідно пройти обстеження у дитячого офтальмолога, ендокринолога та невролога. Завжди у дітей із ринолалією є мовленнєві порушення, через це для цих дітей рекомендується також і логопедична консультація.

*Принцип системного та цілісного вивчення* вбачає, що діагностика категорії дітей із ринолалією повинна бути всебічною і багатоплановою. Адже як вища психічна діяльність мовлення реалізується та формується в тісному зв'язку з усіма іншими психічними вищими процесами, діагностування передбачає не лише вивчення окремої вади мовлення, а й розгляд взаємозв'язків між

іншими психічними процесами діяльності малюка та між порушеннями мовлення дитини, також з'ясування компенсаторних здібностей її тощо. Пояснює це те, що обирати тактику психолого-педагогічних обстежень та проводити відповідний аналіз отриманих результатів необхідно лише у системі із визначеною лаконічною структурою.

Під час психолого-педагогічного діагностування потрібно дізнатися про становлення процесу мовленнєвого та загального розвитку в ранньому дитинстві, з'ясувати ставлення та поведінку оточуючих людей щодо до цієї дитини, особисті відчуття дитина та роздуми щодо даної вади; провести діагностику психічних пізнавальних процесів таких як мислення, сприймання, пам'ять, увага, емоційно-вольова сфера, визначити особистісні особливості дитини із ринолалією. Принципово важливим є забезпечення комплексного аналізу та підходу до визначення рівня розвитку мовлення. Під час комплексного впливу необхідно з'ясувати не лише порушену сторону системи мовлення, але й доцільно визначити зв'язок із іншими мовленнєвими компонентами мовлення, тобто потрібно враховувати як первинну так і вторинну структуру порушень. Психолого-педагогічне обстеження доцільно проводити на основі цих принципів.

*Принцип цілеспрямованості* діагностики розглядає як зв'язок первинних та вторинних порушень так і аналіз виникнення вади мовлення. Під час процесу діагностики логопедом мають бути визначені причини мовленнєвих порушень та особливості їх процесу перебігу; в основу закладено не лише опис та перелік даних проявів вад, але й необхідно ретельно проаналізувати їхні наслідки та причини. Діагностування дитини із ринолалією доцільно розпочинати із з'ясування та аналізу первинних порушень діяльності органів артикуляції, також голосу та дихання, прослідкувати взаємозв'язок порушень моторики артикуляції, рівня слухової діяльності та функції дихання із станом звуковимовної системи, розвитку фонематичного слуху тощо. Тому, коли спостерігається наявність у дитини ринолалії, потрібно провести цілеспрямовану діагностику та ретельний аналіз отриманих результатів з метою з'ясування первинних, вторинних та

третинних порушень мовлення, а також простежити їхні зв'язки між собою.

*Принцип порівняння* допомагає провести зіставлення результатів отриманих даних під час обстеження із даними розвитку у нормі. Даний принцип відкриває можливості для з'ясування рівня порушеного розвитку та структуру дефекту.

*Принцип динамічності* полягає у зборі анамнезу та отриманні даних про вид та структуру порушення, його особливості та якісні зміни у динаміці під час багаторазових досліджень в різні часові проміжки. Статичні дані про стан компонентів мовленнєвої діяльності є також важливим етапом обстеження, адже вони відстежують необхідну інформацію, необхідну для формування логопедичного висновку.

*Принцип індивідуального підходу* базується на визначеннях можливостей та віку дитини для того, щоб ефективно підібрати навантаження та вправи, з'ясувати компенсаторні можливості вихованця, визначити зони її найближчого розвитку, а це в разі сприяє зростанню шансів результативності логотерапії та скороченню її термінів. Мовленнєві порушення та особливості особистості дитини взаємопов'язані між собою. Врахування особистих характеристик дитини та вплив індивідуального підходу під час діагностики, надає змогу виявити сутність та зміст динаміки порушення, розглянути вплив порушень мовлення на навчання дитини, на її стосунки з однолітками та дорослими, простежити особливості формування психічних процесів. Основним у використанні принципу індивідуального підходу є забезпечення корекційного впливу відповідно до віку дитини та її психофізіологічних особливостей. Часові проміжки та обсяги матеріалів для діагностики повинні підбиратися із врахуванням індивідуальних особливостей та віку дитини. Негативне ставлення дитиною до процесу обстеження, до самого спеціаліста, до процесу логопедичних занять може спричинити надто довге у часі та виснажливе обстеження із перевантаження вихованця складними вправами та завданнями.

*Принцип емоційності обстеження та наочності.* Діагностування вихованця з ринолалією доцільно проводити емоційно, цікаво, оптимістично та весело. Процес проведення діагностики у дитини

повинен викликати лише позитивні емоції. Доцільно використовувати різноманітний демонстраційний матеріал такий як наочні ігри, предметні, тематичних та сюжетні картинки, іграшки, побутові предмети, природні матеріали. Перед тим потрібно з'ясувати вік дитини, її інтереси та мету використання наочності. Наприклад, при діагностиці стану загальної та дрібної моторики краще використовувати процес рухливої гри; коли проводимо обстеження стану звуковими можна застосовувати логопедичні ігри, лото, музичні іграшки, дидактичні матеріали. Ігровою формою проведення заняття досягають емоційності діагностики. Застосовують цікаві матеріали, жваво змінюють форми діяльності дитини, велику роль відіграють артистичність та доброзичливість логопеда. Це активно сприяє емоційному тісному контакту спеціаліста із вихованцем, що забезпечує результативність діагностування, а також запобігає можливості перевтоми дитини.

Психолого-педагогічне діагностування за допомогою цих принципів є ефективним, результативним, багатоплановим та комплексним, дає змогу забезпечити зони найближчого розвитку та визначити вірний логопедичний висновок, тобто сформувані так звані «мовленнєвий статус» вихованця, що забезпечує позитивну динаміку у логокорекційній роботі.

Обстеження дітей з ринолалією здійснюється логопедом індивідуально в умовах логопедичного кабінету профілактично-лікувального, лікувального закладу або закладу дошкільної освіти, школи.

В процес психолого-педагогічного обстеження цієї категорії дітей включають:

- 1) збір анамнестичних даних;
- 2) опис анатомічних особливостей;
- 3) обстеження загального мовленнєвого розвитку;
- 4) вивчення змін в емоційно-вольовій сфері дитини.

До збору анамнестичних даних відносяться вивчення історії розвитку дитини у бесіді з батьками та аналіз медичних висновків лікарів-фахівців різних профілів.

В описі анатомічних особливостей будови всього артикуляційного апарату логопед класифікує вид незрощення, в

якому віці були зроблені операції губи і піднебіння, докладно описує стан всіх органів артикуляції.

Коли проводиться діагностика необхідно дати оцінку якості та рівня порушень, звернути увагу на рухливість органів мовлення і відновлення функцій артикуляційного апарату. На початковому етапі слід простежити які є анатомічні особливості в мовленнєвому апараті та якого характеру дефекти можна побачити:

1) губи: щілини верхньої губи, післяопераційні рубці, скорочена верхня губа;

2) зуби: неправильний прикус і посадка зубів;

3) язик великий, вузький, скороченість під'язикової вуздечки;

4) тверде піднебіння: вузьке, готичне;

5) будова м'якого піднебіння: щілина, коротка, роздвоєний маленький язичок, взагалі його відсутність;

б) дефекти у будові зубнощелепної ділянки: прогенія, прогнатія, неправильне положення зубів та ураження їх карієсом, боковий чи відкритий прикус тощо.

Під час обстеження потрібно звернути увагу на зміни дихання:

1) чи користується дитина змішаним диханням;

2) життєвий обсяг легень знижений, прискорене дихання, відставання в розвитку грудної клітини;

3) особливості фонаційного дихання: чи прискорене чи поверхневе; його взаємозв'язок із ключичним типом дихання, фонаційне дихання.

При обстеженні голосу слід зазначити характеристики: голос глухий, здавлений, слабкий, виснажений, тихий, приглушений, з вираженим носовим відтінком; обмежений модуляціями; наявні акустичні зміни в спектрі голос, що в свою чергу заважають його дзвінкості та роблять мовлення незрозумілим для оточення.

При обстеженні глоткового рефлексу потрібно вказати чи він: збережений, підвищений, знижений. При обстеженні загального мовленнєвого розвитку перевіряється стан звуковими, фонематичного сприймання, складової структури слова, лексико-граматичний стан мовлення, зв'язне мовлення.

Що стосується фонетичного сприймання у вихованців з природженим дефектом апарату артикуляції, то слід зауважити, що

розвиток його знижений і проходить в недостатніх умовах. Для обстеження фонетичного сприймання застосовують прийоми та методи, спрямовані на:

- порівняння, впізнавання та розрізнення простих фраз;
- запам'ятовування даних слів та знаходження їх у ряду поряд з іншими словами;
- запам'ятовування звукових рядів;
- виділення потрібного звуку серед низки інших звуків, потім знаходження його у складах і словах;
- запам'ятовування складових рядів.

Серед порушень мовлення у дітей з ринолалією порушення фонетико-фонематичної сторони мовлення займає основне місце у структурі мовленнєвої діяльності, первинно при цьому порушується фонетичне оформлення мовлення і це впливає на розвиток лексико-граматичної сторони мовлення. Позитивну динаміку в подоланні цих порушень можна прогнозувати лише за умови одночасної корекції інших мовленнєвих порушень.

Для того, щоб визначити у вихованця рівень можливостей фонематичного сприймання застосовують вправи різної складності: відстукати або проплескати кількість складів у словах різної складової структури; здогадатися чи відповідає ритмічний малюнок запропонованій картинці.

Із вправ на повторення ізольованих звуків доцільно розпочинати проведення діагностування розрізнення звуків мовлення. Порушення у фонематичному сприйманні проявляється здебільшого, коли вихованець повторює близькі за звучанням фонемі. Також неодмінно слід звернути увагу на розпізнавання свистячих, шиплячих, африкат, сонорів, а також дзвінких та глухих звуків.

Вивчення змін в емоційно-вольовій сфері дитини. Вже при першому знайомстві можна побачити, як дитина вступає в контакт з педагогом. Надалі в бесіді з батьками слід дізнатися, як до дитини ставляться в сім'ї, чи є у неї друзі, чи активна дитина на заняттях в дошкільному закладі або в школі. Важливо знати, яке ставлення дитини до своїх недоліків мовлення, чи реагує на зауваження щодо них, чи є бажання їх виправити.

Зазначена система обстеження з ринолалією ґрунтується на низці загальних і спеціальних принципів, забезпечує всебічне, комплексне обстеження з метою вивчення структури і ступеня тяжкості мовленнєвої вади, індивідуальних відхилень у фізичному, психічному особистісному статусі дитини. Обстеження дає змогу виявити зону актуального і найближчого розвитку, спираючись на позитивні і враховуючи негативні детермінанти, що впливають на перебіг розвитку конкретної дитини; визначити найефективніші психолого-педагогічні шляхи, методи і прийоми організації і здійснення логопедичного навчання, а також забезпечити можливості для об'єктивного оцінювання результатів корекційного впливу.

Подаємо схему логопедичної корекції мовленнєвого розвитку дітей із ринолалією.

### *1. Активізація м'якого піднебіння.*

Мета спрямована на профілактику дистрофії м'язів глотки; на нормалізацію мовного видиху та формування спрямованого струменю повітря; на підготовку відповідних органів артикуляції до піднебінно-глоткового змикання; на корекцію ключичного типу дихання; на фіксацію правильного розташування язика; на укріплення кінчика язика та опущення його кореня; на розвиток рухомості губ та щік.

Масаж м'якого піднебіння:

1) масажні рухи прийомом погляджування по середній ділянці піднебін'я (м'якого та твердого) слід проводити від верхніх різців для того, щоб досягти рефлексу ковтання;

2) точковий масаж пальцем, язиком;

3) поштовхоподібний масаж пальцем, язиком.

Активна гімнастика м'якого піднебіння:

1) ковтання води маленькими порціями;

2) імітація позіхання;

3) покашлювання кілька разів під ряд з паузами та без них (повітря через рот);

4) вимовляння голосних на твердій атаці (язик біля нижніх різців).

## *2. Активізація артикуляційного апарату*

Вправи для активізації кінчика язика:

- 1) облизування краплин води із блюдця та ложки;
- 2) провести кінчиком язика об поверхні різців;
- 3) порахувати зуби кінчиком язика;
- 4) погладити щоки кінчиком язика;
- 5) обвести кінчиком язика по колу ротової порожнини;
- 6) котити по альвеолах цукерку круглої форми за допомогою кінчика язика.

Проведення самомасажу кінчика язика: покусування язика, присмокування кінчика язика, проштовхування язика крізь зціплені зуби.

## *3. Робота над постановкою правильного дихання.*

Мета полягає у формуванні діафрагмально-реберного дихання.

Навчання регульованому видиху:

- 1) «поплювання»;
- 2) завдання, що складаються із дмухання на пір'їни, ватні кульки, паперові смужки, свічки;
- 3) завдання, що полягають у катанні по столі олівця та невеликих пластмасових іграшок на воді за допомогою видихуваного сильного струменю повітря через рот;
- 4) вправи на спрямування фіксованого видиху у трубочку, дуття мильних бульбашок;
- 5) вправи, що полягають у грі на сопілці, трубі та саксофоні, які розвивають дихання;
- 6) завдання із надування кульок повітряних.

## *4. Зняття напруження м'язів обличчя.*

Мета: тренувати рухливість губ, щік, переміщувати розташування язика у правильне положення, активізувати кінчик та корінь язика.

Рухи щелепами: відкривання-закривання рота (фіксація пальцем під носом); бокові рухи нижньої щелепи; вимова без голосу таких звуків як *a, e, i, o, y*, імітуючи їхню артикуляцію.

Масаж гігієнічний.

Розвиток рухомості губ:

- 1) губи витягувати вперед — розтягувати у посмішці;



2) без голосу здійснювати імітацію звуку п-п-п для укріплення губ;

3) для зміцнення губ використовувати утримання ними бульбика протягом тривалого часу;

4) верхню і нижню губу втягувати у ротову порожнину.

Вправи для активізації язика:

1) висувати язик з порожнини рота та пересувати його в попереднє положення;

2) вверх тягнутися язиком до носа та опустити його до підборіддя;

3) проводити рухи язиком в різні сторони у напрямку куточків рота;

4) висувати язик у формі широкій та у вузькій, чергуючи положення;

5) у внутрішній частині ротової порожнини піднімати язик до альвеол та повертати у зручне розташування;

6) обводити язиком по колу губи із зовнішньої сторони;

7) обводити язиком по колу губи та щоки із внутрішньої сторони рота;

8) проводити додатковий масаж застосовуючи поплескування шпателем, пальцем, ложкою; вилизування тарілок.

#### *5. Робота над формуванням тембру голосу:*

1) проспівувати, понижуючи та підвищуючи голос, голосних звуків та сполучень між ними: у, о;

2) тренувати вимову однакових звукосполучень в одній тональності та з підвищенням голосу, читання віршованих текстів;

3) чітко вимовляти гучним голосом вигуків;

4) наспівувати різноманітні мелодії ;

5) вичитувати лише голосні звуки у віршах;

6) грати у сюжетні ігри, застосовувати діалоги персонажів казок;

7) читання загадок, лічилок, приказок, скоромовок, байок, казок, текстів.

#### *6. Формування фонематичного слуху:*

1) із низки різних звуків обрати потрібний звук;

2) впізнати у слові, яке прозвучало, необхідний звук;

3) розпізнати, де саме розташовується вивчений звук у слові;

4) вміти диференціювати звуки;

5) розрізнити вірне звучання даного звуку.

Голосові вправи проводяться на голосних звуках а, о, у, е, які ставляться в першу чергу і включаються в щоденні вправи. Голосні спочатку артикуються без голосу, потім з голосом з поступовим збільшенням числа повторень голосних на одному видиху. Далі проводиться робота над чіткою уривчастою вимовою ряду голосних на одному видиху. Потім проводиться робота над вимовою голосних звуків з невеликими паузами і тривала злита вимова голосних звуків.

У разі ринолалії проведена робота із корекції приголосних звуків ідентична роботі із подолання дислалії. Практично та ефективно використовувати наступну поетапність роботи над приголосними: *в* та *в'*, *ф* та *ф'*; *п*, *б* та *т*, *д*; *х*, *г*, *к* та *с*, *з*, *ц* та *ш*, *ж*, *ч*, *щ*; *м*, *н* та *л*, *л'*, *й*; *р*, *р'*, *д'*, *т*.

Одночасно проводиться робота з диференціації звуків.

#### *7. Виконання дихальних вправ:*

- 1) вдихнути і видихнути носом;
- 2) здійснити вдих носом та видих через ротову порожнину;
- 3) вдихнути та видихнути ротом;
- 4) відпрацювати подачу сильного струменю повітря через рот;
- 5) плавний видих холодним струменем;
- 6) виконувати завдання на формування правильного дихання доцільно поетапно у різних положеннях: і пересуваючись, і напівлежачи, і сидячи, і стоячи на місці.

#### *8. Розвиток висоти голосу.*

- 1) вокальні вправи: *а*, *е*, *о*, *у*, *і* вимовляти зв'язно, плавно з відчуттям рухів діафрагми;
- 2) проспівування голосних звуків: *а* (низько), *а* (високо);
- 3) відтворення із застосуванням звуку *а* різноманітних мелодій пісень;
- 4) ігрові вправи для розвитку висоти голосу.

#### *9. Розвиток сили голосу.*

Вимовляння з підсиленням та послабленням звучання звуків:

1. *аааА.*
2. *Аааа.*
3. *оооО.*
4. *Оооо.*

5. ауауАУ.

6. АУауау.

Логопедичні вправи на розвиток дитячого дихання допомагають виробити правильне діафрагмальне дихання, тривалість видиху, його силу і поступовість. Вони часто поєднуються з рухами рук, тулуба, голови. У вправах на розвиток дихання включається логопедичний мовленнєвий матеріал, який вимовляється на видиху.

Артикуляційні вправи спрямовані на розвиток темпо-ритмічної та мелодико-інтонаційної основи мовлення, мовленнєвого дихання, фонематичних процесів, збагачення словникового запасу, удосконалення звуковимови, розвиток навичок зв'язного мовлення дітей.

Голосові вправи використовуються для вдосконалення вимови голосних і приголосних звуків, укріплення голосових зв'язок.

Розглянемо один із прикладів ефективного процесу логопедичної корекції мовлення дитини із ринолалією.

Дитина – Мудрий Артем, 4 роки.

Вперше батьки звернулися у лютому 2021 р. зі скаргами на порушення у дитини вимови голосних й носових приголосних звуків. У січні дитину прооперовано з приводу відновлення піднебіння (уранопластика).

Стан мови на момент звернення:

- мовлення фразове;
- словниковий запас дещо знижений;
- незначні аграматизми;
- користувався в мовленні простими реченнями;
- спостерігалось накладання додаткових шумів на деякі звуки, схожих на хропіння під час сну; також відбувалося специфічне порушення тембру голосу і звуковими (стигматизм, ротацизм).

Неповноцінні анатомо-фізіологічні умови мовотворення, обмеженість моторного компонента мовлення стали причиною аномального розвитку звукової сторони в хлопчика.

Корекційні заняття з дитиною логопедія здійснювала за методикою подолання ринолалії:

- проводила вправи на нормалізацію видиху через рот та на формування тривалого струменю повітря, вимовляючи дитиною більшість звуків мовлення;

- тренувала правильні артикуляційні уклади;
- корегувала вправами неприродній відтінок голосу;
- працювала над проведенням диференціації звуків для профілактики порушень у звуковому аналізі;
- автоматизація набутих навичок у вільному мовленнєвому спілкуванні.

У результаті наполегливої роботи з хлопчиком протягом 12-ти місяців, словниковий запас досяг 1500-2000 слів. З'явилося правильне носове дихання. У спонтанному мовленні вихованець вживає практично всі частини мовлення. Дошкільник засвоює узагальнюючі слова. Відбувся інтенсивний розвиток граматичної будови мовлення, але мають місце деякі граматичні помилки у правильному застосуванні відмінкових закінчень.

Дитина висловлює особисту думку з приводу різноманітної діяльності, ділиться власними міркуваннями про події, які відбулися. Із підказками дорослих переказує казки, повторює невеликі вірші. Спостерігається покращення звуковимови: правильно вимовляє свистячі і шиплячі звуки, але ще може замінювати їх один одним (наприклад, шапка – «сапка», жовтий – «зовтий»).

Дитина прийнята у дитячий навчальний заклад загального типу. На даний період спеціаліст продовжує роботу над диханням та розвитком висоти голосу; над розвитком фонематичного сприймання; з диференціації звуків. Працює над постановкою фонем *p*.

Рекомендовано батькам продовжити відвідування дитиною логопедичних занять.

Логокорекція проводилася логопединою отоларингологічного відділення, яка протягом 7 років проводила дослідження ефективності запропонованої системи комплексної роботи, спрямованої на подолання ринолалії у дітей засобами логопедичних вправ і доцільність застосування її в логопедичній практиці.

Аналіз результатів корекції порушень мовленнєвого апарату на мовленнєвий і психофізичний розвиток вихованця, довів те, що вроджене незрощення губи і піднебіння являє собою анатомо-фізіологічний дефект, з яким одночасно проявляються і патологічні зміни у не сформованих системах організму та мають негативний вплив на емоційний стан вихованця.

Порушення мовлення перешкоджають повноцінному розвитку психічних функцій вихованця з вродженим незрошенням губи і піднебіння, особливо негативно впливають на процес особистісних змін.

Дефекти у разі ринолалії здебільшого супроводжуються іншими порушеннями у розвитку такими як органічні ураження центральної нервової системи, які спричиняють і розумову відсталість.

В цих дітей в дитячому і підлітковому віці зростає ймовірність розвитку нервово-психічних розладів, які можуть спричинити вторинно і затримку інтелектуального розвитку.

Причинами можуть бути і психологічна травматизація дітей з цією вадою розвитку через тривалу госпіталізацію; загальне недорозвинення та інші складні порушення мовлення; порушення комунікації таких дітей з однолітками і дорослими; недостатньо сприятливі умови виховання. Згодом низка причин сприяє виникненню у дітей з цією патологією серйозних соціальних і психологічних проблем.

Наявність змін гомеостазу організму дитини із ринолалією та супутніх захворювань, етіологія вроджених незрошень верхньої губи та піднебіння, порушень основних функцій (дихання, ковтання, мовлення, годування), неможливість проводити первинну профілактику зумовлюють необхідність у системних заходах до медичної та психолого-педагогічної і соціальної реабілітації.

Проведене дослідження підтвердило гіпотезу про те, що розробка та впровадження системи комплексного впливу подолання порушень, спрямованої на корекцію ринолалії, створить передумови соціально-психологічної реабілітації та реалізації відповідного розвитку мовлення дітей.

Отже, реабілітація дітей із вродженими незрошеннями губи та піднебіння спрямована на реалізацію як системного корекційного впливу, який застосовується в умовах медичних закладів із відповідною спеціалізацією кваліфікованою командою фахівців та за наявністю обґрунтованої логопедичної і психокорекційної допомоги.

Медичний і психолого-педагогічний вплив на розвиток дитини із ринолалією, застосування сучасних актуальних технологій та прийомів реабілітації сприятимуть ефективній інтеграції їх у суспільстві.

## **2.4. Neurologopedyczne studium przypadku dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym i wrodzoną wadą mózgu**

Celem podjętej pracy była ocena zróżnicowania zaburzeń rozwoju mowy dzieci z m.p.dz. na przykładzie dziecka ze sprzężonymi niepełnosprawnościami.

Przedmiotem niniejszej pracy jest 9. letni chłopiec (urodzony 10. 01. 2009r.) z wrodzoną wadą mózgu i sprzężonymi zaburzeniami mowy. Chłopiec uczęszcza do szkoły w centrum rehabilitacyjnym dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, w którym pracuję jako logopeda. Charakter obserwowanych zaburzeń mowy bardzo zlorzony. Objawy dyzartryczne, trudności w rozumieniu i nadawaniu mowy. U dziecka rozpoznane zostały zaburzenia neurologiczne, padaczka, zaburzenia wzroku, obniżona sprawność intelektualna w stopniu lekkim. Cele diagnostyczne – różnicowanie zaburzeń, znalezienie problemu podstawowego. Złożony patomechanizm opisywanych sprzężonych zaburzeń zlokalizowany na różnych poziomach aparatu mowy – obejmuje struktury ośrodkowego układu nerwowego oraz okolice obwodowe.

Podstawowy materiał badawczy stanowią dane uzyskane w trakcie badań oraz zajęć logopedycznych. Wiele cennych informacji zostało dodatkowo zebranych podczas obserwacji chłopca w sytuacjach związanych z codziennym życiem, w interakcjach społecznych: w kontaktach z innymi dziećmi, z wychowawcami, nauczycielami, psychologiem. Dodatkowe dane diagnostyczne otrzymane obserwacją dziecka w trakcie posiłków pozwoliły ocenić stan funkcji połykowej i żucia, co stanowi jeden ze wskaźników do oceny zaburzeń dyzartrycznych.

Tomek trafił do centrum rehabilitacji dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym we wrześniu 2015 roku w wieku 6.lat.

Chłopiec nie mówił, porozumiewał się gestami, nie poszukiwał kontaktu z rówieśnikami, był niespokojny, płakał oczekując na matkę.

Po adaptacji w grupie przedszkolnej zaczął uczęszczać na zajęcia do psychologa i logopedy. W tym nowym dla chłopca miejscu – ponownie adaptacja. Zajęcia były krótkie, wyłącznie adaptacyjne, z czasem diagnostyczne.

Po pierwszych badaniach diagnostycznych stwierdzono że Tomek ma nadwrażliwość twarzy i sfery oralnej, wzmożone napięcie policzków,

obniżone języka, drżenie, amimiczność twarzy, skrócone wędzidełka wargi górnej i podjęzykowe, nieprawidłową budowę żuchwy (widoczny tyłozgryz).

Okazało się, że Tomek już zna literki (samogłoski) i prawidłowo nazywa je.

Zaczęliśmy pracę od samogłosek i onomatopeji. Zanim pojawiły się pierwsze sylaby / ma /, a potem i pierwsze słowo / mama /.

Następnie głoski wargowe / p /, / b /. Izolowana realizacja dobra, ale w sylabach naprzemiennie. Łatwiej poszły wargowo-zębowe: / f /, / v / – (duża rola tutaj uwarunkowań fizjologicznych – zgryzu). I ponownie trudności z różnicowaniem / v / oraz / f /.

Podczas terapii przestrzegane były zasady indywidualizacji, aktywnego i świadomego udziału, systematyczności, stopniowania trudności, polisensoryczności działań, utrwalania oraz zasady kształtowania prawidłowych postaw osobowościowo-emocjonalnych.

Napady padaczkowe, a następnie hospitalizacja dziecka, powodowały częste przerwy i wycofanie z rytmu edukacyjnego.

Chociaż terapia logopedyczna przyniosła widoczne efekty: dziecko zaczęło mówić, wzbogacono zasób słownictwa, w mowie czynnej proste zdania, – mowa chłopca nadal jest niezrozumiała dla osób obcych, a często także dla najbliższego otoczenia.

Trudności w przyswajaniu języka ojczystego dla chłopca są przyczyną tej pracy.

Aspekty neurologiczne wyników badań medycznych w literaturze podmiotu.

**Mózgowe porażenie dziecięce** (łac. *paralysis cerebri infantum*) jest zespołem objawów klinicznych, które mają charakter niepostępujący. Ze względu na częste występowanie schorzenia (1-2/1000 porodów) stanowi istotny problem diagnostyczny, prognostyczny, terapeutyczny i społeczny. Objawy chorobowe bardzo zróżnicowane etiologicznie oraz klinicznie. Podstawowym deficytem mózgowego porażenia dziecięcego (m.p.dz.) jest deficyt ruchu i napięcia mięśni wywołanych uszkodzeniem mózgu lub nieprawidłowościami w jego rozwoju nabytymi przed urodzeniem, w okresie okołoporodowym czy po urodzeniu we wczesnym dzieciństwie.

Nie jest samodzielną jednostką chorobową, lecz zespołem objawów związanych z różnorodnym etiologicznie uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego.

W literaturze naukowej przez pojęcie mózgowego porażenia dziecięcego «...rozumie się niepostępujące zaburzenia czynności będącego w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza ośrodkowego neuronu ruchowego. Mózgowe porażenie dziecięce nie stanowi określonej odrębnej jednostki chorobowej, lecz jest różnorodnym etiologicznie i klinicznie zespołem objawów chorobowych»<sup>339</sup>.

Współwystępować m.p.dz. mogą zaburzenia wyroku, słuchu, mowy, padaczka czy upośledzenie umysłowe.

Zakłócenia funkcji wzrokowych mogą mieć różną formę kliniczną: od zaburzeń refrakcji poprzez ubytki w polu widzenia do uszkodzenia analizy i syntezy bodźców wzrokowych. Przyczyną dysfunkcji słuchu są zakłócenia receptora słuchowego, dróg nerwowych, także w ośrodkach podkorowych i korowych. Zaburzenia słuchu powodują zniekształcenia odbioru słów i upośledzenie rozumienia mowy. Zaburzenia mowy u dzieci z m.p.dz. są bardzo częste i wynikają z uszkodzenia zarówno ośrodków mózgowych, dróg nerwowych unerwiających narząd mowy, jak i obwodowego aparatu mowy. Rozwój mowy dzieci z porażeniem mózgowym zależy od poziomu umysłowego dziecka oraz postaci klinicznej.

Przyczyny m.p.dz. mogą być różne. W wielu przypadkach przyczyny wywołujące uszkodzenie mózgu nieznane. Do znanych czynników szkodliwie działających przed urodzeniem zalicza się: zaburzenia rozwojowe, niedotlenienie, zatrucie i zakażenia płodu. Przyczyny okołoporodowe: niedotlenienie okołoporodowe, uraz okołoporodowy, znacznie nasiloną żółtaczką noworodkową, po urodzeniu: niedotlenienie noworodka, krwawienie do mózgu czy zakarzenie ośrodkowego układu nerwowego. Zespół ten ściśle związany z przebiegiem ciąży, porodu oraz stanem noworodka i niemowlęcia w pierwszych miesiącach życia.

Wspomniane wyżej uszkodzenie o.u.n. ma charakter niepostępujący i zachodzi w okresie najintensywniejszego rozwoju (niedojrzałego jeszcze) mózgu. Jego następstwem jest trwały zespół zaburzeń – głównie

---

<sup>339</sup>Michałowicz R., *Mózgowe porażenie dziecięce*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2000.



ruchowych, na który w zależności od rodzaju, stopnia ciężkości, rozległości i lokalizacji uszkodzenia o.u.n. składają się:

– zaburzenia w zakresie napięcia mięśniowego i jego rozkładu (spastyczność, sztywność, wiotkość);

– obecność dyskinezji (atetoza, choreoatetoza, dystonia i tp.);

– zaburzenia o charakterze bezładu mózdkowego (ataksja – z obecnością powyższych objawów wiąże się podział m.p.dz. na postacie: spastyczną, atetotyczną i ataktyczną);

– porażenia lub niedowłady (*paralysis, paresis*), czyli zniesienie lub ograniczenie ruchów dowolnych, które mogą obejmować cztery kończyny (*quadriparesis*), trzy kończyny – dwie dolne i jedną górną (*triplegia, triparesis*), dwie kończyny – po jednej stronie ciała (*hemiplegia, hemiparesis*) albo dwie kończyny dolne z niewielkim lub żadnym zajęciem kończyn górnych (*diplegia, diparesis*), względnie wyjątkowo tylko jedną z kończyn (*monoplegia, mono paresis*);

– upośledzenie rozwoju psychomotorycznego (*retardatio psychomotorica*), a w późniejszym okresie ewentualnie różnego stopnia upośledzenie umysłowe;

– zaburzenia w rozwoju odruchów wczesnoniemowlęcych.

Powyższym objawom towarzyszą: drgawki, zaburzenia ssania, połykania i żucia, zaburzenia wzroku i słuchu oraz rozwoju mowy, a także inne objawy.

Nie wszystkie spośród wymienionych wyżej objawów muszą występować łącznie. Niektóre z nich ujawniają się stopniowo, niektóre nie występują wcale – przy czym nasilenie poszczególnych objawów też bywa różne. U dzieci najmłodszych można co najwyżej podejrzewać uszkodzenie o.u.n., a rozpoznanie m.p.dz. stawiane jest przeważnie z końcem pierwszego roku życia (a często znacznie później).

«Dysfunkcje ruchowe, będące zasadniczym objawem mózgowego porażenia dziecięcego (m.p.dz.), są jednocześnie mechanizmem sprawczym zaburzeń mowy i opóźnionego jej rozwoju»<sup>340</sup>.

Związek między rozwojem ruchowym a umiejętnościami językowymi przebiega zarówno w zakresie dużej, jak i małej motoryki. Duża motoryka umożliwia kontrolę licznych grup mięśni w obrębie tułowia, ramion,

---

<sup>340</sup> W. Sobaniec, D. Otapowicz, B. Okurowska-Zawada, *Dyzartryczne zaburzenia mowy w korelacji z obrazem klinicznym mózgowego porażenia dziecięcego*, «Neurologia Dziecięca» 2008, 29.

bioder, szyi oraz kończyn górnych i dolnych. To dzięki niej w rozwoju ontogenetycznym pojawić się mogą tak złożone umiejętności motoryczne, jak siadanie, raczkowanie i chodzenie. Z kolei mała motoryka zapewnia koordynację i modyfikację małych grup mięśni, np. palców, gałek ocznych, języka, stawu skroniowo-żuchwowego. Struktury te są odpowiedzialne m.in. za funkcje wzrokowe, manualne i komunikacyjne, w zakresie szerszym niż sama artykulacja. Niestety, mózgowo porażenie dziecięce negatywnie i często bardzo głęboko rzutuje na rozwój sprawności ruchowych dziecka. Niepożądane skutki zależą od postaci i stopnia porażenia<sup>341</sup>.

*«To, co dziecku z mózgowym porażeniem dziecięcym nie pozwala mówić poprawnie, nie jest brakiem inteligencji czy wysiłku. Te trudności są skutkiem nieprawidłowości czuciowo-motorycznych»<sup>342</sup>.*

Zaburzenia mowy współwystępujące z mózgowym porażeniem dziecięcym to dysartria, alalię, opóźniony rozwój mowy, jąkanie organiczne, dysgramatyzmy, zaburzenia prozodii mowy (monotonia, monodynamia i bradyllalia). Poza tym zaburzeniom mowy towarzyszą zaburzenia połykania (dysfagia), głosu (afonia) i żucia. Trudności w rozumieniu i nadawaniu mowy: nieprawidłowa motoryka narządów mowy, zaburzenia ekspresji słownej, mały zasób słów, zniekształcanie wyrazów, spowodowane opuszczaniem lub dodawaniem głosek, nieprawidłowe używanie form gramatycznych.

Opóźnienie rozwoju mowy może mieć charakter przejściowy lub trwały, czyli stopniowo ustępować lub utrzymywać się długo, a mowa w końcowej fazie rozwoju może pozostać nie w pełni wykształcona. Trudno jednak określić, czy i kiedy proces kształtowania się rozwoju mowy został lub zostanie ukończony. Mogą im towarzyszyć dodatkowe problemy (emocjonalne, zachowania, trudności w nauce), a objawy zaburzeń rozwoju mowy nie ustępują samoistnie, wymagają interwencji terapeutycznej<sup>343</sup>.

Jednym z najczęściej notowanych w m.p.dz. zaburzeń jest dysartria. Dysartria – to *«zaburzenie na poziomie wykonawczym ruchowego*

---

<sup>341</sup> Michalik M., *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy, Monografia wieloautorska pod redakcją Mirosława Michalika, Collegium Columbinum, Kraków, 2011.*

<sup>342</sup> Stecko E., *Zaburzenia mowy, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2002.*

<sup>343</sup> Jastrzębowska G., *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy., [w:] Logopedia. Pytania i odpowiedzi., Galkowski T., Jastrzębowska G. (red.), Wyd. UO, Opole 1999, 335– 336.*

*mechanizmu mowy, spowodowane uszkodzeniami centralnego lub obwodowego układu nerwowego (górnego i dolnego neuronu ruchowego, układu pozapiramidowego, mózdzku), przejawiające się dysfunkcjami w obrębie aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, skutkującymi zniekształceniami substancji fonicznej wypowiedzi w płaszczyźnie segmentalnej (realizacji fonemów oraz struktury wyrazu) i suprasegmentalnej (organizacji prozodycznej ciągu fonicznego w zakresie intonacji, akcentu, tempa i rytmu mówienia, oraz rezonansu i jakości głosu)»<sup>344</sup>.*

W literaturze przedmiotu dyzatrię, rozumianą jako zaburzenie na poziomie wykonawczym ruchowego mechanizmu mowy, spowodowane uszkodzeniami centralnego bądź obwodowego układu nerwowego, a przejawiające się dysfunkcjami

w obrębie aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego. Objawy dyzatrii są bardzo różne, w zależności od tego, jakie grupy mięśni zostały porażone i w jakim stopniu.

Zaburzenia dyzatryczne (zaburzenia ruchowo-wykonawczej funkcji mowy) są zróżnicowane w zależności od postaci klinicznej mózgowego porażenia dziecięcego. Zgodnie z klasyfikacją objawową dyzatrię dzieli się na: dyzatrię wiotką, dyzatrię spastyczną, dyzatrię ataktyczną, dyzatrię hiperkinetyczną, dyzatrię hipokinetyczną oraz dyzatrię mieszaną. Według kryterium objawowego wyróżnia się następujące postacie kliniczne mózgowego porażenia dziecięcego, a tym samym typy dyzatrii w nich występujące:

a) dyzatria spastyczna (przyczyna – uszkodzenie układu piramidowego):

- wzmożone napięcie mięśni oddechowych i fonacyjnych;
- zaburzenia prozodyczne charakteryzujące się brakiem zmiany głośności, monotonną mową, redukcją wzorca sylabowego oraz akcentu, stosowaniem krótkich fraz, ujednoliceniem akcentu bądź nadmiernym akcentowaniem sylab i wyrazów zazwyczaj nieakcentowanych, przy jednoczesnym spowolnieniu tempa mowy;
- «niewydolność artykulacyjno-rezonansowa» spowodowana nieszczelnością pierścienia zwierającego gardło oraz nieodpowiednim

---

<sup>344</sup> Mirecka U., *Dyzatria w mózgowym porażeniu dziecięcym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2013, 27.

zatrzymywaniem strumienia powietrza przez narządy artykulacyjne, na skutek czego występują charakterystyczne cechy zaburzeń mowy – nieprecyzyjne wymawianie spółgłosek, deformacja samogłosek, nadmierna nosowość;

– zaburzenia płynności mowy – w konsekwencji występowania skurczów powstają przerwy w trakcie mówienia zarówno w mowie spontanicznej, jak i podczas czytania czy śpiewu;

– spowolnienie ruchów warg, języka i podniebienia oraz niedowład dolnej części twarzy.

b) dyzartrię ataktyczną (przyczyna – uszkodzenie mózdzku):

– nieprawidłowa koordynacja ruchów oddechowych, fonacyjnych oraz artykulacyjnych;

– zaburzenia artykulacji – głoski wymawiane są niedokładnie, ruchy artykulacyjne wykonywane w nieprawidłowej kolejności;

– niepłynność mowy związana z mową skandowaną – dźwięki są niejako «odmierzane», brak akcentowania bądź nadmierne akcentowanie sylab czy wyrazów, przeciąganie głosek, ich powolne wymawianie, nieregularne przerwy podczas artykulacji;

– tempo mowy nierytmiczne, powolne;

– głos chrapliwy, wypowiedzi monotonne;

– ruchy narządów artykulacyjnych chaotyczne, brak kontroli ruchu – jego kierunku i czasu trwania.

c) dyzartrię hiperkinetyczną (przyczyna – uszkodzenie układu pozapiramidowego):

– ruchy mimowolne utrudniające ruchy celowe – skurcze mięśni twarzy, gardła oraz krtani utrudniają mówienie;

– duże opóźnienie rozwoju mowy;

– znaczne zaburzenia oddechowo-fonacyjno-artykulacyjne;

– zniekształcenie brzmienia głosek;

– spowolnione tempo mowy;

– zaburzenia w zakresie wysokości głosu, rytmu oraz melodii mowy;

– częściowy rezonans nosowy podczas artykulacji głosek ustnych spowodowany przez atetotyczne ruchy podniebienia miękkiego.

d) dyzartrię mieszaną:

– występuje najczęściej;

– cechuje się połączeniem różnych, wymienionych powyżej objawów zaburzeń charakterystycznych dla poszczególnych typów dyzartrii.

Diagnoza i terapia dyzartrii wymaga wysokich kompetencji logopedycznych oraz umiejętności praktycznych. W przypadkach m.p.dz. dodatkowe problemy to współwystępujące czynniki etiologiczne. Ze szczególną wnikliwością i ostrożnością należy postępować na etapie diagnozowania dzieci we wczesnym okresie rozwoju.

Zespół dysfunkcji ruchowych, intelektualnych, wzrokowych w konsekwencji daje złożony obraz objawów związanych z rozwojem i funkcjonowaniem kompetencji językowych, komunikacyjnych, możliwości poznawczych<sup>345</sup>.

Ciało modzelowate (*corpus callosum*), nazywane też spoidłem wielkim, strukturą mózgowia, «największa wiązka włókien nerwowych zespalaająca obie półkule»<sup>346</sup>. Ciało modzelowate jest bowiem swoistym łącznikiem pomiędzy półkulami mózgu. Ciało modzelowate w rozwoju płodowym zaczyna rozwijać się dość wcześnie – już w pierwszym trymestrze ciąży.

Etiologia wady jest wieloczynnikową. Na jej powstawanie mają wpływ czynniki zapalne, toksyczne, urazowe, demielinizacyjne, nowotworowe. Większość przypadków występuje sporadycznie.

Do wad OUN współwystępujących z ACC należą: wodogłowie, przepuklina mózgowa, porencefalia, holoprosencefalia, lissencefalia, Dandy’ego-Walkera i rozszczep kręgosłupa. Wady niezwiązane z OUN: hiperteloryzm, małożuchwie, rozszczep podniebienia, malformacje palców, dysplastyczne nerki, przepuklina przeponowa i wrodzone wady serca.

Po urodzeniu struktura ta jest wykształcona, ale jeszcze nie w pełni, uważa się, że ciało modzelowate mózgu rozwija się nawet do 12. roku życia i dopiero po przekroczeniu tego wieku można mówić, że doszło do jej całkowitego wykształcenia. Ciało modzelowate jest strukturą późną filogenetycznie, dlatego jego brak nie jest letalny i nie ma wpływu na funkcje życiowe. Pewien odsetek osób z izolowaną postacią ACC nie wykazuje żadnych objawów patologicznych w badaniu neurologicznym.

---

<sup>345</sup> Kraszewska A., Kośnik M., Wojtkowska M., Dyzartria w mózgowym porażeniu dziecięcym – obraz kliniczny, postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne. Pobrano z <https://ppm.edu.pl> / Downloaded from Repository of Polish Platform of Medical Research 2022-02-05.

<sup>346</sup> Tomasz Nęcki, lekarz. *Układ nerwowy i psyhiatria*.

Pozostali, podczas oceny neurologa, prezentują subtelne objawy ubytkowe, takie jak niemożność odróżnienia bodźców przy użyciu obu rąk (temperatury, kształtu, wagi przedmiotów umieszczonych w dłoniach).

Agenezja ciała modzelowatego (*agenesis of the corpus callosum* – ACC) jest jedną z najczęściej występujących wrodzonych malformacji ośrodkowego układu nerwowego, polegającą na nieobecności około 200 milionów aksonów lub też braku przemieszczenia się ich do przeciwległej półkuli. Opisywana była jako wada izolowana, a także współwystępująca z innymi zmianami strukturalnymi OUN oraz objawami zaburzeń neurorozwojowych (np. padaczka, opóźnieniem rozwoju, zespołem Aperta). ACC jest źródłem specyficznych objawów w funkcjonowaniu społecznym lub/i emocjonalnym, które zauważane są przez otoczenie lub ujawniane podczas badań eksperymentalnych. Należą tu słaba zdolność oceny społecznej, trudności w rozumieniu ekspresji mimicznej twarzy, brakiem poczucia humoru i problemy w wychwyceniu idei przewodniej czy morału w opowiadaniach. Co ciekawe, trudności zauważane przez otoczenie nie mają odzwierciedlenia w odczuciach samych pacjentów, co sugeruje ich słaby wgląd psychospołeczny. Objawy ACC wydają się «podobne do zakłóceń funkcjonowania w całościowych zaburzeniach rozwoju lub po uszkodzeniach prawej półkuli mózgu (right hemisphere damage – RHD)»<sup>347</sup>.

U osób, u których wystąpi agenezja ciała modzelowatego, objawy mogą obejmować:

- występowanie (w krótkim czasie od urodzenia) napadów drgawkowych;
- trudności z karmieniem dziecka;
- hipotonie;
- spowolnienie rozwoju (dziecko z agenezją ciała modzelowatego może mieć trudności z utrzymywaniem głowy w wyprostowanej pozycji, zdarza się, że zdecydowanie później zaczyna ono siadać, chodzić czy mówić);
- w późniejszych latach życia trudności z rozumieniem emocji innych osób, kłopoty z rozwiązywaniem trudniejszych, złożonych czynności oraz nadaktywność i niemożność skupienia uwagi.

---

<sup>347</sup> Daniluk B., Borkowska A., Kaliszewska A., *Wybrane aspekty poznania społecznego u pacjenta z pewną agenezją ciała modzelowatego (AAC) i zespołem Arnolda-Chiari – Studium przypadku*, *Psychiatria Polska*, 2013, XLVII,3,527.

Nie istnieją żadne metody przyczynowego leczenia agenezji ciała modzelowatego – nie ma po prostu sposobu na to, aby doprowadzić do pojawiania się u chorego struktury, która nie powstała w trakcie jego rozwoju wewnątrzmacicznego. Chorym na agenezję ciała modzelowatego proponowane jest leczenie objawowe, które jest uzależnione od tego, jakie konkretnie problemy są u nich stwierdzane.

**Drobnozакrętość**<sup>348</sup> (łac. *Polimikrogyria*) – wada wrodzona mózgu polegająca na nadmiernym pofałdowaniu zewnętrznych lub wszystkich warstw kory mózgu. Stwierdza się liczne, małe, krótkie i wąskie zakręty o niuporządkowanym i nieregularnym przebiegu. Drobnozакrętość może dotyczyć części lub całego mózgu.

Rodzaje PMG ze względu na obszar mózgu, który obejmuje: obustronna okołosylwialna – upośledzenie funkcji poznawczych, padaczka, czasem Artrogrypoza, objawy rzekomoopuszkowe:

– obustronna czołowa – upośledzenie motoryczno-poznawcze, spastyczność czterokończynowa i padaczka;

– obustronna ciemieniowo-czołowa – poważne opóźnienia motoryczne i poznawcze, zez zbieżny, zaburzenia mózdzku;

– obustronna ciemieniowo-potyliczna – napady padaczkowe częściowe, czasem z upośledzeniem umysłowym;

– obustronna uogólniona – zaburzenia poznawcze i motoryczne o różnym natężeniu, drgawki.

Zidentyfikowano kilka czynników środowiskowych i czynników genetycznych, mogących odgrywać dużą rolę w etiologii zaburzenia.

Objawy związane z polimikrogyrią zależą od jej wielkości oraz lokalizacji. Opisano kilka

Jednostronna ogniskowa polimikrogyria – najłagodniejsza, zwykle dotyczy małych obszarów po jednej stronie mózgu. Jej skutkiem są «małe zaburzenia neurologiczne», jak padaczki poddające się leczeniu farmakologicznemu.

Postacie obustronne (drobnoszакrętość okołosylwialna, obustronna uogólniona drobnoszакrętość, czołowa obustronna drobnoszакrętość, czołowo-ciemieniowa obustronna drobnoszакrętość, ciemieniowo-

---

<sup>348</sup> <http://en.wikipedia.org/wiki/Polimikrogyria>

Funkcjonowanie poznawcze u pacjentów z obustronną drobnoszакrętością okołosylwialną. (BPP): korelacje kliniczne i radiologiczne. *Epidemiologia* 2005, 13: 103-121

potyliczna oponowa drobnozакrętowość obokstrzałkowa/parasagitalna, polimikrogyria związana z okołokomorową heterotopią guzkową).

Jedną y najczęściej wstępujących form Polimikrogyrii jest Wrodzona Obustronna Drobnozакrętowość Okołosylwialna (Polymicrogyrii jest Congenital Bilateral Perisylvian Syndrome CBPS) dla której charakterystyczny objwy:

- zaburzenia neurologiczni;
- objawy piramidowe (zaburzenia przekaznictwa nerwowego w układzie piramidowym);
- napady padaczkowe;
- opóźnienia rozwoju psycho-motorycznego;
- niedorozwój umysłowy;
- zez zbieżny;
- zaburzenia mowy i powykania (ograniczenie ruchomości języka, dysartria, ślinotok, dysfagia);
- ślinotok.

Objawy piramidowe świadczą o zaburzeniach przekaźnictwa nerwowego w układzie piramidowym. Trzy podstawowe objawy piramidowe: to objaw Babińskiego, objaw Gordona i objaw Oppenheima.

Układ piramidowy (*łac. systema pyramidale*) – część układu nerwowego kontrolująca ruchy dowolne i postawę ciała. Układ piramidowy posiada dwie drogi unierwiające ruchowo mięśnie. Pierwsza z nich to droga korowo-jądrowa, która unierwia mięśnie twarzoczaszki, szyi, a także część mięśnia czworobocznego. Druga to droga korowordzeniowa, która unierwia resztę mięśni organizmu.

Warto zauważyć, że drobnozакrętowość zwykle występuje jako wada izolowana, ale może też towarzyszyć heterotopiom istoty szarej, wentykulomygalii (powiększenie komór mózgu), anomaliami istoty białej, ciała modzelowatego, mózdzku i pnia mózgu.

Zaburzenie należy różnicować z:

- pachygyrią – szerokozакrętowość;
- lizencefalią – gładkomózgowie;
- schizencefalią – występowanie jedno- lub obustronnych szczelin w obrębie półkul mózgu;
- lizencefalią Cobbelstone;



– zespołami: delecji 1p36, 22q11.2, Adamsa-Olivera, Aicardi, Arim, Delleman, Galloway-Mowat, Joubert, zaburzeniami ze spektrum Zellwegera, dystrofią mięśniową Fakuyama.

W niewielu przypadkach polimikrogyria może zostać zdiagnozowana prenatalnie, jednakże jest to niezmiernie trudne i raczej niepraktykowane. Zwykle drobnozакrętowość współwystępowała z małowłókiem i malformacjami mózgu.

Na chwile obecna nie ma leczenia przyczynowego polimikrogyrii. Postępowanie farmakologiczne jest objawowe i skupia się głównie na kontroli napadów padaczkowych. Przeprowadzone są także operacje neurochirurgiczne – hemisferektomia (usunięcie półkuli lub rozłączenie półkul) oraz całkowita resekcja kory z drobnozакrętowością (całkowite wycięcie zmienionego chorobowo obszaru mózgu). Dziecko powinno mieć również indywidualnie opracowaną rehabilitację ruchową i logopedyczną.

Padaczka jest najczęstszą, poważną chorobą mózgu występującą we wszystkich krajach Europy z podobną częstością. Jest też najprawdopodobniej najbardziej rozpowszechnionym problemem medycznym. Choroba występuje w każdym wieku, częściej u dzieci i osób starszych, bez względu na rasę i status społeczny. Co najmniej 40 milionów ludzi na świecie jest chorych na padaczkę. Ponad 100 milionów ludzi zachoruje na padaczkę w jakimś momencie swojego życia.

Padaczka jest zaburzeniem heterogenym i każdy czynnik uszkodzający mózg może ją wywołać. Do najczęstszych należą: niedokrwienie mózgu, krwawienie śródmózgowe mózgu, urazy głowy, zapalenia mózgu, gurzy mózgu, choroby naczyniowe mózgu, choroby zwyrodnieniowe, demielinizacyjne i metaboliczne, toksyczne, pasożytnicze, dysplazje korowe, wady rozwojowe mózgu. Stwierdzenie przyczyny padaczki pozwala na przyjęcie odpowiedniej strategii postępowania leczniczego oraz rokowania.

Padaczka jest zespołem objawów somatycznych, wegetatywnych oraz psychicznych, które powstają na podłożu zmian morfologicznych i metabolicznych w mózgu. Napady padaczkowe stanowią niejednorodną grupę i mają bardzo różną symptomatologię. Napad padaczkowy jest wyrazem zmienionej reaktywności lub zmienionego stanu fizjologicznego dotyczącego części lub całości mózgu. Napad padaczkowy charakteryzuje

się nagłymi, stereotypowymi zaburzeniami świadomości, zachowania, emocji, czynności ruchowej, postrzegania lub czucia, które mogą być pojedyncze lub złożone. Międzynarodowe klasyfikacje obejmują nie tylko typy napadów i padaczek ale także zespoły padaczkowe<sup>349</sup>.

W 2005 roku została opracowana i zalecona do stosowania przez Międzynarodową Ligę Przeciwpadaczkową oraz Międzynarodowe Biuro ds. Padaczki (*International Bureau for Epilepsy IBE*) nowa definicja padaczki. Pojęcie padaczki obejmuje nie tylko zaburzenie funkcji mózgu charakteryzujące się trwałą predyspozycją do generowania napadów padaczkowych, ale także neurobiologiczne, psychologiczne i spoweczne skutki tego schorzenia.

Podział padaczek ze względu etiologicznego:

- objawowe (symptomatyczne);
- padaczki skrytopochodne (kryptogenne, objawowe);
- padaczki samoistne (idiopatyczne).

Zespół padaczkowy charakteryzuje współwystępowanie określonego typu napadów, charakterystycznych zmian w EEG, etiologii, stanu neurologicznego, wieku wystąpienia pierwszych objawów, obciążenia rodzinnego padaczką.

O rozpoznaniu padaczki można mówić tylko wtedy, gdy u chorego wystąpiły co najmniej 2 samoistne napady padaczkowe w odstępie dłuższym niż 24 godziny.

Zespoły padaczkowe wieku dziecięcego to zespół Westa i Zespół Lennox-Gastauta, dziecięca padaczka nieświadomości (piknolepsja), łagodna częściowa padaczka z centralnoskroniowymi iglicami (padaczka Rolanda), młodzieńcza padaczka nieświadomości, młodzieńcza padaczka miokloniczna (zespół Janza), padaczka odruchowa, omdlenie, omdlenia odruchowe (wazowagalne), napady rzekomoopuszkowe (psychogenne)<sup>350</sup>.

**Zespół Westa** – w większości przypadków rozpoczyna się w pierwszym roku życia, najczęściej między 3 a 7 miesiącem i mają charakter napadów zgięciowych. Jest szczególnym rodzajem zespołu padaczkowego u dzieci, charakteryzującym się często lekoopornością oraz, w przypadku braku skuteczności leczenia, zahamowaniem rozwoju psychoruchowego dziecka. Warunkiem rozpoznania jest triada objawów:

---

<sup>349</sup> Sergiusz Józwiak, *Dziecko z padaczką w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-pedagogicznej, Warszawa, 2009

<sup>350</sup> Czochońska J., (red.) *Neurologia dziecięca*, Gdańsk, 2007.

napady zgięciowe (występujące na ogół w seriach), opóźnienie rozwoju psychoruchowego, hipsarytmia (całkowita dezorganizacja w zapisie EEG). Zespół ten powstaje na podłożu organicznych zmian w obrębie mózgu, zaburzeń migracji neuronalnej lub okołoporodowej encefalopatii niedotleniowo-niedokrwiennej. Napady te polegają na uogólnionym, błyskawicznym skurczu mięśni zginaczy, w wyniku czego leżące na plecach niemowlę zgina głowę i tułów ku przodowi, podciągając kończyny dolne do tułowia, a kończyny górne wyrzucając do przodu. Napady często występują w seriach liczących niekiedy po 20-50 skurczów, zwykle w okresie zasypiania dziecka lub wkrótce po obudzeniu. Po napadach dziecko jest zmęczone, podsypiające. Napadom mogą towarzyszyć zaburzenia świadomości, niepokój psychoruchowy połączony z głośnym krzykiem oraz różnorodne objawy wegetatywne: ślinotok, nagłe zaczerwienienie twarzy, nadmierna potliwość, wymioty. W większości dzieci pozostają objawy upośledzenia umysłowego.

**Zespół Lennox-Gastaut** – jest najczęstszą z dziecięcych padaczek lekoopornych. Rozpoczyna się pomiędzy 3 a 10 rokiem życia. Charakteryzuje się występowaniem polimorficznych napadów: tonicznych, nietypowych nieświadomości, atonicznych, mioklonicznych, zmian w zapisie EEG pod postacią zespołów wolna iglica-fala podczas czuwania i szybkich rytmów iglic podczas snu. Występujące napady:

1. Atoniczne – polegające na nagłej utracie, całkowitej lub częściowej kontroli napięcia mięśniowego i kontroli postawy ciała, co powoduje nagłe upadki dziecka.

2. Miokloniczne – nieregularne, nagłe występujące skurcze grup mięśniowych, o dużej intensywności; miokloniczno-astatyczne – łączące cechy obu wyżej opisanych napadów. Miokloniom poszczególnych grup mięśniowych towarzyszy wtedy częściowa lub całkowita utrata kontroli postawy. W czasie napadu niekiedy dziecko nagle rzuca się do przodu lub do tyłu lub nagle pochyla głowę. Napady te stanowią szczególne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia dzieci, ponieważ podczas napadu są one narażone na liczne obrażenia ciała, głowy, nosa i ust.

3. Miokloniczno-astatyczne – łączące cechy obu wyżej opisanych napadów. Miokloniom poszczególnych grup mięśniowych towarzyszy wtedy częściowa lub całkowita utrata kontroli postawy. W czasie napadu niekiedy dziecko nagle rzuca się do przodu lub do tyłu lub nagle pochyla

głowę. Napady te stanowią szczególne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia dzieci, ponieważ podczas napadu są one narażone na liczne obrażenia ciała, głowy, nosa i ust.

4. Nietypowe napady nieświadomości – w odróżnieniu od «typowych» napadów nieświadomości napady te odznaczają się dłuższym okresem trwania (często powyżej 20 sekund), niekiedy tylko częściową utratą świadomości, mniej zaznaczonym początkiem i końcem napadu, częstymi automatyzmami. Nietypowe napady nieświadomości uważane są za charakterystyczne dla zespołu Lennoxa-Gastaut. Psychodegradacja rozpoczynająca się od pierwszych napadów padaczkowych obserwowana jest u około 90% dzieci z zespołem Lennoxa-Gastaut. Opóźnienie rozwoju, zaburzenia mowy i deficyty neurologiczne sprawiają, że większość dzieci nie jest w stanie sprostać obowiązkom szkolnym.

**Dziecięca padaczka nieświadomości (piknolepsja, zespół Friedmana)** – należy do padaczek uogólnionych z napadami polimorficznymi: mioklonicznymi, miokloniczno-astatycznymi, nieświadomości, toniczno-klonicznymi, niekiedy tonicznymi, pojawiającymi się u dotychczas zdrowych dzieci w wieku 1,5-3 lat. Stanowi ponad 5% wszystkich padaczek dziecięcych. 60-70% chorych stanowią dziewczynki.

Zaburzenia świadomości pojawiają się szybko i szybko ustępują, trwają 5-15 sekund i powtarzają się do 200 razy dziennie. Rzadziej napadom towarzyszą mruganie powiek, automatyzmy (np. cmokanie) lub komponenta wegetatywna. Ciężkość przebiegu choroby może być różna. W zapisie EEG rejestruje się dominację fal theta 4-7 Hz i ogólnione zespoły iglica-fala, niekiedy asymetryczne. Rozwój umysłowy pozostaje prawidłowy, chociaż mogą występować zaburzenia zachowania.

**Łagodna częściowa padaczka z iglicami centralno-skroniowymi (padaczka Rolanda)** – należy do padaczek częściowych, genetycznie uwarunkowanych, pojawia się u dzieci w wieku 3-14 lat, ze szczytem w 5-8 roku życia. Jest najczęstszą padaczką częściową wieku dziecięcego (10-15% wszystkich padaczek u dzieci).

Pojawia się u dzieci z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku padaczki.

Charakterystyczne są napady częściowe ruchowe lub ruchowo-czuciowe obejmujące twarz. Niekiedy mogą występować jednostronne

zaburzenia czucia na twarzy poprzedzające jednostronne toniczne lub kloniczne napady zajmujące język, usta, policzek, krtań i gardło, rzadziej kończynę górną. Napady często występują podczas snu lub wybudzania. Jeśli napad występuje podczas wybudzania świadomość może zostać zachowana. Napady występujące podczas snu, często ulegają wtórnemu uogólnieniu z całkowitą utratą przytomności. Nie stwierdza się odchyień w badaniu neurologicznym, rozwój umysłowy jest prawidłowy. W zapisie EEG na tle prawidłowej czynności podstawowej rejestruje się zmiany pod postacią iglic w okolicy centralno-skroniowej. Napady ustępują samoistnie przed osiągnięciem wieku dorosłego.

**Zespół nabytej afazji padaczkowej (zespół Landaua – Kleffnera)** – występuje u dzieci w wieku 2-9 lat. Zaburzenia mowy, rozumienia i mówienia (zaburzenia o typie afazji czuciowej i ruchowej) pojawiają się nagle lub stopniowo, natomiast napady padaczkowe wstępują rzadko, ponad 20% nie występują w ogóle. Obserwuje się agnozę słuchową oraz zaburzenia zachowania. Dzieci często oceniane jako niesłyszące lub autystyczne. EEG w czuwaniu wykazuje zmiany w okolicach centralno-skronowych, a podczas snu elektryczny stan padaczkowy. Rokowanie tym gorsze im wcześniej występuje afazja, a czas trwania choroby jest różny. U większości dzieci pozostają deficyty, w szczególności w mowie.

**Młodzieńcza padaczka nieświadomości** – wiek zachorowania to 7-17 rok życia, ze szczytem pomiędzy 10 a 12 r.ż., równie często u obu płci. Morfologia napadów jak w dziecięcej padaczce nieświadomości, są jednak nieco dłuższe, a zaburzenia świadomości nieco mniejsze, częstość napadów rzadsza. U większości dzieci występują napady uogólnione toniczno-kloniczne, najczęściej w okresie budzenia, a u niektórych również napady miokloniczne. Leczenie bardzo skuteczne, lecz wysoki odsetek nawrotu napadów po odstawieniu leków sprawia, że powinny być one stosowane przez całe życie.

**Młodzieńcza padaczka miokloniczna (zespół Janza)** – jest to najczęstszy zespół padaczkowy w wieku młodzieńczym, wiek zachorowania 8-26 rok życia, czasem później u dotychczas zdrowych dzieci. Stanowi 5-10% wszystkich padaczek. Oprócz mioklonicznych napadów, dotyczących głównie kończyn górnych, u 90% dzieci stwierdza się także napady uogólnione toniczno-kloniczne, a u 10-30% chorych napady nieświadomości typu młodzieńczego. Napady często są wywołane

brakiem snu, występują krótko po obudzeniu lub podczas senności. U większości chorych stwierdza się w zapisie EEG wrażliwość na fotostymulację, wstępują uogólnione wyładowania napadowych zespołów wieloiglica-fala złożonych z kilku do kilkunastu iglic nałożonych na fale wolne. Rokowanie jest dobre, jednak jest to rodzaj padaczki, w której niemożliwe jest odstawienie leczenia.

**Padaczka odruchowa** – w przypadku padaczki odruchowej napady padaczkowe wyzwalane są bezpośrednim działaniem określonych bodźców czuciowych lub zmysłowych. Napady w padaczce odruchowej są zwykle napadami uogólnionymi: nieświadomości lub toniczno-klonicznymi.

Następujące rodzaje bodźców mogą wyzwalać napady padaczkowe: bodźce wzrokowe, bodźce słuchowe, bodźce somatyczno-czuciowe, bodźce smakowo-węchowe.

Bodźce wzrokowe o typie migającego, jaskrawego światła mogą prowadzić do rozwoju najczęstszej padaczki odruchowej, padaczki fotogennej. Szczególnym typem padaczki fotogennej jest padaczka telewizyjna. Inne okoliczności sprzyjające wystąpieniu napadu to: oświetlenie dyskotekowe, jazda wzdłuż szpaleru drzew w słoneczny dzień, mruganie powiek, odbijanie się światła od fal morskich, szybkie poruszanie ręką przed oczyma w słoneczny dzień, czytanie wyraźnych czarnych liter na białym tle.

Padaczka audiogenna przebiega najczęściej pod postacią napadów nieświadomości lub napadów częściowych. Odmianą padaczki audiogennej jest padaczka muzykogenna, w której napady wyzwalane są muzyką, poszczególnymi melodiami lub grą na określonych instrumentach muzycznych.

Różnorodne bodźce słuchowe: pisk, krzyk, szczekanie psa, stukanie drzwiami, dźwięk dzwonka, przejeżdżającego tramwaju, pociągu lub karetki pogotowia mogą prowadzić do rozwoju padaczki audiogennej. Niektórzy autorzy zwracają uwagę, że nie tyle natężenie bodźca słuchowego, co jego niespodziewane pojawienie się warunkuje wystąpienie napadu i proponują dla wszystkich rodzajów padaczki odruchowej spowodowanej nagłym bodźcem nazwę «padaczka z zaskoczenia» (startle epilepsy).

Somatyczne – dotykowe i smakowo-węchowe. Dotyk, ukłucie, ucisk, jak również spożywanie niektórych pokarmów może prowadzić do napadu.

Dziecko z padaczką z powodu skłonności do występowania napadów, ma zazwyczaj poczucie swojej niesprawności, która wyraża się ograniczeniami prawidłowego funkcjonowania fizycznego i społecznego. Ograniczenia te obejmują możliwości rozwoju jako osoby, obniżenie ufności we własne możliwości i poczucia własnej wartości, a w wymiarze ogólnym – pogorszenie jakości życia. Dzieciom chorym na padaczkę trudno jest wykorzystać w pełni swoje możliwości edukacyjne z przyczyn medycznych i społecznych.

Przyczyny medyczne związane są z niepożądanym działaniem leków przeciwpadaczkowych, nawracającymi napadami, oraz zmianami w mózgu, zaburzającymi funkcje pamięci, mowy. Przyczyny społeczne to zaniżone oczekiwania, nadopiekunczość, częste zwolnienia z zajęć szkolnych. W przypadku Tomka, dziecko nie może kontynuować normalnego toku kształcenia szkolnego. Częste przebywanie dziecka w domu, w szpitalu powoduje trudności w nauce szkolnej, zmniejsza skuteczność terapii logopedycznej bowiem zasadą jest systematyczność zajęć.

Wszystkie zaburzenia wpływają na rozwój mowy i poziom inteligencji. U większości dzieci z porażeniem mózgowym rozwój umysłowy jest prawidłowy lub nieznacznie obniżonym. Dzieci upośledzone umysłowo charakteryzują się zaburzeniami w zakresie rozwoju procesów poznawczych, percepcyjnych i emocjonalnych, osłabienie wszystkich procesów orientacyjno-poznawczych.

U znacznej części tych dzieci występują także wady wzroku i słuchu, upośledzenie narządów ruchu, zaburzenia mowy. Pojęcie upośledzenia umysłowego jest bardzo szerokie i to zarówno ze względu na zróżnicowane stopnie zaburzeń procesów poznawczych i sprawności motorycznej, jak i zaburzenia somatyczne, zachowania i motywacji oraz zaburzenia emocjonalne. Odnosi się ono nie tylko do wymienionych sfer, ale obejmuje całą osobowość jednostki. Dominuje uwaga mimowolna, zaburzone jest uczenie się przez naśladownictwo, wykonywanie zadań wymagających wyższego poziomu sprawności percepcyjnej, dziecko słabo rozumie instruktaż na poziomie demonstracji właściwego wykonywania zadania i nie jest mu łatwo doskonalić sposób wykonywania w kolejnych

próbach. Dlatego przyjmuje się, że jest to stan obniżonej sprawności intelektualnej powstałej w okresie rozwojowym. Samo zaś orzekanie o niepełnosprawności intelektualnej jest niczym innym jak wskazaniem na trudności rozwojowe osoby.

Dzieci z upośledzeniem są mało aktywne i to ma wpływ na słaby rozwój mowy, co w konsekwencji powoduje ograniczony zasób słownictwa<sup>351</sup>. Dzieci te mają trudności z przewidywaniem zdarzeń i reakcji, a bez tej umiejętności nie są w stanie poprawnie zachowywać się i myśleć.

Test inteligencji Wechslera wyróżnia się cztery stopnie upośledzenia umysłowego:

- rozwój przeciętny 85-100,
- rozwój niższy niż przeciętny 70-84,
- niedorozwój umysłowy lekki 55-69,
- niedorozwój umysłowy umiarkowany 40-54,
- niedorozwój umysłowy znaczny 25-39,
- niedorozwój umysłowy głęboki 0-24.

Stopnie niepełnosprawności intelektualnej znacznie wpływają na poziom rozwoju mowy oraz funkcjonowanie dziecka. Im głębsze upośledzenie, tym wada wymowy jest na ogół cięższa, bardziej skomplikowana i trudniejsza do usunięcia. «*Stopień niedorozwoju mowy rośnie wprost proporcjonalnie do stopnia upośledzenia umysłowego...*»<sup>352</sup>.

Mówiąc o patogenezie niedorozwoju umysłowego i zaburzeniach mowy można wyróżnić następujące relacje: zaburzenia mowy i upośledzenie umysłowe mają różną etiologią, mają wspólną etiologią, zaburzenia mowy stanowią przyczyną upośledzenia umysłowego<sup>353</sup>.

Często nie mamy całkowitej pewności, czy w konkretnym przypadku bardziej zaznacza się pierwotny wpływ niskiej inteligencji na mowę, czy też słaby rozwój mowy znacząco upośledza poziom rozwoju umysłowego.

Stwierdza się także zależność upośledzenia rozwoju mowy od sfery emocjonalnej w zakresie kontaktów społecznych oraz związek ze znacznym obniżeniem zdolności ogólnego przystosowania dziecka do

---

<sup>351</sup> Skibska J., Larysz D., (red.nauk.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka.*, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała, 2012.

<sup>352</sup> Gałkowski T., Jastrzębowska G., *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, UO, Opole, 2001.

<sup>353</sup> Tarkowski Z., *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo – Fundacja ORATOR*, Lublin, 1999.



środowiska. «Zaburzenia mowy na etapie kształtowania jej rozumienia zaburzają psychiką dziecka, nie tylko o możliwości rozumienia poleceń, oraz reakcji językowych, ale także uniemożliwiają poznanie pozasemantycznych elementów mowy, charakterystycznych dla danego środowiska (melodia, akcent, rytm) (...) ma podstcowe znaczenie nie tylko dla kształtowania się osobowości, ale i dla dalszej drogi życiowej dziecka»<sup>354</sup>.

W młodszym wieku szkolnym wszystkie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną mają wady wymowy i najczęściej one są rozpoznawane jako dyslalia, chociaż należałoby je zakwalifikować do dyzartrii, zwłaszcza u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Problemy z mową są bardziej skomplikowane niż u dzieci z normą intelektualną. Wynikają one z anomalii anatomicznych (np. podniebienie gotyckie, zbyt duży lub zbyt mały język, rozszczep warg, braki w uzębieniu) powodujących dysglosję. Mowę charakteryzuje dysgramatyzm oraz ubogi zasób słownictwa, co świadczy o niskiej sprawności językowej.

U dzieci upośledzonych umysłowo regulacyjna funkcja mowy w znacznym stopniu ulega zaburzeniu. To przeszkadza w podejmowaniu twórczego wysiłku intelektualnego. Dzieci te potrafią używać symboli oraz dość wcześnie stają się wrażliwe na słowne wzmocnienia. Posługują się pojęciami, mimo że ich nie werbalizują. Stąd konieczność rozwijania logicznego i pojęciowego myślenia przed przystąpieniem do ćwiczeń w zakresie mowy ekspresyjnej. Upośledzeniu współtowarzyszą także zaburzenia artykulacyjne, nieprawidłowości semantyczne, niezrozumienie lub złe rozumienie poleceń słownych<sup>355</sup>.

Zauważalne są spore rozbieżności między różnymi badaczami dotyczące zagadnienia współwystępowania obniżonej sprawności intelektualnej wśród dzieci z m.p.dz.

Występujące w populacji dzieci m.p.dz. opóźnienie rozwoju umysłowego spowodowane jest ograniczonym kontaktem dziecka z otoczeniem fizycznym. Proces nabywania umiejętności kontroli głowy, fiksacji wzroku na przedmiotach przemieszczania i chwytania oraz manipulowania nimi wydłuża rozwój powodując ograniczenia wiedzy o otoczeniu oraz właściwościach i funkcjach obiektów.

---

<sup>354</sup> E.Stecko. *Alalia motoryczna. Wykłady. Studium logopedyczne pomagister'skie.*

<sup>355</sup> Skibska J., Larysz D., (red.nauk.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka.*, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała, 2012

Z tymi zaburzeniami współwystępują zaburzenia mowy, komunikacji i zaburzenia społeczno-emocjonalne. Ta najczęściej współwystępuje jako reakcja na zbyt wysokie wymagania otoczenia wobec dziecka (nie tylko ze strony ludzi) i mogą się objawiać jako negatywizm, wycofywanie się, zachowania agresywne i autoagresywne, co często staje się powodem zdiagnozowania dziecka jako autystyczne.

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD – 10) wyróżnia się kategorię: Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80), która obejmuje F 80,1 – zaburzenia ekspresji mowy; F 80,2 – zaburzenia rozumienia mowy<sup>356</sup>.

Często w literaturze jest spotykana terminologia SLI – skrót Specifik Language Impairment.

Przyczyny tych zaburzeń nie zostały dostatecznie poznane. Dla bliższego określenia charakteru zaburzenia często jest stosowany termin rozwojowa afazja dzicięca. W polskiej literaturze logopedycznej w odniesieniu do alalii używano terminów: afazja rozwojowa, niedokształcenie mowy o typie afazji, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, afazja idiopatyczna, dysfazja, zachamowanie rozwoju mowy, głuchoniemota<sup>357</sup>.

Przykłady definicji alalii, afazji, według różnych autorów.

I. Styczek:

- dyslalia (alalia) – opóźnienie w przyswajaniu sobie języka, na skutek opóźnionego wykształcenia się funkcji pewnych struktur mózgowych;
- afazja – utrata częściowa lub całkowita znajomości języka na skutek uszkodzenia pewnych struktur mózgowych.

J. Panasiuk: niedokształcenie mowy o typie afazji – zaburzenie powstałe w skutek schorzeń neurologicznych zaistniałych w okresie kształtowania się struktur języka (od 2. do 6. roku życia), w wyniku których dochodzi do częściowej utraty opanowanych sprawności językowych, a także trudności w dalszym nabywaniu mowy.

S. Grabias:

- alalia i jej wycofujące się stadium – dyslalia – kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu nie

---

<sup>356</sup> <http://en.wikipedia.org/wiki/ICD>

<sup>357</sup> E.Stecko. Alalia motoryczna. Wykłady. Studium logopedyczne pomagisterkie.

wystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi w związku z niewłaściwie funkcjonującym słuchem fonematycznym.

– afazja – zaburzenia wynikające z uszkodzeń korowych ośrodków mowy, ujawniające się w postaci pełnego lub częściowego rozpadu wszystkich typów kompetencji (afazja sensoryczna) i/lub zaburzeń sprawności realizacyjnych (afazja motoryczna); pojawia się tendencja odchodzenia od wyraźnych podziałów afazji, a wraz z nią teza, że uszkodzenia ośrodków lewej półkuli prowadzą do rozpadu kompetencji językowej (niemożność budowania zdań gramatycznie poprawnych), a uszkodzenia innych ośrodków (np. płatów czołowych i/lub ośrodków półkuli prawej) - do rozpadu kompetencji komunikacyjnej (niemożność budowania wypowiedzi spójnych językowo i sytuacyjnie).

Praktykujący logopeda pragnie mieć pod ręką dokładne kryteria różnicowania tych zaburzeń.

Podstawowym kryterium różnicującym dane zaburzenia mowy u dzieci jest – lokalizacja uszkodzeń centralnego układu nerwowego i czas występowania tego uszkodzenia.

#### Definicja alalii, afazji.

Alalia – jest zaburzeniem mowy i języka, spowodowanym obupółkulowym uszkodzeniem mózku, które nastąpiło w okresie przed rozwojem mowy (do 0,6 miesiąca życia dziecka)<sup>358</sup>.

Afazja (ogólnie ujmując) – «afazja jest postacią zaburzeń języka spowodowanych uszkodzeniami mózgu. Jest to nabyty zespół objawów, spowodowany przez różnorodne stany, do których należą udary mózgu, incydenty naczyniowo-mózgowe, nowotwory wewnątrzczaszkowe, urazy głowy i stany zwyrodnieniowe»<sup>359</sup>.

Często alalia motoryczna jest mylona z innymi grupami klinicznymi: opóźniony rozwój mowy, dyslalia, oligofazją, autyzmem. Do zdiagnozowania alalii dochodzi bardzo późno, najczęstsze w czasie nauki szkolnej.

Objawowe kryterium wyróżnienia alalii motorycznej:

- patologiczny rozwój języka;
- upośledzenie umysłowe występuje najczęściej w stopniu lekkim i jest wtórnym objawem (skutkiem zaburzeń w rozwoju języka);

---

<sup>358</sup> E.Stecko. Alalia motoryczna. Wykłady. Studium logopedyczne pómagisterskie.

<sup>359</sup> Cummings i Mega, 2005. M. Litwin. Afazja. Wykłady. Studium logopedyczne pómagisterskie.

- prawidłowy słuch;
- zadowolający poziom rozumienia mowy w każdym wieku rozwojowym;
- posługiwanie gestami;
- w różnym stopniu zaburzenia wszystkich podsystemów językowych: paradygmatyczny, zaburzony system fonematyczny, morfologiczny, syntaktyczny, leksykalny;
- trudności w wyborze odpowiedniego fonemu;
- ustawienie fonemów w odpowiednim porządku;
- zaburzenia sylabowej struktury słów;
- agramatyzmy;
- nie jest w stanie nauczyć się języka obcego;
- duże trudności w przyswajaniu języka ojczystego na poziomie podstawowym;
- pojawiają się zaburzenia na poziomie psychicznym przez brak utrzymywania prawidłowej komunikacji, które w następstwie, jako przyczyna powodują trudności w komunikacji i rozwoju języka;
- trudności manualne.

Diagnoza logopedyczna dziecka z wrodzoną wadą mózgu. Dane z wywiadu z matką.

Ciąża. Ze słów matki przed i podczas ciąży ona przeżywała długotrwały stres, anemie, zachorowanie na toksoplazmozę. Krwawienie w II trymestrze spowodowało hospitalizację. Lekarz prowadzący ciążę zauważył zwężoną mednicę u matki i zalecił cesarskie cięcie. Diagnostyka prenatalna nie wykazała nieprawidłowości rozwoju płodu. USG w trzecim trymestrze wykazało makrosomię płodu.

Poród. Poród przebiegał dramatycznie: rozpoczął się naturalnie, ale został zakończony przez cięcie cesarskie. Stosowana była oksytocyna, leki znieczulające. Dziecko zaklinowało się w kanale rodny barkami. Wtedy była podjęta decyzja o cesarskim cięciu, gdy okazało się że dziecko okręcone pępowiną wokół szyi. Efektem takiego porodu stało podduszenie w stopniu ciężkim, bezdech, zatrzymanie akcji serca, krwawienie podtwardówkowe, uszkodzenie odcinków szyjnych kręgosłupa.

Po porodzie. Dziecko zostało przewiezione na Oddział Intensywnej Terapii, gdzie lekarz rozpoczął wykonywanie czynności resuscytacyjnych. Tomek został zaintubowany i podłączony do respiratora, karmiony przez

sondę. Po miesiącu chłopiec został przeniesiony na oddział neonatologiczny.

U dziecka stwierdzono padaczkę, opóźniony rozwój psychomotoryczny, spłaszczenie głowy ze strony potylicy, zespół spastycznej lewostronnej hemiparezy (niedowład połowiczny lewostronny).

Noworodek był oceniony na 5 punkty w skali Apgar w 1. minucie i na 6 punktów w 5. minucie. Masa urodzeniowa dziecka wynosiła 3600 gr, długość ciała – 53cm, obwód głowy – 37cm.

### **Rozwój dziecka.**

Sen.

Tomek spał spokojnie, bardzo ślinił poduszkę.

### **Oddychanie.**

Według matki oddychał, torem mieszanym i podczas aktywności i podczas snu.

### **Karmienie.**

W domu matka próbowała karmić dziecko piersią, ale ssanie było bardzo słabe. Karmiony z butelki, ssał smoczek.

Ze słów matki od 7. miesiąca stosowano karmienie łyżeczką, około 8. miesiąca pojawiło się kąsanie.

Od 2. lat je samodzielnie.

### **Rozwój ruchowy.**

Pierwszy krok do samodzielnego poruszania zrobił po 0;7 miesiącu: utrzymywał się na przedramionach, ale nie poruszał się. W 0;9 pełzał, później raczkował do tyłu.

Chodzi od 1;3 miesięcy.

### **Rozwój mowy.**

Z relacji matki wynika, że wokalizował chłopiec z 0;4 miesiąca. W 1;5 pojawiły się sylaby i pierwsze słowa.

W wieku 4.lat wystąpiły pierwsze napady padaczkowe.

### **Z tego powodu wykonane MRI.**

#### **Wyniki:**

Lokalna polimikrygyria.

Dyzginezja ciała modzelowatego.

Hemipareza lewostronna.

Zapalenie zatok.

W badaniu EEG stwierdzono nieprawidłowy zapis: obustronnie z okolicy centralno-ciemieniowej, w płatach kroniowych, w grupach rejestrują się bardzo liczne zmiany pod postacią fal ostrych.

Aktywacja Hw i Fs nie wpływają na zapis.

Od tego czasu (4. lat) badanie EEG wykonano co pół roku.

### **Dane medyczne i wyniki badań specjalistycznych**

#### **Tomek: Q – 04.3**

#### **Q04.3 - Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek**

Części mózgu: brak – niewytworzenie, zanik zawiązka – niedorozwój Bezzakrętowość Bezmózgowie z wodogłowiem Gładkomózgowie (lissencephalia) **Drobnozакrętowość** Szerokozakrętowość Nie obejmuje: wrodzone wady spoidła wielkiego.

#### **Diagnoza neurologiczna:**

Wrodzona wada mózgu: lokalna polimikrogyria ze zwiększeniem w prawej półkuli, dysgeneza ciała modzelowatego, hemipareza lewostronna.

Padaczka objawowa.

Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim.

Opóźniony rozwój psychoruchowy.

Odruch Babińskiego.

#### **Diagnoza ortopedyczna:**

Nierówność kończyn dolnych (krótsza lewa).

Deformacje stóp: płaskostopie.

**Diagnoza gastrologiczna:** zaparcia funkcjonalne.

#### **Diagnoza okulistyczna:**

Hypermetropia – Zaburzenia akomodacji, nadzwroczność (objawy: zamazany obraz pod czas patrzenia z bliska; bóle głowy).

#### **Diagnoza słuchu:**

«LOR norma» – wypis z karty informacyjnej leczenia szpitalnego.

**Diagnoza ortodontyczna:** brak wyników badań.

#### **Diagnoza logopedyczna:**

dyslalia

#### **Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna:**

- zaburzenia rozwoju psychicznego,
- obniżenie poziomu rozwoju intelektualnego, spowodowane organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego,
- zaburzenia koncentracji uwagi,

- zaburzenia pamięci operacyjnej,
- obniżona wytrwałość w pracy,
- zaburzenia sfery emocjonalnej,
- zaburzenia motoryki dużej i małej,
- ORM,
- padaczka objawowa.

### **Badanie logopedyczne.**

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą karty badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi «Sprawdź jak mówie» E.Stecko.

**Budowa i sprawność aparatu artykulacyjnego.** Wzmoczone napięcie policzków, nadwrażliwość twarzy na dotyk. Asymetria wargi górnej podczas wykonywania ćwiczeń artykulacyjnych i samodzielnego mówienia.

*Tablica 2.3.*

### **Ocena budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego**

<b>Wargi</b>	
Uśmiech obustronny	4
Uśmiech lewostronny	8
Uśmiech prawostronny	3
Wysuwanie	10
Cmokanie	7
Zakładanie wargi górnej na dolną	0
Zakładanie wargi dolnej za górną	6
Parskanie	5
<b>Razem</b>	<b>43</b>
<b>Język</b>	
Wysuwanie	6
Unoszenie do dziąseł	0
Liczenie zębów	5
Oblizywanie dziąseł pod wargą	5
Unoszenie do nosa	0
Wysuwanie na brodę	8
Łopata	9
Grot	7
Przejsie od łopaty do grotu	5
Rulonik	6
Lyżeczka	5
Szybkość ruchów poziomych między kącikami warg	6
<b>Razem</b>	<b>62</b>

Widoczny tyłozgryz, skutkiem czego rozchylone wargi. Skrócone więździełko wargi górnej i podjęzykowe (ankyloglosja), drżący język z obniżonym napięciem mięśniowym.

U chłopca zaobserwowano obniżoną sprawność aparatu artykulacyjnego.

Sprawność warg oceniono na 43 punkty, języka na 62 – co jest normą wiekową dla 3-4 latka. Chłopiec miał trudności z wykonywaniem wszystkich ruchów artykulacyjnych.

Wzmoczone napięcie mięśniowe policzków, nadwrażliwość twarzy i jamy ustnej na dotyk. Stąd amimiczność twarzy.

Język ma obniżone napięcie, leży na dnie jamy ustnej, drży. Chłopiec miał największe problemy z pionizacją języka, uwarunkowane anatomicznie. Ruchy języka tylko poziome, czasem w połączeniu z ruchem głowy.

*Tablica 2.4.*

### **Badanie mowy**

<b>A. Rozumienie mowy</b>	
<b>a) Nazywanie</b>	
rzeczowniki	4
czasowniki	1
przymiotniki	1
przysłówki	2
przymyki	2
<b>b) Nazwy 5 pojęć</b>	2
<b>c) Opowiadanie</b>	+
<b>B. Mowa ekspresywna</b>	
<b>a) Słownik</b>	
Rzeczowniki	4
Czasowniki	0,9
Przymiotniki	0,625
Przysłówki	0
Przymyki	0
nazwy pojęć	0
<b>b1) Budowa tekstu</b>	
historyjka obrazkowa (6 obrazków)	2
<b>C. Analiza wyrazów</b>	
	-
<b>D. synteza wyrazów</b>	
	-



Przy dobrym rozumieniu mowa ekspresywna u chłopca na niskim poziomie rozwoju. Nazywanie obrazków okazało się dość trudnym zadaniem.

Tablica 2.5.

### Badanie artykulacji

Artykulacja				
c		W wyrazach	Powtarzanie głosek w (izolacji)	Ocena
c1.	Samogłoski: a o e u i y	+	+	1
c2.	Spółgłoski wargowe b b' p p' m m'	b p b' p' m + ↓↓↓↓ m'+ p b p' b'	+	0,5
c3.	Wargowo-zębowe v v' φ φ'	φ φ' v + ↓↓ v'+ v v'	+	0,5
c4.	Przedniojęzykowe-zębowe t d n s z c ʒ	t+; n+; s+; ʒ - d s z c ↓↓↓↓ t ś ź ć	+ nieregularnie, ze znacznym wysiłkiem	
c5.	Przedniojęzykowo-dziąsłowe ś ź ć ʒ r l	ś ź ć l ʒ, r - - ↓↓↓↓ ś ź ć i		
c6.	Środkowo-językowe ś ź ć ʒ' n'	+ oprócz ʒ'	+	
c7.	Tylno-językowe k k' g g' χ χ'	k k g k' g' χ - ↓↓↓↓↓ χ' - t g k g k	+ nieregularnie	
d	Powtarzanie głosek opozycyjnych	W wyrazach	Powtarzanie głosek w (izolacji)	
d1.	φ : v φ':v'	nieregularnie z wysiłkiem	+	3
d2.	s:z c:ʒ ś:ź ć:ʒ' š:ž ć:ž	-	s:z - + ś:ź - +	
d3.	t:d t':d' p:b p':b' k:g k':g'	nieregularnie z wysiłkiem i pomocą	+	4
	Nazywanie przedmiotów na daną głoskę			0
f	Wybieranie przedmiotów nadaną głoskę			0
g	Głos	normalny (nieznaczne nosowanie)		
h	Tempo mówienia	w normie		

Dziecko słyszy że nieprawidłowo nazywa obrazki i wielokrotnie powtarza, patrzy na mnie poszukując zrozumienia. Trudnymi do wypowiedzenia są nawet dwusylabowe wyrazy o typie: /sowa/, /woda/.

Mowa samoistna charakteryzuje się: opuszczaniem i zastępowaniem głosek, elizje, zmiana kolejności głosek, sylab, uproszczenie grup spółgłoskowych, agramatyzmy.

Z tabeli widać zaburzenia rozwoju języka na poziomie fonetyczno-fonologicznym. Dziecko ma duże trudności w realizacji głosek w wyrazach, korzysta z niewielkiej ich ilości.

Te problemy wynikają głównie z nieprawidłowości anatomicznych w budowie aparatu artykulacyjnego, napięcia mięśni, zaburzeń czucia ułożenia narządów mowy. W mowie chłopca występują substytucje fonemów, dotyczą one opozycji spółgłosek mięka – twarda, dzwięczna – bezdzwięczna, elizji w nagłosie, upraszczanie grup spółgłoskowych – jako sposób radzenia sobie z wypowiedzianiem trudnych artykulacyjnie spółgłosek, metatezy.

Przykłady: /sonce/ - /sose/, /sova/ - /asa/, /odna/ - /ona/, /druga/ - /duuga/, /nebo/ - /ebo//epo/, /oksana/ - /śana/, /dido/ - /ito/, /diduś/ - /uś/, /kapusta/ - /usa/, /karta/ - /kãta/, /lampa/ - /apa/.

Chce zwrócić uwagę na wyraz /druga/ - /dũga / - widzimy że dziecko słyszy / r /, ale nie ma jeszcze zdolności rozwojowej (jest na poziomie rozwoju mowy dziecka 3-4 letniego) i anatomicznej, do jej realizacji, stosuje wzdłurzenie zastępcze.

**Badanie słuchu fonematycznego** wykazuje na dobre różnicowanie prostych, dobrze znanych słów. Dziecko bezbłędnie wskazywało obrazki opracowane wcześniej i te, które nie są często używanymi podczas zajęć. Problem wystąpił ze wskazaniem obrazków, których nazwy zaczynały się głoskami trudnymi dla dziecka artykulacyjnie a także fonetycznie (pr. l i r).

**Diagnoza logopedyczna.** Opisany przypadek jest bardzo złożony: komplikacje okołoporodowe, wrodzone wady mózgu, padaczka, mnogość nieprawidłowych objawów występujących u dziecka nie tylko w sferze językowej, wskazuje na występowanie u chłopca alalii motorycznej z kopmponentą dysartryczną.

Z definicji, przedstawionej powyżej, czynnik uszkodzający układ nerwowy wystąpił w czasie porodu, a więc przed rozpoczęciem rozwoju mowy.

Wyniki EEG potwierdzają obupółkulowe uszkodzenie mózgu.

Sprawność aparatu artykulacyjnego znacznie obniżona – sprawność warg i języka są na poziomie dziecka w wieku około 3-4 lat.

W obydwu zaburzeniach występuje niestabilność dźwięków. W dysartrii obserwujemy zaburzenie realizacji dźwięków, w alalii – zaburzenie kształtowania wzorców korowych.

W dysartrii – znacznie obniżona sprawność aparatu artykulacyjnego, trudności z szybkim przejściem między poszczególnymi układami artykulacyjnymi, trudności z oddychaniem i fonacją ( w przypadku Tomka – nieznaczące nosowanie).

Tomek jest dzieckiem z zespołem wad wrodzonych ośrodkowego układu nerwowego. Sformułowanie jednoznacznej diagnozy było bardzo trudne.

Znaczne opóźnienie mowy czynnej, przy dobrym rozumieniu mowy; trudności we wszystkich podsystemach językowych: składni, morfologii, fleksji, fonologii i fonetyki.

Chłopiec używa w mowie proste zdania, ma ubogie słownictwo, ograniczony system fonemów, zaburzona struktura słów (elizje, metatezy, substytuty). Wypowiedzi często niezrozumiałe.

Zaburzeniom mowy towarzyszy padaczka, opóźniony rozwój ruchowy, zaburzenia neurologiczne – hemiplegia, nadwzroczność, zaburzenia słuchu fonematycznego, zaburzenia emocjonalne, osłabienie koncentracji uwagi, upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim.

Diagnoza kliniczna u chłopca jest bardzo skomplikowana. Trudno wyobrazić występowanie w tym przypadku izolowanego zaburzenia mowy. W tej pracy postaram się uwzględnić najważniejsze aspekty, które zaburzają rozwój i funkcjonowanie społeczne chłopca.

Skuteczność terapii wymaga rzetelnej obserwacji osiągnięć i trudności dziecka na krótkich etapach, i szybkiego dostosowania terapii do potrzeb dziecka.

## **2.5. Інклюзивна компетентність педагога з організації дозвілля дітей з особливими освітніми потребами**

Відповідно до прийнятої Україною Конвенції ООН про права дитини у нашій державі посилилася увага до проблем дітей із порушеннями психофізичного розвитку і тому здійснюються цілеспрямовані кроки для створення максимально сприятливих умов для їх інтеграції, соціалізації та адаптації. Сьогодення характеризується реорганізацією системи спеціальної освіти на демократичних і гуманістичних засадах, створення в країні альтернативних моделей психолого-педагогічної підтримки дітей з особливими освітніми потребами, вирішення питань реалізації їх права на вільний вибір форм навчання, рівня і діапазону освітніх потреб, організації дозвілля, розробка технологій корекційно-реабілітаційної роботи з цією категорією дітей. Тому актуальною є підготовка педагогів, які будуть компетентними в різних питаннях, а зокрема і в організації дозвілля дітей з особливими освітніми потребами.

Значущість вивчення дозвілля зумовлена потребами дітей з особливими освітніми потребами у рекреації та спілкуванні. Рівень культури особистості впливає на вибір форм дозвіллевих занять, спрямованих на активну креативність, навчання, освіту, самоосвіту, реалізацію культурних потреб. При такому визначенні проблеми дозвіллевої діяльності особливої уваги набувають її педагогічні аспекти, які впливають на суть навчально, виховної, пізнавально та розвивальної діяльності суб'єктів.

Педагогічно цінною дозвіллевою діяльністю є тому, що вона стимулює розвиток творчих знань і здібностей дітей, сприяє формуванню нових якостей, створює сприятливі умови для саморозвитку і самореалізації. Педагогічний підхід до організації дозвіллевої діяльності пов'язаний з метою та особливостями діяльності суб'єктів (Олійник, 2015, с. 13<sup>360</sup>).

---

<sup>360</sup>Олійник, Г. (2015). Підготовка майбутніх соціальних педагогів до організації освітньо-дозвіллевої діяльності учнів 5-7 класів: дис. ... канд. пед.наук: 13.00.05 / Національний пед. ун-т. ім. М. П. Драгоманова, Київ, 273.

Як показує накопичений досвід інклюзивної освіти в Європейських країнах та в Україні – першочерговим завданням і стратегічною метою професійної освіти є формування інклюзивної компетентності у педагогів як складової їх професії.

Створений інклюзивний освітній простір не може бути ефективним лише без відповідного рівня професійної компетентності педагогів. Тому виникає необхідність з'ясувати суть, складові професійної компетентності, а також дослідити місце інклюзивної компетентності в системі професійної компетентності вчителя.

Слід зазначити, що інклюзивне навчання передбачає вдосконалення навчального середовища, де педагог і учень повністю відкриті до різноманіття, де гарантується безпека прав і потреб дітей, повага до їх здібностей та можливість мати успішне майбутнє. Педагог та його професійна компетентність, яка є ключовим поняттям (поєднує в собі інтелектуальні та навчальні складники освіти) відіграє важливу роль у навчанні, вихованні та організації дозвілля дітей з особливими освітніми потребами.

Педагог має повністю володіти інформацією про ті чи інші особливості розвитку, психічні розлади та ін. Обізнаність учителя, його підготовленість допомогти учневі та розкрити всі його таланти і здібності дозволяє забезпечити процес інклюзивного навчання значною мірою ефективним та успішним (П'ятакова, 2012<sup>361</sup>).

Наукові розвідки вітчизняних фахівців розкривають: філософію інклюзивного навчання та концептуальні аспекти інклюзивної освіти (В. Кремінь, Н. Софій, Ю. Найда та ін.); вивчення проблем інклюзивного навчання та впровадження його в освітній простір (В. Бондар, Л. Даниленко, М. Деркач, А. Колупаєва, Ю. Найда, Ю. Рибачук, Н. Слободянюк та ін.). Особливості формування професійної компетентності обґрунтовано в наукових працях І. Беха, А. Маркової, В. Сластьоніна, А. Хуторського та ін.

Сучасні науковці зробили вагомий внесок у розробку проблеми організації вільного часу дітей: І. Кон, Г. Євтеєва, Д. Махов, С. Шмаков. В їх працях досліджено проблеми використання вільного

---

<sup>361</sup>П'ятакова, Т. (2012). Розвиток інклюзивної компетентності вчителя: швейцарський досвід. *Порівняльно-педагогічні студії*. №1 (11), 93–98.

часу дітей, визначено чинники культури вільного часу, розроблені нові методи та форми дозвіллевої діяльності.

Суспільні явища викликали істотні зміни у системності національної науки, освіти, культури. Вони пов'язані з переходом держави Україна до нових умов політико-економічного розвитку та перспективою інтеграції.

Однією з найважливіших у суспільстві була і залишається проблема розвитку особистості, її внутрішній світ, потреби, інтереси, почуття. Основу формування особистості слід покласти ідеї гуманістичної парадигми особистісно орієнтованої освіти й виховання. Головна мета яких не сформувати і навіть не виховати, а безперечно, знайти, підтримати, розвинути особистість. Потрібно закласти в ній механізм самореалізації особистості.

У житті дітей з особливими освітніми потребами чільне місце займає дозвіллева діяльність. Вона є важливим засобом формування особистості, бо в її умовах найбільш сприятливо проходять рекреаційно-відтворюючі процеси, які знімають інтенсивні фізичні, інтелектуальні, психічні навантаження. Дозвіллева діяльність приваблює дітей нерегламентованістю, самостійним вибором різних видів занять, можливістю поєднувати розважальні та розвиваючі види діяльності. Організація дозвіллевої діяльності дітей з особливими освітніми потребами – досить складна і суперечлива. Дітям, які мають проблеми зі здоров'ям, важко підібрати певний вид дозвілля, який би сприяв повноцінному формуванню їх особистості.

Водночас зміни, пов'язані з модернізацією освіти, сформували нову систему професійних вимог до сучасного фахівця. Педагоги у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами мають знати, як теоретичні основи дозвілля, так і особливості створення освітньо-дозвіллевих програм та організації різних видів діяльності, які розкривають соціальну сутність дозвілля, основні соціальні інститути дозвіллевої сфери, культурно-історичні витоки організації дозвілля в Україні; а також володіти методикою підготовки різних форм (проведення ігор, конкурсів, свят та ін.) і технологією організації різних видів дозвіллевої діяльності.

На сучасному етапі формування професійної компетентності фахівця повинно містити не лише теоретичні знання, а й оволодінням

методами й прийомами, уміннями і навичками професійної діяльності. Сума теоретичних професійних знань, практичних умінь і навичок у сукупності зі здібностями та якостями особистості є базовою основою професійної компетентності фахівця, необхідної для успішного вирішення усіх професійних завдань у тому числі дозвілєвої діяльності з дітьми з особливими освітніми потребами (Олійник, 2015, с. 37<sup>362</sup>).

Спочатку з'ясуємо значення терміну «компетентність». У науковий обіг поняття «компетентність» увійшло нещодавно. З кінця 80-х років у вітчизняній науці з'являється спеціальний напрям – компетентнісний підхід в освіті. Введення поняття «професійна компетентність» зумовлене наповненістю його змісту, інтегративною характеристикою, яка поєднує такі поняття, як «професіоналізм», «кваліфікація», «професійні здібності» та ін. (Хафизуліна, 2008<sup>363</sup>).

Звернення до довідкової літератури дає можливість детально розглянути цей феномен. Наприклад, у «Сучасному тлумачному словнику української мови» (Олексієнко, Кобза, 2002, с. 224<sup>364</sup>) та «Новому тлумачному словнику української мови» (Яременко, Сліпушко, 2003, с. 552<sup>365</sup>) дається визначення поняття «компетентний» як той, що «має достатні знання будь-якій галузі, який із чим-небудь добре обізнаний; тямущий».

Наявність теоретичної і практичної готовності педагога до виконання професійних функцій є професійною компетентністю, яка не тільки характеризує його діяльність, а й самого фахівця як суб'єкта в його самостійній, професійній та творчій взаємодії із соціальним світом. Професійна компетентність виступає інтегруючим чинником щодо професійних та особистісних якостей людини, спрямовує їх на опанування знань і практичних навичок у прогнозуванні, плануванні й реалізації професійної діяльності, активізує фахівця в розвитку

---

<sup>362</sup> Олійник, Г. (2015). Підготовка майбутніх соціальних педагогів до організації освітньо-дозвілєвої діяльності учнів 5-7 класів: дис. ... канд. пед.наук: 13.00.05 / Національний пед. ун-т. ім. М. П. Драгоманова, Київ, 273.

<sup>363</sup> Хафизуліна І. (2008). Формирование инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13 00 08 «Теория и методика профессионального образования». Астрахань. 21 с.

<sup>364</sup> Олексієнко, Л., Кобза, О. (2002). Сучасний тлумачний словник української мови. К.: «Кобза», 544 с.

<sup>365</sup> Яременко, В., Сліпушко, О. (2003). Новий тлумачний словник української мови: у 3 т. К.: «Аконіт», Т. 1. 874с.

особистих здібностей, у прагненні до самореалізації у професійній діяльності вже в період навчання у закладі вищої освіти.

У вітчизняній науковій літературі до поняття компетентності в основному відносять певну сукупність знань, рівень умінь і певний досвід їх використання. В англійських джерелах на перше місце виступає категорія «здатність до дії» як вміння використовувати знання у практичній діяльності, як певні стратегії для реалізації творчого потенціалу особистості. Під професійною компетентністю педагога розуміють особистісні якості вчителя, що дозволяють йому самостійно й ефективно реалізувати цілі педагогічного процесу. Бути компетентним – значить уміти мобілізувати у конкретній ситуації набуті знання і досвід. Компетентність не може бути ізольована від конкретних умов її реалізації. Вона органічно пов'язує одночасну мобілізацію знань, умінь і способів поведінки, спрямованих на умови конкретної діяльності (Колупаєва, 2009, с. 142<sup>366</sup>).

Сучасний педагог – це носій інноваційних освітніх знань. Дійсно, найважливіше завдання компетентності педагога – виховати творчу, компетентну та освічену особистість, здатну до життя й діяльності в суспільстві сьогодення. Тому лише педагог з духовно-моральним потенціалом, високою компетентністю та інтелігентністю з розвиненим творчими, дослідницькими здібностями та ерудованості, здатний забезпечувати учневі якісну освіту. Звернемо увагу, що важливим показником педагога є постійне самовдосконалення як необхідна умова його ефективної діяльності.

Таким чином, можна узагальнити, що професійна компетентність педагога є інтегрованим показником його теоретичної і практичної підготовленості до виконання професійної діяльності, пов'язаної з вихованням і навчанням молодшої людини.

В контексті нашого дослідження видається цікавою інклюзивна компетентність педагога. Чимало наукових досліджень присвячено вивченню інклюзивної компетентності суб'єктів освітнього процесу. Дослідники формулювали сутність поняття «інклюзивна компетентність» як рівень знань і умінь, необхідних для виконання

---

<sup>366</sup>Колупаєва, А. (2009). Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. К.: «Самміт-Книга», 326 с.



професійних функцій в умовах інклюзивного навчання (Хафізуліна, 2008<sup>367</sup>).

Сутність поняття «інклюзивна компетентність» обґрунтована в працях С. Максимюк, Н. Мойсеюк, Т. П'ятакової, І. Хафізулліної, М. Чайковського. Інклюзивна компетентність визначена як рівень знань і вмінь, необхідних для виконання професійних функцій в умовах інклюзивного навчання; необхідний обсяг знань та вмінь, утілених у здатності виконувати професійні функції, зважаючи на особливі потреби молоді, яка має вади здоров'я, та інтегрувати їх у середовище закладу загальної середньої освіти, створюючи умови для розвитку й саморозвитку (Соловей, Чайковський, 2013<sup>368</sup>); інтегральна характеристика педагога (учителя, асистента), що впливає на здатність розв'язувати професійні завдання в умовах інклюзивного підходу до освітньої діяльності (П'ятакова, 2012, с. 93-98<sup>369</sup>).

Дослідниця І. Хафізулліна виділяє в структурі інклюзивної компетентності змістові компоненти, кваліфіковані як здатність усвідомлювати зміст професійної діяльності в умовах інклюзивного навчання та функційні компоненти, що характеризують її сферу та постають як сукупність умінь, які сприяють виконанню професійних завдань у освітньому процесі (Хафізулліна, 2008<sup>370</sup>).

Проаналізувавши наукові джерела з проблеми інклюзивної компетентності педагога, візьмемо як основне твердження Т. Соловей і М. Чайковського, які розрізняють такі компоненти інклюзивної компетентності: мотиваційний, когнітивний, операційний, рефлексивний (Соловей, Чайковський, 2013, с. 222<sup>371</sup>). Подаємо покомпонентний їх аналіз.

---

<sup>367</sup>Хафізуліна, І. (2008). Формирование инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13 00 08 «Теория и методика профессионального образования». Астрахань. 21 с.

<sup>368</sup>Соловей, Т., Чайковський, М. (2013). Змістовні компоненти професійної компетентності соціального працівника інклюзивного закладу освіти. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький, №1 (7), 220–224.

<sup>369</sup>П'ятакова, Т. (2012). Розвиток інклюзивної компетентності вчителя: швейцарський досвід. *Порівняльно-педагогічні студії*. №1 (11), 93–98.

<sup>370</sup>Хафізуліна, І. (2008). Формирование инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13 00 08 «Теория и методика профессионального образования». Астрахань. 21 с.

<sup>371</sup>Соловей, Т., Чайковський, М. (2013). Змістовні компоненти професійної компетентності соціального працівника інклюзивного закладу освіти. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький, №1 (7), 220-224.

Мотиваційний компонент інклюзивної компетентності визначає спрямованість, систему мотивів, потреб, цінностей особистості педагога, є детермінантною професійної компетентності й фактором її успішного формування. Рівень сформованості мотивації впливає на розвиток інших компонентів професійної компетентності. Мотивація передбачає гуманістичні ціннісні орієнтації, позитивну орієнтацію на діяльність в умовах включення дітей з особливими потребами в соціальне середовище здорових ровесників, сукупність мотивів (соціальних, пізнавальних, професійних, особистісного розвитку й самоутвердження та ін.), спрямованих на процес інклюзії.

Когнітивний компонент інклюзивної компетентності педагога визначає цілісність уявлень про соціально-педагогічну діяльність, активізує пізнавальну роботу особи, сприяє розвиткові та збагаченню когнітивного досвіду. Цей компонент описують як здатність сприймати, опрацьовувати у свідомості, зберігати в пам'яті та відтворювати в потрібний момент інформацію для розв'язання тих чи тих теоретичних і практичних завдань. В основі лежать наукові професійні знання про інноваційні інтеграційні процеси у сфері освіти людей з особливими потребами; основи розвитку особистості; анатомофізіологічні, вікові, психологічні та індивідуальні риси нормальних дітей і молоді та з різними порушеннями в розвитку; основи соціально-педагогічного впливу на процес саморозвитку вихованців, стимулювання позитивної самореалізації в усіх можливих сферах діяльності; базові закономірності взаємодії людини з особливими потребами й суспільства.

Рефлексивний компонент інклюзивної компетентності виявляється в здатності усвідомлювати основи власної діяльності, у ході якої оцінюють та переосмислюють свої здібності, особистісні досягнення, а також у свідомому контролі результатів професійних дій, аналізі реальних ситуацій. Рефлексія робить можливим самопізнання, самоконтроль, саморегуляцію та власний саморозвиток. У системі інклюзивної компетентності рефлексія обґрунтовується як здатність до аналізу в процесі професійної діяльності, що спрямована на інклюзію дітей і молоді з особливими потребами в соціум загальноосвітнього закладу та передбачає аналіз стану реалізації ідей процесу інклюзії, власного досвіду й досвіду

колег у досягненні інклюзії дітей з особливими потребами, вибір оптимального варіанта розв'язання різних соціально-педагогічних ситуацій у процесі інклюзії; адекватне оцінювання результатів власної соціально-педагогічної діяльності, вміння визнавати власні помилки і здатність їх долати; потреби в професійному й особистісному зростанні та підвищенні рівня інклюзивної компетентності.

Операційний компонент інклюзивної компетентності – це здатність виконувати конкретні професійні завдання соціально-педагогічної діяльності, застосовувати способи й досвід успішного сприяння процесу інклюзії дітей та молоді з особливими потребами в соціум загальноосвітнього закладу, розв'язувати соціально-педагогічні ситуації, використовувати прийоми самостійного виконання професійних завдань, здійснювати пошуково-дослідницьку діяльність (Соловей, Чайковський, 2013, с. 223<sup>372</sup>).

Отже, інклюзивна компетентність педагога має проявлятися в майстерності його роботи організовувати спільну діяльність учнів різних категорій, цілком відповідально оцінювати рівень засвоєних знань навчального матеріалу з різними типами порушень розвитку та вмінні вибирати відповідні прийоми виховного впливу на дітей у класі.

Вчені однозначні в тому, що інклюзія – це особливий навчально-виховний процес та постійний пошук ефективніших шляхів задоволення індивідуальних потреб усіх дітей. Інклюзія пов'язана з визначенням перешкод та їх подоланням. Відповідно, вона включає проведення комплексної оцінки, збір інформації з різноманітних джерел для розробки індивідуального плану розвитку і реалізації його на практиці (Бойчук, Бородіна, Микитюк, 2015, с. 14<sup>373</sup>).

У концепції інклюзивного навчання зазначено, що інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що базується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту в умовах загальноосвітнього навчального закладу і права навчатися за місцем

---

<sup>372</sup>Соловей, Т., Чайковський, М. (2013). Змістовні компоненти професійної компетентності соціального працівника інклюзивного закладу освіти. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький, №1 (7), 220–224.

<sup>373</sup>Бойчук, Ю., Бородіна, О. (2015). Микитюк О.М. Інклюзивна компетентність майбутнього вчителя основ здоров'я: монографія. Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 117 с.

проживання. Метою інклюзивної освіти є забезпечення рівного доступу до якісної освіти в умовах загальноосвітнього навчального простору, пристосованого до задоволення особливих освітніх потреб кожної людини; створення умов для вдосконалення системи освіти і соціальної реабілітації дітей з особливими освітніми потребами, через упровадження інноваційних технологій, зокрема інклюзивного навчання (Концепція розвитку інклюзивної освіти, 2010<sup>374</sup>). Саме інклюзивна діяльність – передбачає повноцінне включення дитини з особливими освітніми потребами у освітній процес школи – у навчальну діяльність на уроці, у життя класу й школи в позаурочний час. Для цього інклюзивна діяльність педагога передбачає адаптацію освітнього простору: диференціювати навчальний процес, розробити для кожної дитини індивідуальний навчальний план, підібрати відповідне навчально-дидактичне забезпечення, застосовувати найбільш ефективні традиційні й адекватні новітні технології навчання, зробити так, щоб були враховані потреби й особливості кожної дитини, як з особливими освітніми потребами, так і здорової. Обов'язковою складовою інклюзивної діяльності є вивчення, накопичення і розповсюдження передового педагогічного досвіду в сфері інклюзії в контексті організації дозвілля дітей з особливими освітніми потребами (Бойчук, Бородіна, Микитюк, 2015, с. 38-45<sup>375</sup>).

На сьогодні науковцями досліджено процес диференціації навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами; виявлено найбільш результативні шляхи, методи та засоби, направлені на своєчасне виявлення, попередження та подолання відхилень у розвитку та поведінці у дітей. Але залишається малодослідженою проблема організації дозвілля дітей з особливими освітніми потребами.

На практичній значущості дозвілля дітей з особливими освітніми потребами наголошує Б. Мосальов, яке виходить із потреб дітей в у рекреації, спілкуванні, самопізнанні самореалізації, саморозвитку та ін. Відповідно до рівня культури індивіда здійснюється вибір форм дозвіллевих занять, що спрямовані на освіту, самоосвіту, активну творчість, навчання, культурні потреби. Соціальна значущість

---

<sup>374</sup> Концепція розвитку інклюзивної освіти / Наказ МОН від 01.10.2010 р. №912.

<sup>375</sup> Бойчук, Ю., Бородіна, О. (2015). Микитюк О.М. Інклюзивна компетентність майбутнього вчителя основ здоров'я: монографія. Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 117 с.

дозвілля відкриває можливості навчально-виховної та пізнавально-розвиваючої діяльності її суб'єктів, які досить помітно відображаються в освітніх процесах дозвіллевої діяльності (Мосалев, 1995, с. 7-9<sup>376</sup>).

Так, А. Вишняк та В. Тарасенко, трактуючи поняття «дозвілля», зауважують, що – це, перш за все, внутрішня культура людини, наявність у неї певних особистісних якостей характеру, це організованості, потреб та інтересів, вміння, смаки, бажання, життєві цілі, що дозволяють змістовно та з користю проводити вільний час. Вони також підкреслюють, що якість дозвілля характеризується рівнем розвитку та функціонуванням відповідних закладів, без яких неможливе проведення свого дозвілля (Вишняк, 1988, с. 34<sup>377</sup>).

Як свідчить аналіз, дослідники трактують поняття «дозвілля» в контексті реалізації інтересів особистості, пов'язаних з рекреацією, саморозвитком, самореалізацією, спілкуванням, задоволенням, оздоровленням, що впливає на вільний вибір особистістю дозвіллевих занять. Безперечно, у сфері дозвілля закладена велика можливість не тільки виховання, але й водночас формування соціально значущих якостей молоді.

Аналіз теоретичного обґрунтування дозвіллевої діяльності провідними вітчизняними та зарубіжними дослідниками свідчить про визначення цього поняття, як:

– частини загальної соціально-культурної діяльності, що здійснюється під час дозвілля й вирізняється свободою вибору, активністю, ініціативою різних груп та індивідів, базується на загальнокультурних, художніх, пізнавальних, політичних, побутових та інших інтересах дорослих, молоді, дітей (Кисельова, Красильников, 1992<sup>378</sup>);

– багаторівневої структури, основними рівнями якої є споживання, творчість і екстеріоризація (Кремень, 2008<sup>379</sup>);

---

<sup>376</sup>Мосалев, Б. (1995). Досуг: методология и методика социологических исследований. Москва: МГУК, 94 с.

<sup>377</sup>Вишняк, А. (1988). Культура молодежного досуга. Київ, 53 с.

<sup>378</sup>Киселева, Т. (1992). Теория досуга за рубежом: лекции по курсу «Культурно-досуговая деятельность». Москва: МГУК, 50 с.

<sup>379</sup>Кремень, В. (2008). Енциклопедія освіти / акад. пед. наук України. Київ: Юрінком Інтер, 1040 с.

– вільної діяльності, що обирається самою особистістю і здійснюється людиною тому, що їй так хочеться, щоб вона, зумовлена особистими потребами й інтересами, а не викликана під тиском зовнішніх обставин, що змушують її до неї (Воловик, 1999<sup>380</sup>); цілеспрямованої активності, яка відповідає потребам і мотивам людини, що реалізується у системі культури і дозвілля (Гончаренко, 1997<sup>381</sup>).

Зазначене свідчить про те, що вибір дозвіллевих занять значною мірою зумовлений особистими потребами та інтересами підлітків, їхнім психологічним та емоційним станом, соціальним самоствердженням та саморозвитком, віковими та індивідуальними особливостями.

У контексті здійснюваного дослідження особливу увагу привертає твердження Н. Яременко про те, що цінність дозвіллевої діяльності дітей з особливими освітніми потребами полягає в тому, щоб допомогти їм реалізувати всі найкращі якості, які в них закладені. Сфера дозвіллевої діяльності має бути побудована так, щоб її зміст і форми організації були максимально спрямовані на розкриття загальнолюдських, загальнонаціональних цінностей і формування на їх основі особистісних якостей дітей з особливими освітніми потребами (Яременко, 2007, с. 5<sup>382</sup>).

Дійсно, організація дозвіллевої діяльності має значний вплив на формування особистості. Гармонійний та всебічний розвиток особистості – це високий соціальний ідеал, який є необхідним для вирішення завдань, що стоять на сучасному етапі розвитку суспільства. Це особливо це стосується сучасних дітей з особливими освітніми потребами.

Розглядаючи організацію дитячого дозвілля, потрібно врахувати те, що діти усі різні та поділяються на такі вікові групи: молодші школярі; підлітки; старшокласники. Важливо, щоб організація виховної діяльності та дозвілля відповідала сучасним потребам і запитам дітей з особливими освітніми потребами.

Основними завданнями організації дозвілля з дітьми з особливими освітніми потребами є: забезпечення всебічного розвитку

---

<sup>380</sup> Воловик, А., Воловик, В. (1999). Педагогіка дозвілля : підручник. Харків: ХДАК, 332 с.

<sup>381</sup> Гончаренко, С. (1997). Український педагогічний словник. Київ: Либідь, 376 с.

<sup>382</sup> Яременко, Н. (2007). Дозвіллезнавство : навчальний посібник. Фастів: «Поліфаст», 460 с.

дитини; формування суспільно-громадського досвіду особистості; розвиток, стимулювання та реалізація її духовного і творчого потенціалу; створення системи пошуку, розвитку й підтримки юних талантів, обдарувань; залучення до соціокультурних цінностей; виховання вольових якостей, формування активної життєвої позиції.

У роботі з дітьми з особливими освітніми потребами є такі форми дозвілєвої діяльності: індивідуальна, групова, масова (Веклюк, 2015, с. 4<sup>383</sup>).

В індивідуальній дозвілєвій діяльності дитина з особливими освітніми потребами обирає такі види заняття: гру, читання, заняття художньою творчістю, спортом, перегляд телепередач. Груповими форми змістовного дозвілля є: різні види ігрової діяльності; заняття за інтересами, конкурси, прогулянки, мандрівки тощо. Масові форми дозвілєвої діяльності – це концерти, фестивалі, свята, акції, флешмоби для дітей з особливими освітніми потребами тощо.

Безперечно, організаторам дозвілля потрібно обов'язково знати особливості цих вікових груп. Адже дозвілєва діяльність є унікальним, оригінальним і ефективним засобом адаптації, соціалізації й реабілітації особистості підлітка з особливими освітніми потребами, яка містить у собі різноманітні форми, засоби, методики і технології, які орієнтовані саме на нього.

Організаторам дозвілля треба добре знати особливості цих вікових груп. 1 група. Молодші школярі (6-10 років): притаманне бажання вчитися, щоб більше пізнати навколишній світ. В цьому віці формується наполегливість, працьовитість, відповідальність. Діти молодшого шкільного віку опановують моральні норми та правила поведінки, у них формується самостійність.

Діти пізнають світ через гру, а тому в основною формою роботи з цією категорією дітей з особливими освітніми потребами повинна бути гра як універсальний метод пізнання, навчання, організації відпочинку. Тому педагоги мають бути дуже уважними при організації ранків, свят, конкурсів, ігрових програм для дітей молодшого віку, тому що діти цього віку сприймають все ще через яскраві образи.

---

<sup>383</sup> Веклюк, Л. (2015). Методика організації дозвілля різних вікових груп населення / Методичні рекомендації. Ужгород, 24 с.

Рекомендуємо проводити масові заходи, які можна класифікувати за напрямками: розважально-пізнавальні програми; театралізовані ігрові програми; фестивалі ігрових програм «Гра скликає друзів», «Грайлик»; різноманітні програми, турніри з настільних ігор, тематичні свята для дітей. До прикладу, наведемо деякі форми, які можна використати у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами:

- творчі тижні – дитячої книги, музики, театру, кіно, образотворчого та ужиткового мистецтва;
- конкурсно-розважальні програми – костюмовані вікторини, дні народження;
- дні спілкування з природою;
- концерти, виставки, конкурси; фестивалі самодіяльних дитячих творчих колективів тощо.

2 група. Підлітки з особливими освітніми потребами (10-15 років). Мають потребу у пізнанні та можливість показати себе, знайти однодумців. Діти у цьому віці дуже надто чутливі. Вони вперше закохуються, у них починається статеве формування; формуються такт, почуття як порядність, доброзичливість, милосердя, гідність, совість та ін. Тому індивідуальні, групові бесіди найефективніші у роботі з цією віковою групою.

Підлітковий вік розглядається як особлива соціально-психологічна і демографічна група. Вона має свої установки, специфічні норми поведінки, які утворюють особливу підліткову субкультуру (Павелків, 2011, с. 225-226<sup>384</sup>).

3 група. Старшокласники (15-17 р.). У них формуються погляди про природу суспільства, вони висловлюють свої думки з приводу культурного, економічного та політичного життя в державі, готуються вийти у самостійне життя. Для цієї вікової групи характерні такі форми організації дозвілля як диспути, сучасні ток-шоу, пізнавальні лекції, вечори відпочинку, цікаві конкурси, тематичні вечори, дні інформації, дні фахівця, різноманітні виставки.

Для підлітків і старшокласників з особливими освітніми потребами велике значення має інформаційно-пізнавальне

---

<sup>384</sup>Павелків, Р. (2011). Вікова психологія : підручник. Київ: Кондор, 469 с.



спрямування роботи. У роботі із ними рекомендуємо використовувати різні форми та види дозвіллевої діяльності:

- музичні (виступи, музичні фестивалі, концерти);
- театральні (театралізовані свята й видовища, мистецькі фестивалі, карнавали);
- просвітницькі (лекції, диспути, тематичні вечори літературні вечори
- декоративно-прикладні (конкурси моди та краси, виставки-експозиції, фестивалі ремесел) та інші.

Також можна навчити учнів з особливими освітніми потребами вмінню проводити дискусію, відстоювати свою думку. З цією метою проводяться цікаві та різноманітні ігри, такі як «Ігри в конфлікти», «Шоу-клуб», ділові ігри «Адаптація», конкурсні програми, «Брейн-ринг» та інші. Педагог повинен завжди бути в пошуках нових та цікавих ігор, у яких діти змогли б себе проявити.

Всі пропонувані колективні чи групові справи пронизані грою та спілкуванням у колі на різні теми, а тому їх можна назвати колективним ігровим спілкуванням. Кожна дитина з особливими освітніми потребами є активним учасником спілкування, вільно висловлює свої думки, ділиться набутим життєвим досвідом, знаннями, поглядами, думками. Форми колективного ігрового спілкування: «Чарівний стілець», «Проблема на долоні», «Презентація світу (об'єкта)», «Театр-експромт», «Конверт дружніх запитань (життєвих ситуацій)», «У чому сіль?», «Людина скрізь», «Калейдоскоп», «П'ять хвилин із мистецтвом», «У колі симпатій», «Повір у себе», «Інтелектуальний аукціон» та ін.

Для реалізації важливих завдань організації ефективного виховного процесу сприяє використання різнопланових ігор, зокрема: ігор з літерами, зі словами, які мають бути чітко спрямованими на формування мовленнєвої культури дітей, збагачення їхнього словникового запасу.

Надзвичайно важливо, щоб організація дозвіллевої діяльності відповідала сучасним потребам і запитам дітей з особливими освітніми потребами. Необхідність абсолютної взаємодії між всіма напрямками й спеціалістами, що забезпечує цілісність і ефективність організації дозвіллевої діяльності. Це є важливою умовою.

Популярними є такі форми дозвільної діяльності для дітей з особливими освітніми потребами:

– арт-галерея, де вся експозиція присвячена казці. Діти долучаються до образотворчої діяльності, комунікативного процесу, розвивають креативне мислення, естетичний смак. Вони самі пробують що-небудь намалювати, одержуючи від цього не тільки задоволення, але й певні навички й терапевтичний ефект;

– ігровий зал, де використовуються елементи народної культури, колективне виконання мелодій, організовуються малорухомі народні ігри. Гра є унікальним засобом для спонтанного прояву всіх особистих можливостей дитини. В ігрову діяльність підлітки включаються без напруги і проявляють максимальну цікавість та участь;

– театральна гримувальна. Дітям надається унікальна можливість зануритися в чарівний світ театру, потрапити за його лаштунки, потім на імпровізовану сцену. Велику роль відіграють театральні костюми, їхні деталі, які призначені для казкових персонажів. Кожна дитина вибирає їх за своїм смаком й починає обігравати вигадану роль, поживляючи образ (Філімонов, 2012<sup>385</sup>).

На ефективність дозвільної діяльності, здійснюваної з дітьми з особливими освітніми потребами, з точки зору дослідників, впливають:

1) рівень матеріально-технічної бази, ступінь забезпеченості приміщеннями для розгортання діяльності дозвільних форм музичними інструментами, інвентарем для аматорських об'єднань, образотворчої й декоративно-прикладної творчості тощо;

2) доступність установ культури для дітей з особливими освітніми потребами;

3) забезпеченість кваліфікованими кадрами;

4) вивчення й застосування інноваційного досвіду роботи;

5) достатні обсяги фінансування дозвільних програм, в тому числі із залученням засобів, отриманих по фандрайзингу;

б) транспортне обслуговування;

---

<sup>385</sup> Філімонов, С (2012). Особливості організації дозвілля дітей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах санаторно-курортного комплексу. *Збірник наукових праць. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами.* №9(11). С. 181-192.

7) різноманіття видів дозвіллевих занять та їх вільний вибір (Храпиліна, 1996, с. 124<sup>386</sup>).

Велика роль відводиться педагогові при організації дозвіллевої діяльності з дітьми з особливими освітніми потребами. Перш за все фахівцю необхідно враховувати психологічні особливості таких дітей:

- зміна інтересів;
- недостатня впевненість у своїх силах;
- слабкий прояв наполегливості,
- самотійності;
- хворобливість;
- ранимість, замкнутість;
- відчуття своєї неповноцінності.

Головне завдання педагога – психологічно активізувати дітей з особливими освітніми потребами з урахуванням перспективи їхнього життя, дотримуючи при цьому педагогічного такту. До засобів реабілітації варто віднести спорт, ігри, екскурсії, заняття художньою й прикладною технічною творчістю, ділові комерційні, логічні ігри, ритуали, свята, обряди, конкурси, фестивалі, оздоровчі процедури й психологічні розвантаження, засоби масової інформації.

Ефективними також є такі форми роботи, як аукціони, конкурси, дискусії, клуби, спортивні змагання, спеціальні тренінги, творче спілкування. Все це сприяє формуванню творчої особистості, розвитку почуття колективізму, прискорює розумовий розвиток, створює життєвий оптимізм і активність, виховує позитивні риси характеру (Паскаль, 2007<sup>387</sup>).

Ми поділяємо наукову позицію українського соціолога В. Пічі, що основними напрямками дозвіллевої діяльності є:

- 1) культурне споживання, яке має індивідуальний характер (читання газет, журналів, книг, перегляд телепередач та ін.);
- 2) культурне споживання публічно-видовищного характеру (відвідування театрів, концертів, музеїв, виставок та ін.);
- 3) спілкування, фізичні заняття, спорт;
- 5) розваги та ігри; пасивний відпочинок (Піча, 2002, с. 95<sup>388</sup>).

---

<sup>386</sup>Храпылина, Л. (1996). Основы реабилитации инвалидов. Москва: Интавр, 146 с.

<sup>387</sup>Паскаль, О.(2007). Соціальна робота у сфері дозвілля: навч. посібник. Одеса: Поліграф, 120 с.

<sup>388</sup>Піча, В. (1990). Культура дозвілля. Київ, 238 с.

Вивчення стану дозвіллевої діяльності дозволяє стверджувати, що серед дітей поширеними видами дозвілля є такі, як: перегляд телебачення, комп'ютерні ігри, спілкування по скайпу, спілкування в онлайн режимі, заняття за інтересами, читання книг, що свідчить про розвивальний компонент дозвіллевої діяльності дітей з особливими освітніми потребами. Варто звернути увагу також на зростання популярності комп'ютерних технологій серед дітей, як засобу інформації, так і форми дозвілля. Розвиваючий компонент дозвіллевої діяльності учнів проявляється в таких видах діяльності, як відвідування музеїв, театрів, виставок, об'єднань за інтересами.

У сфері дозвіллевої діяльності дітей з особливими освітніми потребами велике значення має спілкування. Спілкування є необхідною умовою життєдіяльності людини і суспільства; джерелом творчого перетворення індивіда в особистість; формою передачі знань; вихідним моментом самосвідомості особистості; регулятором поведінки людей у суспільстві; самостійним видом діяльності. Характеризуючи особливості людського спілкування, Л. Буєва наголошує, що у спілкуванні здійснюється раціональний, емоційний та вольовий взаємозв'язок індивідів, формується і проявляється спільність настроїв, думок, поглядів, досягається взаєморозуміння, здійснюється передача і засвоєння звичок, стилю поведінки, створюється згуртованість і солідарність, що характеризує групову та колективну діяльність (Буєва, 1968, с. 111<sup>389</sup>).

Ми поділяємо наукову позицію Ю. Стрельцова стосовно того, що спілкування виступає важливою складовою діяльності різних дозвіллевих об'єднань школярів, оскільки власне спілкування лежить в основі міжособистісних та групових відносин. Форми спілкування в умовах дозвіллевої діяльності можна класифікувати за:

- змістом (пізнавальні, розважальні, творчо-емоційні);
- часом (короткотривалі, періодичні, систематичні);
- характером (пасивні та активні);
- спрямованості контактів (неопосередковане та опосередковане);
- діяльністю (неофіційні та офіційні) (Стрельцов, 2002, с. 19<sup>390</sup>).

---

<sup>389</sup>Буєва, Л. (1968). Социальная среда и личность : дисс. доктора психол. Наук. М., 250 с.

<sup>390</sup>Стрельцов, Ю. (2002). Культурология досуга. М.: МГУК, 183 с.

Найпоширенішою формою спілкування у сфері дозвіллевої діяльності дітей з особливими освітніми потребами є міжособистісне, яке характеризується добровільністю та свободою і, зазвичай, не пов'язане з будь-якою предметно-практичною діяльністю. Слід зауважити, що на думку В. Суртаєва, у соціально-педагогічному плані спілкування в процесі дозвіллевої діяльності є формою неофіційних та нормативно-нерегламентованих взаємодій, тому що підліток зустрічається з іншою людиною не як з членом об'єднання, а як з особистістю. Характерною рисою такого спілкування є високий рівень емоційної насиченості. (Суртаев, 1997, с. 95-96<sup>391</sup>).

Окрім того, спілкування в дозвіллевій сфері значною мірою відображає ієрархію цінностей, культурні пріоритети та позиції осіб, які взаємодіють. Аналізуючи спілкування школярів у процесі дозвіллевої діяльності, необхідно, перш за все, звернути увагу на їх цінності, орієнтації, потреби та побажання, оскільки власне вони зумовлюють різні типи дозвіллевого спілкування учнів з особливими освітніми потребами.

Підсумовуючи вищесказане, спробуємо окреслити певні вимоги, які забезпечать ефективну організацію дозвілля дітей з особливими освітніми потребами.

Важливе місце тут посідають принципи, що виступають у ролі базових, спрямовуючих положень, нормативних вимог до організації та проведення освітнього процесу. Вони є дороговказом для визначення змісту, засобів, форм, методів організації інклюзивного освітнього простору. У педагогіці принципи прийнято тлумачити як керівні, вихідні положення, вимоги до діяльності. Вважаємо, що визначальними принципами професійної діяльності педагогів в умовах інклюзивного освітнього закладу мають стати як традиційні, так і нетрадиційні. Пропонуємо для полегшення розгляду принципів, здійснити їх групування за В. Ягуповим.

1. Принципи, що стосуються усіх компонентів дидактичного процесу: науковість; наочність; системність і послідовність навчання; оптимальне співвідношення традиційних форм і методів організації навчального процесу; оптимізація освітнього процесу; поєднання

---

<sup>391</sup>Суртаев, В. (1997). Социально-педагогические особенности молодежного досуга: учебное пособие. Ростов-на-Дону, 200 с.

теоретичної і практичної підготовки; зв'язок навчання з життям, інформатизація; нетрадиційність системи навчання; диференціація навчання; міжпредметні зв'язки.

2. Принципи, що стосуються діяльності суб'єктів викладання та їхньої методики: доступність викладання; партнерство і співробітництво; рефлексія учасників навчального процесу (педагогів і учнів).

3. Принципи, що стосуються навчально-пізнавальної діяльності суб'єктів учіння (учнів): вмотивованість; активність, свідомість та самостійність гармонійний розвиток особистості учнів; емоційність; креативність; участь рефлексія учасників навчального процесу.

4. Принцип, що стосується контрольно-оцінювальних функцій дидактичного процесу: міцність засвоєння знань, умінь і навичок. Закцентуємо увагу на деяких з них (Кучерявий, 2014<sup>392</sup>; Ягупов, 2002<sup>393</sup>).

*Оптимізація навчально-виховного процесу* – це залучення додаткових ресурсів, з метою досягнення високого рівня готовності педагогів до інклюзивної роботи. Сьогодні в Україні діє вже чимало громадських і благодійних організацій, державних структур (центри соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, психолого-медико-педагогічні консультації та ін.), які замаються питаннями дітей з інвалідністю, інклюзивної освіти. З метою підвищення якості навчального процесу необхідно залучати їх представників.

*Зв'язок навчання з життям, інформатизація* передбачає використання під час занять життєвого досвіду учнів. Розуміння суті інклюзивної педагогіки і усвідомлення можливих перепон має стимулювати вчителів до пошуку ефективних шляхів їх подолання.

*Нетрадиційність системи навчання* полягає у використанні в системі підготовки педагогів нових форм навчання (тренінгів, суспільних оглядів, соціологічного опитування, рольових ігор, дискусій та ін.).

Принцип *доступності викладання* вимагає від педагога складний зміст навчального предмета, у якому використовуються досягнення інших, невласних конкретній спеціальності, наук (зокрема

---

<sup>392</sup>Кучерявий, О. (2014). Педагогіка: особистісно-розвивальні аспекти: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: Слово, 94 с.

<sup>393</sup>Ягупов, В. (2002). Педагогіка: Навч. посібник. К.: Либідь, 294 с.

медицини, корекційної психопедагогіки та ін.) подавати зрозуміло, застосовуючи усі складові педагогічної майстерності. Звідси і високі вимоги до компетентності самого педагога.

*Партнерство і співробітництво* передбачає створення позитивного психологічного фону взаємодії у системі «педагог-учні», переведення (Брюховецька, 2013<sup>394</sup>) учнів у статус суб'єктів освітнього процесу, що впливає на їх активізацію, мотивацію, світоглядну позицію.

*Емоційність* як принцип навчання сприяє не лише розвитку емоційного інтелекту та мотивації навчання, але й впливає на формування нових ціннісних установок дітей, їх світогляду.

Отже, принципи як нормативні вимоги до роботи в умовах інклюзивного класу мають охоплювати усі складові освітнього процесу у школі і впливати на визначення стратегій й тактики практичних дій суб'єктів даного процесу. Це дозволить із мінімальними ресурсними затратами сформувати необхідні умови для успішної роботи та інклюзивну компетентність педагогів з організації дозвілля дітей з особливими освітніми потребами.

Стан готовності педагога до соціально-педагогічної діяльності у ЗЗСО в умовах інклюзивної освіти визначається критеріями інклюзивної готовності. Такими критеріями є:

- усвідомлення необхідності виконувати соціально-педагогічну діяльність;
- готовність до подолання невдач;
- упевненість у тому, що виконувана діяльність принесе позитивні результати;
- знання фахових і методичних матеріалів;
- здатність до професійної рефлексії;
- наявність реактивного мислення для розв'язання нестандартних ситуацій:
- схильність до творчості;
- наявність особистісно значущих якостей, необхідних для виконання соціально-педагогічної діяльності в умовах інклюзивної освіти;

---

<sup>394</sup>Брюховецька, О. (2013). Розвиток готовності майбутніх психологів до використання нетрадиційних форм навчання в процесі особистісно орієнтованої підготовки в системі ППО. *Післядипломна освіта в Україні* / Гол. ред. Семиченко В. Київ: ЦППО, 2. 43-47.

– бажання допомогти розкрити потенціал учнів (Бойчук, Бородіна, Микитюк, 2015<sup>395</sup>); (Колупаєва, 2009<sup>396</sup>).

У руслі порушеної проблеми, оновлення системи освіти, потрібен фахівець нового покоління, спроможний працювати в інклюзивному освітньому середовищі. Тому інклюзивну компетентність слід включити до складу професійної компетентності.

Таким чином, проблема вільного часу гостро постає перед дітьми з особливими освітніми потребами, які, на жаль, обмежені у виборі дозвіллевих форм. Саме вмiла організація дозвіллевої діяльності сприяє ефективному розвитку дитини, яка здійснює позитивний вплив на творчий потенціал особистості та готує її до дорослого життя.

Широке впровадження ідеї інклюзії в загальноосвітні школи України значною мірою може вирішити згадану проблему. У цьому ракурсі особливого значення набуває проблема формування інклюзивної компетентності педагога, що є інтегрованим особистісним утворенням.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у пошуку дієвих механізмів та умов, які сприятимуть формуванню інклюзивної компетентності у педагогів.

---

<sup>395</sup>Бойчук, Ю., Бородіна, О., Микитюк, О. (2015). Інклюзивна компетентність майбутнього вчителя основ здоров'я: монографія. Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди, 117 с.

<sup>396</sup>Колупаєва, А. (2009). Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. К.: «Самміт-Книга», 326 с.



## 2.6. Особливості інклюзивного навчання обдарованих здобувачів початкової освіти в Республіці Польща

Період навчання в початковій школі є надзвичайно важливим для формування компетентностей, необхідних для подальшого життєвого і професійного успіху. Саме тому потрібно звертати особливу увагу на таланти, нахили дитини молодшого шкільного віку. Важливо, щоб кожен здобувач освіти мав можливості для самореалізації, розкриття власних здібностей, переживання ситуацій успіху тощо. Тому постає необхідність в організації інклюзивного навчання, зокрема, обдарованих дітей. Необхідно зазначити, що відповідно до законодавства Республіки Польща ця категорія учнів належить до групи осіб з особливими освітніми потребами.

Цікавим для вивчення є досвід організації інклюзивного навчання саме в цій державі, яка близька до України територіально, має спільні історичні корені та наукові зв'язки. Систематичний розвиток практики інклюзивної освіти, зокрема обдарованих дітей, яку студіюють багато вітчизняних та польських учених і педагогів-практиків, зумовив актуальність дослідження обраної теми.

Значний інтерес до питань обдарованості в Польщі засвідчує підтримка такої категорії дітей на загальнодержавному рівні. Функціонують різні інституції. На рівні органів місцевого самоврядування та на базі центрів підвищення кваліфікації вчителів створюються центри підтримки обдарованості, діяльність яких спрямована на координацію співпраці між органами місцевого самоврядування, закладами вищої освіти, школами, благодійними організаціями та батьками для надання освітньої, психологічної та матеріальної підтримки обдарованим дітям у межах конкретної адміністративно-територіальної одиниці.

Метою діяльності Національного фонду допомоги дітям є, зокрема, збільшення можливостей для розвитку обдарованих дітей. Ця організація надає стипендії обдарованим дітям, фінансує проведення різних заходів, спрямованих на підтримку обдарованості (Дунець, 2014<sup>397</sup>).

---

<sup>397</sup> Дунець, В. Б. (2014). Інституційна підтримка обдарованих дітей у Польщі. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*, №12 (31). <http://otr.iod.gov.ua/images/pdf/2014/12/16.pdf>

Варто зазначити, що такі заклади, як Центр розвитку освіти, Центр науки Коперника, дитячі університети тощо, спрямовані на інтелектуальний розвиток дітей загалом, не виокремлюючи лише обдарованих здобувачів.

Сучасні польські науковці розглядають інклюзивне навчання як процес навчання учнів усіх разом, який, проте, не вичерпується лише спільним навчанням. Тому ця ідея є не лише провідною парадигмою спеціальної освіти, а можливо, передусім найвпливовішим баченням державної школи, яке суперечить неоліберальному розумінню освіти. Інклюзивна освіта – це шкільний проєкт, який не виключає учнів через будь-які їхні характеристики. Вона рішуче виступає проти скорочення цілей освіти до вузько зрозумілих шкільних досягнень і розвитку когнітивних здібностей. Вона передбачає необхідність підтримки гармонійного розвитку учнів, що включає не тільки академічні досягнення та соціально-емоційний розвиток, а й загальну сформованість психосоціального самопочуття (Chrzanowska, Szumski, 2019, s. 12<sup>398</sup>).

Ми поділяємо погляди Дж. Ебі та Дж. Смутного, що той, хто розпочинає свою діяльність у сфері освіти для обдарованих дітей, зустрінеться з невизначеністю і різними думками, які розходяться. Невизначеність може бути як неприємним досвідом, так і стимулом для творчих, інноваційних дій та проведення досліджень, що зроблять великий внесок у розвиток педагогічної теорії і практики (Czaja-Chudyba, 2013<sup>399</sup>).

Відповідно до законодавства Республіки Польща обдаровані здобувачі освіти входять до групи осіб з особливими освітніми потребами (Dz. U. z 2017 r. poz. 1591<sup>400</sup>), а це означає, що система освіти повинна надати їм адекватну підтримку для ідентифікації потенціалу обдарованої дитини та її розвитку.

---

<sup>398</sup> Chrzanowska, I., Szumski, G. (red. nauk.). (2019). *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole*. Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Seria Naukowa, t. 7, Warszawa. [https://www.frse.org.pl/brepo/panel\\_repo\\_files/2021/02/18/2tdjxg/edukacja-online.pdf/](https://www.frse.org.pl/brepo/panel_repo_files/2021/02/18/2tdjxg/edukacja-online.pdf/)

<sup>399</sup> Czaja-Chudyba, I. (2013). *Rozwijanie zainteresowań, predyspozycji i zdolności najmłodszych uczniów*. file:///C:/Users/User/Downloads/Iwona-Czaja-Chudyba\_Rozwijanie-zainteresowan\_predyspozycji\_zdolnosci.pdf

<sup>400</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r. poz. 1591).

Конституція Республіки Польща гарантує рівний доступ до освіти для людей різних категорій та з різними освітніми потребами (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, 1997<sup>401</sup>). Результатом реформ у системі польської освіти стала розробка нормативно-правових актів для навчання обдарованих учнів. Так, у статті 1 Закону від 7 вересня 1991 р. «Про освіту» зазначено, що система освіти забезпечує підтримку обдарованим учням, що дає можливість індивідуальної реалізації навчальних програм та дострокового випуску з усіх типів шкіл (Dz. U. z 1991 nr 95 poz. 425<sup>402</sup>). Відповідно до Закону було видано розпорядження від 19 грудня 2001 р., у якому акцентується, що розвиток спеціальних здібностей та інтересів учнів повинні здійснюватися шляхом адаптації обсягу, змісту і темпів навчання відповідно до індивідуальних потреб і можливостей окремого здобувача освіти.

Зазначимо, що в Польщі дискусії щодо необхідності впровадження індивідуального навчання виникли ще в 1920-х рр. На труднощі в організації школи з урахуванням індивідуалізації в навчанні вказано в «Підручній педагогічній енциклопедії», де поняття «індивідуалізація навчання» визначено як «новий постулат сучасної дидактики», що впливає з великої різноманітності індивідуальних особливостей здобувачів освіти (Kierski, 1923<sup>403</sup>).

Обдаровані здобувачі освіти в Польщі мають право на індивідуальний курс навчання за одним, декількома або всіма обов'язковими навчальними дисциплінами. Індивідуальний курс навчання дає змогу достроково закінчити навчання. Здобувач освіти протягом шкільного навчального року може виконувати навчальну програму, що охоплює щонайменше два класи, може бути звільненим від обов'язку брати участь у заходах, передбачених освітнім планом для свого класу, відвідувати вибрані навчальні заходи в класі або закладі освіти чи реалізовувати освітню програму самостійно.

Обдарований здобувач освіти має особливі потреби, які слід визнати та враховувати в процесі навчання і виховання. Через

---

<sup>401</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>

<sup>402</sup> Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1991 nr 95 poz. 425).

<sup>403</sup> Kierski. (1923). *Podręczna encyklopedia pedagogiczna*, T.1, Lwów –Warszawa.

особливості освітнього характеру важливою є педагогічна та психологічна допомога такій категорії учнів (Limont, 2012, s. 1-2<sup>404</sup>).

У контексті нашого дослідження вважаємо доцільним проаналізувати підходи польських науковців щодо трактування основних понять у сфері обдарованості та їхні рішення щодо ідентифікації.

Так, у польській науковій літературі термін «можливості» визначають за психологічним та психолого-педагогічним критеріями. Психологічний критерій заснований на перевірці рівня інтелекту та специфічних здібностей і рис характеру особистості. Психолого-педагогічний критерій стосується навчальних досягнень учня.

Виокремлено низку підходів щодо трактування терміна «обдарований здобувач освіти»:

– обдарований здобувач освіти – людина із загальним пізнавальним потенціалом вище середнього, що є основою для розв’язання проблем у конкретних сферах; найпоширенішим показником здібності є коефіцієнт інтелекту  $IQ > 115$  (у випадку інтелекту вище середнього  $IQ > 115$  можна говорити про обдарованого учня, якщо інтелект  $IQ$  вище 130 – надзвичайно обдарованого, що стосується близько 2% населення);

– обдарований здобувач освіти – людина, яка використовує свій загальний когнітивний потенціал у певній галузі, наприклад: у музиці, літературі, інформатиці (звідси музичні, літературні або ІТ-таланти);

– обдарований здобувач освіти – часто як еквівалент терміна «обдарований учень», але його можна уточнити, вказавши на рівень розвитку обдарованості – розвиток талентів, пов’язаних із досягненнями, з вимірними показниками (нагороди, публікації, оригінальні ідеї тощо) (Renzulli, 2003, s. 77<sup>405</sup>).

Здібності – відповідно до компонентів, це результат взаємодії між інтелектом (сприйняття, пам’ять, увага, мислення, уява), креативністю (плавність і оригінальність мислення, відкритість до зміни, когнітивна толерантність до ризику) та мотивацією (інтереси,

---

<sup>404</sup> Limont, W. (2012). *Kształcenie uczniów zdolnych w polskim systemie oświaty – wybrane przykłady*. S. 1–15. [file:///C:/Users/User/Downloads/ksztalzenie\\_uczniow\\_zdolnych\\_w\\_polskim\\_systemie\\_oswiaty\\_wieslawa\\_limont\\_tekst\\_dot\\_wykladu\\_19\\_10\\_2012.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/ksztalzenie_uczniow_zdolnych_w_polskim_systemie_oswiaty_wieslawa_limont_tekst_dot_wykladu_19_10_2012.pdf)

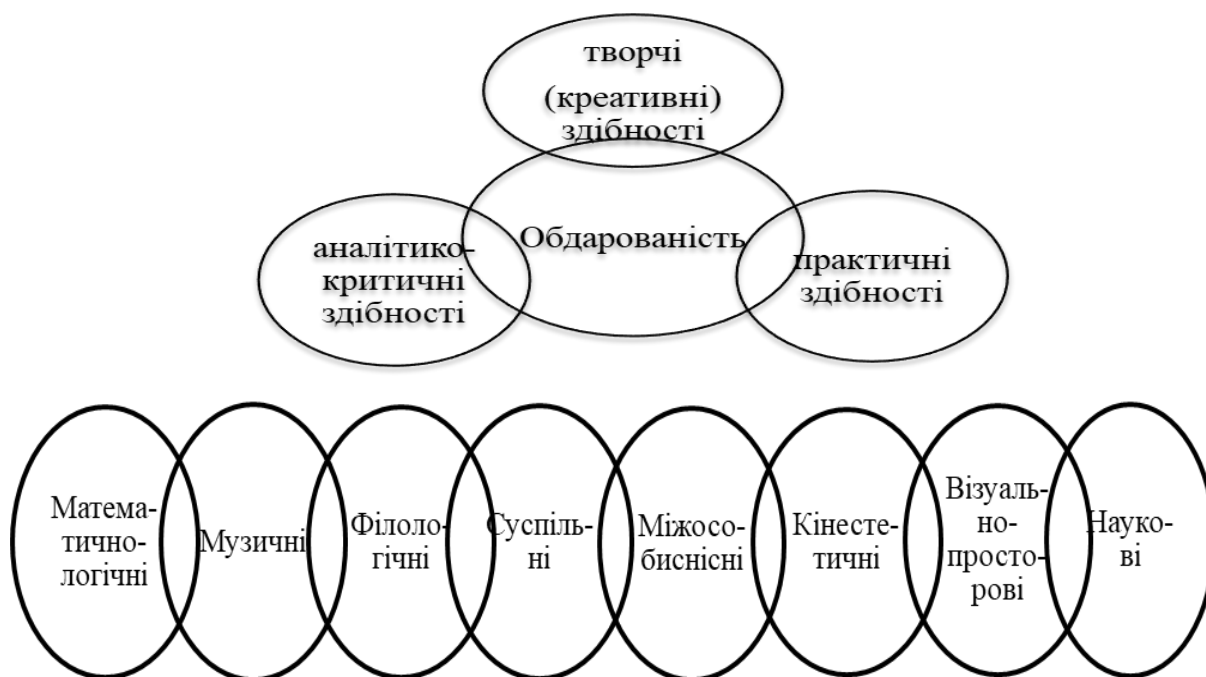
<sup>405</sup> Renzulli, J. (2003). Conception of giftedness and its relationship to the development of social capital, *Handbook of gifted education*, Boston: Pearson Education, p. 75-87.

старанність, толерантність до невдач), а отже, здібності створюються і розвиваються в результаті їхньої взаємодії з трьома компонентами, і необхідно враховувати це припущення як на етапі їхнього виявлення, так і стимулювання, щоб забезпечити основу для компетентної підтримки обдарованих здобувачів освіти (Renzulli, 2003, s. 77<sup>406</sup>).

Здібності – це індивідуальні властивості (придатність, диспозиції) особи, що забезпечують відповідний рівень продуктивності в певній сфері. Вони визначають досягнення особистості, пояснюють неоднакові результати в навчанні та виконанні завдань.

Визначення здібностей (талентів) у певній сфері – основа роботи з наймолодшим школярем (Czaja-Chudyba, 2013<sup>407</sup>).

Відповідно до моделі обдарованості та здібності учнів початкової школи за Р. Штернберг (рис. 2.2) у визначених рисах обдарованої дитини можна виділити:



**Рисунок 2.2. Модель обдарованості та здібності учнів початкової школи за Р. Штернберг (Czaja-Chudyba, 2013<sup>408</sup>).**

<sup>406</sup> Renzulli, J. (2003). Conception of giftedness and its relationship to the development of social capital, *Handbook of gifted education*, Boston: Pearson Education, p. 75-87.

<sup>407</sup> Czaja-Chudyba, I. (2013). Rozwijanie zainteresowań, predyspozycji i zdolności najmłodszych uczniów. file:///C:/Users/User/Downloads/Iwona-Czaja-Chudyba\_Rozwijanie-zainteresowan\_predyspozycji\_zdolnosci.pdf

<sup>408</sup> Czaja-Chudyba, I. (2013). Rozwijanie zainteresowań, predyspozycji i zdolności najmłodszych uczniów. file:///C:/Users/User/Downloads/Iwona-Czaja-Chudyba\_Rozwijanie-zainteresowan\_predyspozycji\_zdolnosci.pdf.

– пізнавальну сферу – знання, допитливість, бажання експериментувати, ставити більше запитань на уроці;

– емоційно-мотиваційну сферу – наполегливість, ентузіазм, сильна внутрішня мотивація, старанність, внутрішня дисципліна;

– соціальну сферу – сильні риси особистості і схильність до домінування, проблеми з адаптацією до навколишнього середовища, стримане ставлення, часто ізольованість у колективі.

Індивідуалізація навчання тісно пов'язана з різноманітністю обдарованих учнів та їхніми освітніми потребами, кожна з яких впливає з рівня розвитку конкретного учня, його потенціалу, можливостей, труднощів та індивідуальних рис. Варто, щоб дитина навчалася відповідно до своїх сил і різними способами, оскільки ні знання, ні розум не можуть бути «усередненими».

Діяльність для індивідуалізації освітнього процесу, а також неодмінна важливість учителя в концепції надання допомоги відповідно до психолого-педагогічних потреб здобувача освіти з особливими освітніми потребами обґрунтовані в Розпорядженні міністра національної освіти від 30 квітня 2013 р. «Про принципи надання та організації психолого-педагогічної допомоги у державних дитячих садках, початкових школах та освітніх установах» (Dz. U. 2013, poz. 532<sup>409</sup>).

Навчання на першому етапі початкової освіти в 1-3 класах має бути плавним переходом від дошкільного виховання до шкільного навчання. Воно є інтегрованим (поєднує зміст індивідуальної освіти так, щоб учні отримали знання та навички, які об'єднуються, а не відокремлюються один від одного), щоб скласти основу знань про реальність, що оточує учнів, про себе, про світ і можливості здобувачів освіти в майбутньому розвивати власні здібності, міркування, уяву, судження, почуття відповідальності та ін. (Rafał-Łuniewska<sup>410</sup>).

---

<sup>409</sup> Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, 2013, Dz. U. 2013, poz. 532.

<sup>410</sup> Rafał-Łuniewska, J. Indywidualizacja nauczania a edukacja wczesnoszkolna. file:///C:/Users/User/Downloads/Indywidualizacja\_nauczania\_a\_edukacja\_wczesnoszkolna\_1.pdf

Інтегрована освіта в 1-3 класах стосується досвіду дитини, набутого в сім'ї та інших середовищах, а також через засоби масової інформації. На першому етапі навчання в школі здобувач освіти готується до виконання завдань у різних сферах суспільного життя. У початковій школі особливо зосереджуються на питаннях, пов'язаних зі спілкуванням з найближчим оточенням, безпекою та здоров'ям, надання дитині можливості для здійснення дій, які дадуть їй змогу повною мірою відчувати своє дитинство. Головною метою інтегрованої освіти є підтримка дитини в її загальному розвитку (фізичному, інтелектуальному, естетичному, емоційному і духовному), щоб вона була готова відповідно до своїх можливостей жити в злагоді з людьми, з природою і з собою.

У початковій школі відбувається пошук та підтримка обдарованості, розвиток здібностей, талантів учня. У дошкільному віці можемо діагностувати лише «симптоми здібностей». На першому етапі початкової освіти (1-3 класи) дитина в школі розкриває таланти, оскільки здібним є кожен, а вчителі повинні підтримувати обдарованість та всебічний розвиток учня. Молодший шкільний вік – фундамент розвитку здібностей дитини, адже згодом розкриваються різноманітні таланти та обдарованості, наприклад художні, творчі, музичні, акторські, лідерські, письмові, математичні чи наукові.

У Республіці Польща підтримка обдарованих здобувачів освіти забезпечується завдяки фінансуванню загальнонаціональних стипендій, проведенню олімпіад, турнірів, змагань, діяльності Шкільного творчого товариства, Національного дитячого фонду, просвітницькій діяльності закладів освіти (Ministerstwo Edukacji o uczniu zdolnym, 1999<sup>411</sup>).

Одним із загальнодержавних є проєкт Центру розвитку освіти «Розроблення та впровадження комплексної системи роботи з обдарованим учнем» (2010-2014 рр.). Основні завдання проєкту передбачали: підготовку інституцій та осіб, задіяних до роботи з обдарованим учнем, для сфері ідентифікації обдарованості, підтримки здібностей такої категорії дітей; упровадження законодавчих змін, стратегії фінансування та методичних програм; розповсюдження

---

<sup>411</sup> Barańska, A. (oprac. zeszyt). (1999). *Ministerstwo Edukacji Narodowej o uczniu zdolnym*. Warszawa: MEN.

інформації про інституції, організації та місця, де учні можуть розвивати власні здібності; збагачення суспільної свідомості у сфері спеціальних потреб обдарованих учнів. У рамках реалізації проекту були опубліковані та розміщені на сайті <https://www.ore.edu.pl/> методичні матеріали та довідники для роботи з цією категорією дітей (Дунець, 2014<sup>412</sup>).

Працюючи з молодшими школярами, учитель повинен орієнтуватися на дитячі (потенційні) таланти. Так, відповідно до триколової концепції обдарованості Й. Рензуллі, здібності в тій чи іншій сфері (задатки, схильності) заслуговують на ранню діагностику та допомогу – забезпечення оптимальних умов для їхнього розвитку.

Обдарований учень початкової школи має специфічні риси у трьох сферах:

1. Здібності (тут розрізняють загальні та специфічні – стосуються певної галузі, наприклад лінгвістичної, математичної, музичної чи мистецтва);

2. Креативність (плинність, гнучкість та оригінальність мислення, відкритість та пізнавальна допитливість та естетичні інтереси);

3. Мотивація (прихильність до завдання) (Wolny, 2014, s. 5<sup>413</sup>).

Інклюзивна освіта спрямована на створення оптимальних умов навчання для всіх учнів. І хоча найбільша увага зосереджена на розробці відповідної підтримки осіб з обмеженими можливостями та іншими труднощами (бар'єрами) розвитку, потреби обдарованих учнів не можна ігнорувати, а в новій моделі інклюзивної освіти слід подбати про їхні потреби.

Сьогодні в польських школах відбувається боротьба з різними видами дискримінації, зокрема й за ознакою обдарованості. До таких викликів, до яких польські науковці відносять, наприклад, ейджизм, сексизм або дорослість, варто додати феномен під назвою «обдарований». Продовжуючи цю думку, можна зробити висновок, що науковці та педагоги-практики повинні зробити сферу інклюзивного навчання обдарованих здобувачів освіти своєрідними «антидарами», це дасть змогу не втрачати талантів. Більше того,

---

<sup>412</sup> Дунець, В. Б. (2014). Інституційна підтримка обдарованих дітей у Польщі. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*, №12 (31). <http://otr.iod.gov.ua/images/pdf/2014/12/16.pdf>

<sup>413</sup> Wolny, B. (2014). Nowoczesne koncepcje wspierania uzdolnień i zdolności uczniów. <file:///C:/Users/User/Downloads/Barbara-Wolny-prezentacja-21-marca-2014-r.pdf>



марна трата таланту – це морально осудно для сучасного суспільства (Chrzanowska, Szumski, 2019, s. 298<sup>414</sup>).

Однак польські науковці визначають не лише здобутки у сфері інклюзивного навчання обдарованих здобувачів освіти, а й указують на невирішені проблеми. Багато дітей цієї категорії не отримують належної допомоги; близько половини з них взагалі не діагностуються як учні, що мають здібності вище середнього. Це призводить до ситуації, у якій школа функціонує не як заклад, де розкривається талант, а іноді навпаки – втрачається, що пов'язано з багатьма причинами. Найпоширеніші з них такі:

– учителі зосереджені на виконанні основного навчального плану, який визначає мінімальний рівень результатів навчання, що не сприяє діяльності, яка виходить за рамки стандартів;

– існування хибного стереотипу про те, що обдаровані здобувачі не потребують особливої підтримки через свій потенціал вище середнього (тобто вони самі можуть учитися / розвиватися, усе одно виконують завдання і отримують результат);

– несприйняття потенціалу учнів через їхні труднощі з поведінкою (тривожність, зарозумілість, вербальна агресія, а іноді й фізична, гіперактивність – симптоми когнітивної фрустрації, нудьга та відчуття нерозуміння в обдарованих учнів трактується як антигромадська діяльність, що не відповідає стереотипу «обдарований і ввічливий»);

– зведення здібностей учнів до обсягу шкільних предметів (учителі шукають математичні, літературні чи художні таланти, а діапазон можливостей обдарованих здобувачів освіти набагато ширший і включає, наприклад, графічні та геометричні навички – як галузі математики чи економіки);

– концентрація уваги лише на пізнавальних потребах обдарованих учнів без урахування інших компонентів психічних станів, що обумовлюють розвиток потенціалу (включаючи творчість, відданість

---

<sup>414</sup> Chrzanowska, I., Szumski, G. (red. nauk.). (2019). *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole*. Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Seria Naukowa, t. 7, Warszawa. [https://www.frse.org.pl/brepo/panel\\_repo\\_files/2021/02/18/2tdjxg/edukacja-online.pdf/](https://www.frse.org.pl/brepo/panel_repo_files/2021/02/18/2tdjxg/edukacja-online.pdf/)

завданням, соціальні відносини) (Chrzanowska, Szumski, 2019, s. 291<sup>415</sup>).

Ми поділяємо погляди польських педагогів, що для розвитку інтересів і здібностей учнів початкової школи необхідно врахувати такі фактори:

– обдаровані діти відрізняються один від одного, вони мають різні здібності і таланти;

– початкова освіта має зосередитися на виявленні унікального та найкращого в кожній дитині, однак комплексна діагностика проводиться лише в ситуації освітніх труднощів або невдач у навчанні;

– обдарованих дітей не можна об'єктивно оцінити в їхній оригінальності, креативності та неординарності (Czaja-Chudyba, 2013<sup>416</sup>).

Водночас у польському суспільстві існують і критичні погляди, наприклад, що підтримка обдарованих школярів не є гарантією того, що їхні таланти дійсно розвиваються. Такі висновки були зроблені на підставі аудиту Вищої контрольної служби (далі НІК), проведеного в кількох школах Нижньосілезького воєводства та установах, що контролюють програми підтримки обдарованих учнів (перевірка проводилася з вересня 2013 р. по січень 2015 р. у дев'яти закладах освіти (семи державних та недержавних початкових школах та молодших школах, Раді Освіти у м. Вроцлав та Нижньосілезькому воєводстві)) (Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów? 2016<sup>417</sup>).

У звіті, зокрема, наголошено, що в польському законодавстві ще не визначені поняття обдарованості та особливої обдарованості. За даними НІК, у школах виникають проблеми з відбором обдарованих учнів. «Тільки в половині шкіл, які перевірялися, розроблено та формалізовано системи відбору відмінників та обдарованих учнів.

---

<sup>415</sup> Chrzanowska, I., Szumski, G. (red. nauk.). (2019). *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole*. Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Seria Naukowa, t. 7, Warszawa. [https://www.frse.org.pl/brepo/panel\\_repo\\_files/2021/02/18/2tdjxg/edukacja-online.pdf/](https://www.frse.org.pl/brepo/panel_repo_files/2021/02/18/2tdjxg/edukacja-online.pdf/)

<sup>416</sup> Czaja-Chudyba, I. (2013). *Rozwijanie zainteresowań, predyspozycji i zdolności najmłodszych uczniów*. file:///C:/Users/User/Downloads/Iwona-Czaja-Chudyba\_Rozwijanie-zainteresowan\_predyspozycji\_zdolnosci.pdf

<sup>417</sup> Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów? *Edunewpl.* 03-11-2016. <https://www.edunews.pl/system-edukacji/szkoly/3650-polskie-szkoly-nie-rozwijaja-uzdolnionych-uczniow>

Однак найбільш часто використовуваними критеріями відбору обдарованих були успіхи учнів у школі та в спорті. Водночас, на думку НІК, аналіз загальних результатів освіти не є найкращим і об'єктивним способом віднесення певної людини до групи обдарованих» (*Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów?* 2016<sup>418</sup>).

За результатами аудиту в польських школах не запроваджені інструменти з діагностики та підтримки талантів учнів, які були розроблені в результаті співпраці Міністра національної освіти та Центру розвитку освіти.

У звіті зазначено, що в школах була проблема з фактичною підтримкою розвитку найталановитіших учнів. «У жодній із перевірених шкіл, наприклад, не використовувалася можливість організації спеціальних класів для розвитку талантів учнів». Також було зазначено, що численні позакласні заходи, що проводяться в школах, слугують, серед іншого, для підготовки учнів до участі в олімпіадах. «Через недоступність для широкого загалу таких заходів їх не можна вважати формою підтримки обдарованих учнів. Наприклад, у жодній школі не було організовано наукового табору» (*Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów?* 2016<sup>419</sup>).

Аудитори вказують на те, що в школах лише зрідка надають підтримку обдарованим учням у вигляді індивідуальних навчальних програм, які дозволяють їм поглибити та розширити свої знання у сфері, у якій вони виявили особливі здібності. «У всіх школах, які мали аудиторську перевірку за індивідуальною програмою навчання (у 2013-2015 рр.), було охоплено лише чотири здобувача освіти з понад двох тисяч учнів. З іншого боку, індивідуальний курс навчання, що дає змогу обдарованим учням швидше проходити окремі етапи навчання, не був використаний жодним здобувачем освіти» (*Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów?* 2016<sup>420</sup>).

---

<sup>418</sup> *Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów?* *Edunewpl.* 03-11-2016. <https://www.edunews.pl/system-edukacji/szkoly/3650-polskie-szkoly-nie-rozwijaja-uzdolnionych-uczniow>

<sup>419</sup> *Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów?* *Edunewpl.* 03-11-2016. <https://www.edunews.pl/system-edukacji/szkoly/3650-polskie-szkoly-nie-rozwijaja-uzdolnionych-uczniow>

<sup>420</sup> *Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów?* *Edunewpl.* 03-11-2016. <https://www.edunews.pl/system-edukacji/szkoly/3650-polskie-szkoly-nie-rozwijaja-uzdolnionych-uczniow>

Хоча аудит НІК охопив невелику кількість шкіл, можна припустити, що такий елемент системи освіти, як підтримка обдарованих учнів у Польщі, потребує вдосконалення (*Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów?* 2016<sup>421</sup>).

Результати дослідження інклюзивного навчання обдарованих здобувачів освіти в початкових школах Республіки Польща засвідчили велику кількість напрацювань науковців та педагогів-практиків у цій сфері. Вивчивши досвід інклюзивного навчання такої категорії учнів в початкових школах Республіки Польща, можемо констатувати, що навчання в початковій школі, включаючи заходи для обдарованих дітей, – це спроба пошуку рішень, які дадуть змогу реалізувати ідею рівних прав, що ґрунтуються на індивідуальності, повазі до потреб кожної особистості та підтримці талантів.

Досягнення польського інклюзивного навчання обдарованих здобувачів освіти полягають у: наявності індивідуального курсу навчання за декількома чи всіма навчальними дисциплінами, що дає змогу достроково реалізувати освітню програму; педагогічній та психологічній допомозі обдарованим школярам; підтримці дитини в її загальному розвитку, а також сприянні обдарованості; забезпеченні загальнонаціональних стипендій та фінансуванні заходів для підтримки і мотивування обдарованих здобувачів освіти тощо. Водночас польські науковці вказують і на невирішені проблеми в цій сфері. Серед них: орієнтація на виконання основного навчального плану, несприйняття потенціалу учнів через їхні труднощі з поведінкою тощо.

Перспективи подальших розвідок убачаємо у вивченні можливостей запровадження польського досвіду інклюзивного навчання обдарованих здобувачів освіти у вітчизняну систему початкової освіти та підготовки майбутніх учителів початкових класів до такої діяльності.

---

<sup>421</sup> *Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów?* *Edunewpl.* 03-11-2016. <https://www.edunews.pl/system-edukacji/szkoly/3650-polskie-szkoly-nie-rozwijaja-uzdolnionych-uczniow>

## Список використаних джерел до другого розділу

1. Абизов, Р.А. (2001). Онкоотоларингологія: лекції: навч. посіб. для лікарів-інтернів і курсантів вищ, мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації. К.: Книга плюс. 267 с.
2. Алмазова, Е.С. (1973). Логопедична робота з відновлення голосу у дітей. М.: Просвіта. 151 с.
3. Байкіна, Н.Г., Крет, Я. В. (2010). Засвоєння навчальної програми учнями з порушенням спектру аутизму. *Вісник Запорізького національного університету*, 2(13), 17-26.
4. Белопольская, Н. Л. (2004). Детская патопсихология: хрестоматия. М.: Когито-центр. 351 с.
5. Бойчук, Ю., Бородіна, О., Микитюк, О. (2015). Інклюзивна компетентність майбутнього вчителя основ здоров'я: монографія. Харків: ХНПУ ім. Г.С. Сковороди. 117 с.
6. Брюховецька, О. (2013). Розвиток готовності майбутніх психологів до використання нетрадиційних форм навчання в процесі особистісно орієнтованої підготовки в системі ППО. *Післядипломна освіта в Україні* / Гол. ред. Семиченко В. Київ: ЦППО, (2). 43-47.
7. Буева, Л. (1968). Социальная среда и личность: дисс. доктора психол. наук. М., 250 с.
8. Вансовська, Л.І. (2000). Усунення порушень мовлення при вроджених незрощеннях піднебіння. СПб.: Гіппократ. 132 с.
9. Веклюк, Л. (2015). Методика організації дозвілля різних вікових груп населення: методичні рекомендації. Ужгород, 24 с.
10. Вишняк, А. (1988). Культура молодежного досуга. Київ., 53 с.
11. Войтко, В. І. (1982). Психологічний словник. Київ: Вища школа. 218 с.
12. Воловик, А., Воловик, В. (1999). Педагогіка дозвілля: підручник. Харків: ХДАК. 332 с.
13. ВООЗ (2007). *Міжнародний класифікатор хвороб (МКХ-10)*. Режим доступу (вересень, 22, 2021): <https://icd.who.int/browse10/2010/en>

14. Воронцова, Т.Н. Принципи, методи и система досліджень осіб, які страждають ринолалією на фоні вроджених незрощень губи і піднебіння: Міжвуз. п. наук., 18-30.

15. Галах, Т.В. (2016). Діагностика і корекція дітей з Раннім Дитячим Аутизмом. Нетішин, 49 с.

16. Гончаренко, С. (1997). Український педагогічний словник. Київ: Либідь. 376 с.

17. Горішна, Н.М. (2020, квітень, 9-10). *Організація інклюзивного навчання дітей з розладами аутичного спектру*. [Тези/матеріали конференції]. Розвиток професійної майстерності педагога в умовах нової соціокультурної реальності: збірник матеріалів III Міжнародної науково-практичної конференції, Тернопіль, Україна. Тернопіль: СМП «Тайп». 450 с.

18. Дідик, Н.М. (2019). Етіологія виникнення розладів аутистичного спектру. *Людина віртуальна: нові горизонти: зб. наукових праць*. Монреаль: СРМ «ASF». 166 с.

19. Дмитрієв, Л.Б. (2000). Основи вокальної методики. М. Музика, 368 с.

20. Дмитрієв, Л.Б., Телеляєва, С.Л., Єрмакова, І.І. (1990). Фоніатрія і фонопедія. М.: Медицина. 272 с.

21. Дубиніна, Є.А. (1999). Методики до – та післяопераційного логопедичного навчання дітей із вродженими незрощеннями піднебіння. *Дефектологія*, №2.

22. Дубов, М.Д. (1960). Вроджені незрощення піднебіння. М., 35-46.

23. Дунець, В.Б. (2014). Інституційна підтримка обдарованих дітей у Польщі. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*, №12 (31). <http://otr.ioid.gov.ua/images/pdf/2014/12/16.pdf>

24. Єрмакова, І.І. (1984). Корекція мовлення при ринолалії у дітей і підлітків: кн. для логопеда / Під ред. С. Л. Тантапової. М.: Просвіта, 143 с.

25. Іпполітова, А.Г. (1983). Відкрита ринолалія. М.: Просвіта, 93 с.

26. Капська, А.Й. (2001). Соціальна робота: деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю: навчально-методичний посібник. Київ: УДЦССМ. 219 с.

27. Киселева, Т. (1992). Теория досуга за рубежом: лекции по курсу «Культурно-досуговая деятельность». Москва: МГУК. 50 с.
28. Колупаєва, А.А. (2009). Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія. Київ: «Самміт-Книга». 272 с.
29. Колупаєва, А.А. (2016). Інклюзивна освіта: від основ до практики: монографія. Київ: ТОВ «АТОПОЛ». 152 с.
30. Колупаєва, А.А., & Савчук, Л.О. (2011). Діти з особливими освітніми потребами та організація їх навчання. К.: Видавнича група «Атопол», 274 с.
31. Конопляста, С.Ю. (2001). Вроджені щілини піднебіння та їх вплив на психофізичний розвиток дитини. *Педагогіка та методики спеціальні: зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова*. К.: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова. Вип. 1, 193 с.
32. Концепція розвитку інклюзивної освіти / Наказ МОН від 01.10.2010 р. №912.
33. Кремень, В. (2008). Енциклопедія освіти / акад. пед. наук України. Київ: Юрінком Інтер, 1040 с.
34. Кулик, В.Г. (2013). Аутичні діти: які вони? *Дефектолог*. №8. С. 4-6.
35. Кучерявий, О. (2014). Педагогіка: особистісно-розвивальні аспекти: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: Слово. 94 с.
36. Марценковський, І.А. (Ред). (2014). Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей. Киев: НейроNews. 280 с.
37. Марценковський, І.А. (2007). Базові принципи надання медичної допомоги дітям з розладами загального розвитку – розладами зі спектра аутизму. *Нейро-News: психоневрологія і нейропсихіатрія*. Вип. 2.
38. Марценковський, І.А. (2007). Дитячий аутизм: особливі діти з особливими потребами. *Здоров'я України. Педіатрія. Психіатрія*. 18/1.
39. МОЗ України. *5 міфів про аутизм*. Режим доступу (вересень, 20, 2021): <https://moz.gov.ua/article/health/5-mifiv-pro-autizm> (дата звернення: 17.03.2020).

40. МОН України. Статистичні дані. Режим доступу (жовтень, 12, 2021): <https://mon.gov.ua/storage/app/media/inkluzyvne-navchannya/statistika-inklyuziya.pdf>.

41. Мосалев, Б. (1995). Досуг: методология и методика социологических исследований. Москва: МГУК. 94 с.

42. Наказ МОЗ України від 15.06.2015 №341. Уніфікований клінічний протокол, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Розлади аутичного спектру (розлади загального розвитку):. URL: [https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2015\\_341\\_autism/2015\\_341\\_YKPMID\\_autism.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2015_341_autism/2015_341_YKPMID_autism.pdf) (дата звернення : 21.10.2019).

43. Никольская, О.С., Баенская, Е.Р., & Либлинг, М.М. (2012). *Аутичный ребенок: пути помощи*. М.: Теревинф. 342 с.

44. Олексієнко, Л., Кобза, О. (2002). Сучасний тлумачний словник української мови. К.: «Кобза». 544 с.

45. Олексюк, В.Р. (2019). Моделі психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами спектру аутизму. *Науковий вісник Мукачівського державного університету. Сер. Педагогіка та психологія*. Мукачево. Вип. 2 (2). С. 97-100.

46. Олійник, Г. (2015). Підготовка майбутніх соціальних педагогів до організації освітньо-дозвілєвої діяльності учнів 5-7 класів: дис. ... канд. пед.наук: 13.00.05 / Національний пед. ун-т. ім. М. П. Драгоманова, Київ, 273 с.

47. Островська, К. О. (2006). Аутизм: проблеми психологічної допомоги : навчальний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка. 110 с.

48. Островська, К.О. (2012). Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом: монографія. Львів: Тріада плюс. 520 с.

49. Островська, К. О. (2013). Диференційна діагностика дітей з аутизмом: психологічний аспект. *Вісник Львівського університету. Серія: Філософські науки*, (16), 221-231.

50. Островська, К.О. & Островський, І.П. (2015). Основи психолого-педагогічної та медичної діагностики дітей із спектром



аутистичних порушень: навчальний посібник. Львів: Тріада плюс. 228 с.

51. Островська, К.О., & Качмарик, Х.В. (2001). Комплекс психодіагностичних методик для визначення ступеня аутизму та рівня розвитку дітей зі спектром аутистичних порушень, Сертифікат: СЕ №2640157 від 14.01.2001.

52. П'ятакова, Т. (2012). Розвиток інклюзивної компетентності вчителя: швейцарський досвід. *Порівняльно-педагогічні студії*. №1 (11), С. 93-98.

53. Павелків, Р. (2011). Вікова психологія: підручник. Київ: Кондор, 469 с.

54. Пасєвіна, О.А. (2013). Можливості інклюзивного навчання дітей з розладами аутистичного спектру. *Молодий вчений*. 2 (02), 99-104.

55. Паскаль, О.(2007). Соціальна робота у сфері дозвілля: навч. посібник. Одеса: Поліграф. 120 с.

56. Пахомова, Н.Г., & Кононова, М.М. (2015). Спеціальна психологія: навчальний посібник. Полтава: АСМІ. 357 с.

57. Піча, В. (1990). Культура дозвілля. Київ. 238 с.

58. Прядко, Л.О. (2016). Навчання та виховання дітей розладами аутичного спектру. Методичний посібник. Суми: НВВ СОППО. 60 с.

59. Рассказова, О.І. (2012). Розвиток соціальності учнів в умовах інклюзивної освіти: теорія та технологія: монографія. Харків: ФОП Шейніна О. В. 465 с.

60. Рибченко, Л.К. (2015). Інклюзивне навчання дітей з аутизмом в загальноосвітній системі навчання. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. Вип. V, 261-270.

61. Романчук, О. (2009). Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях. Львів: Колесо, 30-37.

62. Савчин, М.В. (2005). Вікова психологія : навчальний посібник. Київ: Академвидав. 360 с.

63. Скрипник, Т. (2011). Дослідження батьківських концепцій аутизму. *Дефектологія*, 4, 10-13.

64. Скрипник, Т.В. (2010). Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Фенікс. 320 с.

65. Скрипник, Т.В. (2013). Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра. К.: Гнозіс, 60 с.
66. Скрипник, Т.В. (2014). Умови реалізації особливих освітніх потреб дітей з аутизмом. *Український психолого-педагогічний науковий*, 1, 110-114.
67. Соловей, Т., Чайковський, М. (2013). Змістовні компоненти професійної компетентності соціального працівника інклюзивного закладу освіти. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький, №1 (7), С. 220-224.
68. Соломатіна, Г.М. (2005). Разбірливість мовлення дітей с вродженими незрощеннями губи і піднебіння. *Дефектологія*, №3, 32-38.
69. Стрельцов, Ю. (2002). *Культурологія досуга*. М.: МГУК, 183 с.
70. Суртаев, В. (1997). *Соціально-педагогічні особливості молодіжного досуга: учебное пособие*. Ростов-на-Дону, 200 с.
71. Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. URL: <http://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/PDF/ClinicLectkidPsy.pdf> (дата звернення : 04.02.2022).
72. Сухіна, І.В., Скрипник, Т.В., & Риндер, І.Д. (2017). Психологічна модель раннього втручання для дітей з аутизмом. Київ-Чернівці: «Букрек», 192 с.
73. Тарасун, В. В., & Хворова, Г. М. (2004). Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: навч. посіб. для вищ. навч. закл. за наук. Київ: Наук, світ. 100 с.
74. Товкес, Ю.В. (2018). Формування і розвиток мовлення у дітей з аутизмом. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 35, 162-167.
75. Ульянова, Р. К. (1999). Проблемы коррекционной работы с аутичными детьми. *Педагогический поиск*, (9), 11-29.
76. Філімонов, С (2012). Особливості організації дозвілля дітей з обмеженими можливостями здоров'я в умовах санаторно-курортного комплексу. *Збірник наукових праць. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. №9 (11). С. 181-192.

77. Хамаде, А. (2020, квітень, 23-24). *Фізичний розвиток дітей з розладами аутичного спектру*. [Тези/матеріали конференції]. Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали XII Міжнар. наук.-практ. конф. Львів, Україна. 217-220.

78. Харьков, Л.В. (1992). *Хірургічне лікування вроджених незрощень піднебіння*. К.: Здоров'я, 200 с.

79. Харьков, Л.В., Носко С.А. (1998). *Методика оцінки психічного розвитку дітей з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння*. *Вісн. стоматології*, 2, 69-73.

80. Харьков, Л.В., Яковенко, Л.М. (1998). *Ефективність логопедичного навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння*. *Дефектологія*, №4.

81. Харьков, Л. В., Яковенко, Л.М. (1997). *Фактори ризику при оцінці загального і місцевого статусу дітей з вродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння перед уранопластикою*. *Стоматологія*. Т.76, №6, 47-49.

82. Харьков, Л.В., Яковенко, Л.М. (2000). *Проблеми годування дітей з вродженими незрошеннями губи та піднебіння*. *Новини стоматології*, №3, 8-11.

83. Хафизулина, И. (2008). *Формирование инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13 00 08 «Теория и методика профессионального образования»*. Астрахань. 21 с.

84. Хворова, Г.М. (2010). *Комплексна психолого-педагогічна технологія корекції розвитку активності дитини з аутизмом: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.03*. К. 22 с.

85. Храпылина, Л. (1996). *Основы реабилитации инвалидов*. Москва: Интавр, 146 с.

86. Чайковський, М.Є. (2015). *Інтеграція та інклюзія молоді з особливими потребами: соціально-педагогічна складова*. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету Україна*, (10), 69-73.

87. Чиркіна, Г.В. (1969). *Діти з порушеннями артикуляційного апарату*. М.: Педагогіка. 19 с.

88. Чуприков, А.П., & Хворова, Г.М. (2012). Розлади спектру аутизму: медична та психолого-педагогічна допомога. Львів: Мс. 184 с.
89. Шевців, З.М. (2016). Основи інклюзивної педагогіки: підручник. Київ: «Центр учбової літератури», 71.
90. Шевцов, А.Г. (2009). Освітні основи реабілітології: монографія. К.: «МП Леся». 484 с.
91. Шеремет, М.К. (2001). Сучасні підходи до подолання порушення звуковимови. *Педагогіка та методика спеціальні. Зб. наук. ст. НПУ ім. М.П. Драгоманова*. К., Вип.1.
92. Шеремет, М. К., (2013). Логопедія. Підручник, третє видання, перероблене та доповнене / За ред. М.К. Шеремет. К.: Видавничий Дім «Слово». 672 с.
93. Шульженко, Д.І. (2010). Психологічні основи корекційного виховання дітей з аутистичними порушеннями: дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.08. Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова. Київ, 2010. 480 с.
94. Ягупов, В. (2002). Педагогіка: навч. посібник. К.: Либідь, 294 с.
95. Яременко, В., Сліпушко, О. (2003). Новий тлумачний словник української мови: у 3 т. К.: «Аконіт», Т. 1. 874 с.
96. Яременко, Н. (2007). Дозвіллезнавство: навчальний посібник. Фастів: «Поліфаст». 460
97. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
98. Anderson, K. M. (2007). Tips for teaching: Differentiating instruction to include all students. *Preventing School Failure*, 51(3), 49–54.
99. Asperger, H. (1944). Die Autistis chen Psychopathenim Kindesalter. *Archivfür Psychiatrieund Nervenkrankheiten*. №117 (1). P. 76-136.
100. Barańska, A. (oprac. zeszyt). (1999). *Ministerstwo Edukacji Narodowej o uczniu zdolnym*. Warszawa: MEN.
101. Bryan, L. C., & Gast, D. L. (2000). Teaching on-task and on-schedule behaviors to high-functioning children with autism via picture

activity schedules. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(6), 553–567.

102. Chrzanowska, I., Szumski, G. (red. nauk.). (2019). *Edukacja włączająca w przedszkolu i szkole*. Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, Seria Naukowa, t. 7, Warszawa. [https://www.frse.org.pl/brepo/panel\\_repo\\_files/2021/02/18/2tdjxg/edukacja-online.pdf](https://www.frse.org.pl/brepo/panel_repo_files/2021/02/18/2tdjxg/edukacja-online.pdf)

103. Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. *Comprehensive psychiatry*, 90, 21-29.

104. Czaja-Chudyba, I. (2013). Rozwijanie zainteresowań, predyspozycji i zdolności najmłodszych uczniów. [file:///C:/Users/User/Downloads/Iwona-Czaja-Chudyba\\_Rozwijanie-zainteresowan\\_predyspozycji\\_zdolnosci.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Iwona-Czaja-Chudyba_Rozwijanie-zainteresowan_predyspozycji_zdolnosci.pdf).

105. Czochońska, J., (red.) *Neurologia dziecięca*, Gdańsk, 2007.

106. Daniluk, B., Borkowska, A., Kaliszewska, A., 2013, Wybrane aspekty poznania społecznego u pacjenta z pełną agenezją ciała modzelowatego (ACC) i zespołem Arnolda-Chiari – studium przypadku, «*Psychiatria Polska*», t. XLVII, numer 3, s.519-530.

107. Fitzgerald, M. (2018). The history of autism in the first half century of the 20th century: new and revised. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 1(2), 70-77.

108. Frost, L. A., & Bondy, A. S. (1985). PECS – The picture exchange communication system. Newark, DE: Pyramid Educational Consultants.

109. Fryxell, D., & Kennedy, C. H. (1995). Placement along the continuum of services and its impact on students' social relationships. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps*, 20, 259–269.

110. Gałkowski, T., Jastrzębowska G. (red.), Wydawnictwo UO, Opole 2003, s. 120-142.

111. Grabias, S., *Mowa i jej zaburzenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej: «*Audiofonologia*», Lublin, 1997, t. 10, s. 11-18.

112. Grabias, S., *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywa badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego* [w:]

Logopedia. Teoria zaburzeń mowy. Grabias S., Kurkowski M. (red.)  
Wydawnictwo UMCS, Lublin, 2012, s. 15-71.

113. Graham, L. J., & Spandagou, I. (2011). From vision to reality: Views of primary school principals on inclusive education in New South Wales, Australia. *Disability & Society*, 26(2), 223-237.

114. Gray, C. (2003). Updated guidelines and criteria for writing social stories. Arlington, MI: Future Horizons.

115. Green, D., Charman, T., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T. O. M., Simonoff, E., & Baird, G. (2009). Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(4), 311-316.

116. Green, G. (2001). Behavior analytic instruction for learners with autism: Advances in stimulus-control technology. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 16(2), 72–85.

117. Harrower, J. K., & Dunlap, G. (2001). Including children with autism in general education classrooms: A review of effective strategies. *Behavior modification*, 25(5), 762-784.

118. Hunt, P., Farron-Davis, F., Beckstead, S., Curtis, D., & Goetz, L. (1994). Evaluating the effects of placement of students with severe disabilities in general education versus special classes. *Journal of the Association for Persons With Severe Handicaps*, 20, 259–269.

119. Hurth, J., Shaw, E., Izeman, S. G., Whaley, K., & Rogers, S. J. (1999). Areas of agreement about effective practices among programs serving young children with autism spectrum disorders. *Infants and Young Children*, 12(2), 17–26.

120. Jansen, C., Gabriel Leonard, Alexandre, C. Bastos, Josee, E. Esposito-Festen, Donatella Tampieri, Kate Watkins, Frederick Andermann, Eva Andermann., funkcjonowanie poznawcze u pacjentów z obustronną drobnzakrętnością okołosylwialną ( BPP): korelacje kliniczne i radiologiczne, *Epileptologia* 2005, t. 13, s. 103-121.

121. Joseph, R. M., Tager-Flusberg, H., & Lord, C. (2002). Cognitive profiles and social-communicative functioning in children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 807-821.

122. Józwiak, S., Dziecko z padaczką w szkole i przedszkolu. Informacje dla pedagogów i opiekunów, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-pedagogicznej, Warszawa, 2009.

123. Kierski. (1923). *Podręczna encyklopedia pedagogiczna*, T. 1, Lwów – Warszawa.

124. Kluth, P. (2003). *You're going to love this kid*. Baltimore: Paul H. Brookes.

125. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>.

126. Lazurus, B. D. (1996). Flexible skeletons: Guided notes for adolescents. *Teaching Exceptional Children*, 28, 36–40.

127. Limont, W. (2012), Kształcenie uczniów zdolnych w polskim systemie oświaty – wybrane przykłady. S. 1-15.

128. Marks, S. U., Shaw-Hegwer, J., Schrader, C., Longaker, T., Peters, I., Powers, F., et al. (2003). Instructional management tips for teachers of students with autism spectrum disorder (ASD). *Teaching Exceptional Children*, 35(4), 50–54.

129. McCoy, S., & Banks, J. (2012). Simply academic? Why children with special educational needs don't like school. *European Journal of Special Needs Education*, 27(1), 81-97.

130. McLaughlin, M. J., & Jordan, A. (2005). Push and pull: Forces that are shaping inclusion in the United States and Canada. *Contextualizing inclusive education: Evaluating old and new international perspectives*, 89-113.

131. Meijer, C., Soriano, V., & Watkins, A. (2003). Special needs education in Europe. *European Agency for Development in Special Needs Education, in collaboration with Eurydice*.

132. Mercer, C. D., & Mercer, A. R. (2004). *Teaching students with learning problems* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

133. Michalik, M., Nowa Logopedia a biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy, [w:] M. Michalik (red.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, t. 2, Krakow: Collegium Columbinum, 2011, s. 28-35.

134. Michałowicz, M., *Mózgowe porażenie dziecięce*, Warszawa, 1986.

135. Mirecka, U., Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyzartrii. *Logopedia*, 2008, s. 235-242.

136. Odowska-Szlachcic, B., Znaczenie procesów Integracji Sensorycznej w kształtowaniu i rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, «Integracja Sensoryczna», 2007, nr 3, s. 10-21.

137. Polskie szkoły nie rozwijają uzdolnionych uczniów? *Edunewpl.* 03-11-2016. <https://www.edunews.pl/system-edukacji/szkoly/3650-polskie-szkoly-nie-rozwijaja-uzdolnionych-uczniow>

138. Rafał-Łuniewska, J. Indywidualizacja nauczania a edukacja wczesnoszkolna file:

139. Renzulli, J. (2003). Conception of giftedness and its relationship to the development of social capital, *Handbook of gifted education*, Boston: Pearson Education, p. 75-87.

140. Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 kwietnia 2013 r. w sprawie zasad udzielania i organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach, 2013, Dz. U. 2013, poz. 532.

141. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r. poz. 1591).

142. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach (Dz. U. z 2017 r. poz. 1591).

143. Scheuermann, B., & Webber, J. (2002). *Autism: Teaching does make a difference*. Belmont, CA: Wadsworth.

144. Scior, K., & Werner, S. (2015). Changing attitudes to learning disability. *Posjećeno*, 20(2019), 2016-08.

145. Simpson, R. L., de Boer-Ott, S. R., & Smith-Myles, B. (2003). Inclusion of learners with autism spectrum disorders in general education settings. *Topics in Language Disorders*, 23(2), 116–133.

146. Skibska, J., Larysz, D., (red.nauk.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka.*, Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała, 2012.



147. Stecko, E., *Neurologiczne studia przypadków Tom III*, Wydawnictwo ES, Warszawa, 2014.
148. Stecko, E., *Neurologiczne studia przypadków Tom II*, Wydawnictwo ES, Warszawa, 2015.
149. Stecko, E., *Neurologiczne studia przypadków Tom IV*, Wydawnictwo ES, Warszawa, 2017.
150. Stecko, E., *Sprawdz, jak mówię. Karta badania logopedycznego z materiałami pomocniczymi*, Wydawnictwo ES, Warszawa, 2009.
151. Styczek, I., *Logopedia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1980.
152. Stewart, J. (2018). The Metamorphosis of Autism: A History of Child Development in Britain by Bonnie Evans. *The Journal of the History of Childhood and Youth*, 11(2), 271-272.
153. Torres, C., Farley, C. A., & Cook, B. G. (2012). A special educator's guide to successfully implementing evidence-based practices. *Teaching exceptional children*, 45(1), 64-73.
154. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1991 nr 95 poz. 425).
155. Webber, J., Simson, R. L., & Bentley, J. (2000). Parents and families of children with autism. In M. J. Fine & R. L. Simpson (Eds.), *Collaboration with parents and families of children with exceptionalities* (pp. 303–324). Austin, TX: PRO-ED.
156. Wiggins, G., & McTighe, J. (1998). *Understanding by design*. Alexandria, VA: ASCD.
157. Williams, S. K., Johnson, C., & Sukhodolsky, D. G. (2005). The role of the school psychologist in the inclusive education of school age children with autism spectrum disorders. *Journal of School Psychology*, 43(2), 117–136.
158. Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 9(1), 11-29.
159. Wolny, B. (2014). *Nowoczesne koncepcje wspierania uzdolnień i zdolności uczniów*. file:///C:/Users/User/Downloads/Barbara-Wolny-prezentacja-21-marca-2014-r.pdf

## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

***Біницька Катерина Миколаївна*** – доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри педагогіки Хмельницька гуманітарно-педагогічна академія, м. Хмельницький, Україна.

***Главацька Ольга Леонідівна*** – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.

***Горішна Надія Мирославівна*** – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка.

***Гуменюк Ольга Сергіївна*** – асистент кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль, Україна.

***Кравченко Оксана Олексіївна*** – доктор педагогічних наук, професор, декан факультету соціальної та психологічної освіти Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини, м. Умань, Україна.

***Лещук Галина Василівна*** – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри соціальної роботи та менеджменту соціокультурної діяльності Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль, Україна.

***Мешко Галина Михайлівна*** – доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри педагогіки та менеджменту освіти Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль, Україна.

***Мешко Олександр Іванович*** – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль, Україна

**Олійник Галина Михайлівна** – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри соціальної роботи та менеджменту соціокультурної діяльності, Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль, Україна.

**Романишин Наталія Станіславівна** – асистент кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль, Україна.

**Слозанська Ганна Іванівна** – доктор педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль, Україна.

**Фіголь Наталія Анатоліївна** – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри педагогіки і психології Кременецької обласної гуманітарно-педагогічної академії імені Тараса Шевченка, м. Тернопіль, Україна.

**Янкович Олександра Іванівна** – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки і методики початкової та дошкільної освіти Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка, м. Тернопіль, Україна; завідувач кафедри ранньої освіти, спеціальної педагогіки та ресоціалізації Куявсько-Поморської вищої школи, м. Бидгощ, Польща.

\*\*\*

Світ дитинства – цікавий, казковий.  
Повен вражень приємних та гри.  
Та не кожен в цім світі здоровий.  
З інвалідністю діти скрізь є.

Їм потрібна турбота, увага  
З боку школи, суспільства, сім'ї.  
Має право отримати блага  
Й бути корисним кожен в житті.

Є у кожного свої таланти,  
Певні успіхи, гарні знання.  
Хтось хорошим стає музикантом.  
В інших сходяться в риму слова.

Особливі освітні потреби  
Є в мільйонів на світі дітей.  
Їм для зросту та розвитку треба  
Значно більше любові людей.

У них теж, як і всіх дітей земних,  
Свої плани і задуми є.  
Вражень прагнуть вони позитивних,  
Які їм інклюзія дає.

Інклюзія – це участь, присутність  
І досягнення учнів усіх.  
Саме дітям належить майбутнє.  
Хай об'єднує радість їх, сміх.

Навчання інклюзивне на меті  
Має умови рівні всім створити.  
Всі діти мають право на Землі  
Рости! Могти! Надіятись і жити!

Треба бачити в кожній дитині  
Лиш можливості, творчий ресурс.  
Педагоги з батьками повинні  
На з'єднання зусиль взяти курс.

Тільки так можна щось досягнути.  
Це в майбутнє щасливий білет.  
Інклюзії, говоримо, – бути!  
Інклюзія – наш пріоритет!

З. Й. Ірик

Всі матеріали подані в авторській редакції

*Наукове видання*

# **«ІНКЛЮЗІЯ В ДІЇ: СТРАТЕГІЇ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ»**

*Колективна монографія*

Підписано до друку 23. 05. 2022.  
Формат 60x 84/16. Гарнітура Times New Roman.  
Папір офсетний 70 г/м<sup>2</sup>. Друк електрографічний.  
Умов.-друк. арк. 18,95. Обл.-вид. арк. 16,7  
Тираж 300 примірників. Замовлення № 05/22/6.

**Видавець та виготувач:**

ФОП Осадца Ю.В  
м. Тернопіль, вул. 15 Квітня, 2Д/10  
тел. (097) 988-53-23

*Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного  
реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції  
серія ТР № 46 від 07 березня 2013 р.*