

4. Кондратенко В.Т. Психология и педагогика :учеб. пособ. / В.Т. Кондратенко, Д.И. Донской, С.А. Игумнов, С.А. Русский. - Букинистическое издание: Издательство Института психотерапии: - 2001 г. - 464 с.

5. Змановская Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие [для студ. высш. учеб. заведений] / Е.В. Змановская. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — С. 151.

6. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків // Все для вчителя. - 2003. - № 30. - С 53-64.

7. Холм Д. Анормальна психологія / Д. Холмс - СПб., 2003. - С. 287.

УДК 303.094.5 : [376.35-056.262] : - 053.3/4

**Катерина Довгопола**

*Інститут спеціальної педагогіки і психології імені М. Ярмаченка,  
старший науковий співробітник Відділу освіти дітей з порушеннями зору*

## **ЕТАПИ РЕАЛІЗАЦІЇ ТЕХНОЛОГІЇ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ У РОБОТІ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ**

*Анотація.* У ранньому втручанні не існує завчасно прописаних програм для незрячих дітей, які підійдуть усім родинам. Кожна програма для кожної дитини повинна створюватись індивідуально. Втім існують загальні підходи до організації допомоги та певні її етапи.

*Ключові слова:* раннє втручання, діти з порушеннями зору, ранній вік, командна робота.

Глибокі порушення зору викликають певні своєрідності у розвитку дитини. Починаючи з немовлячого віку, необхідно турбуватися не тільки про охорону здоров'я і про нормальний хід дозрівання дитячого організму, але й про виховання дитини, про правильне керівництво розвитком психічних процесів і властивостей особистості, враховуючи її вікові та індивідуальні психофізіологічні особливості.

Метою статті є висвітлення основних етапів технології раннього втручання при роботі з родинами дітей з порушеннями зору.

Українським вченим Кукурузою Г.В. було описано технологію раннього втручання як системи психологічної допомоги родинам, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку. У розробці технології було використано підхід, утілений у Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків (МКФ-ДП ВООЗ, 2007) [2, с 182-202].

Технологія раннього втручання передбачає таку послідовність етапів:

- звернення батьків,
- первинна оцінка розвитку дитини та потреб родини,
- визначення первинного запиту,

- обговорення первинної оцінки командою фахівців та вибір команди для роботи з родиною,
- обговорення результатів первинної оцінки з батьками,
- формулювання й узгодження функціонального запиту,
- поглиблена оцінка відповідно до функціонального запиту,
- створення та виконання індивідуальної програми раннього втручання,
- моніторинг та оцінка результатів виконання програми,
- вихід із програми раннього втручання [2].

Під час першого звернення батьків дитини з порушеннями зору до служби, яка надає послуги раннього втручання, повинні відчувати доброзичливість і зацікавленість. Перший контакт родини з фахівцями є важливим моментом і не має бути знехтуваний. Спеціаліст, який проводить запис розпитує про основоположні моменти: ім'я та вік дитини, загальну інформацію про проблеми, які турбують родину, узгоджується час та дата зустрічі, її тривалість та правила.

Мета первинного прийому - за допомогою скринингів і збору анамнезу та первинної інформації визначити, якої додаткової оцінки потребує дитина. Бажано, щоб первинний прийом проводився двома спеціалістами: медичним працівником та психологом (або педагогом). Такий підхід дозволяє більш точно провести первинну оцінку та аналіз факторів ризику. Перше знайомство з родиною дитини з важкими порушеннями зору є дуже важливим. Спеціалісти повинні вислухати усі тривоги та запити батьків з розумінням, зібрати необхідну інформацію та оцінити розвиток дитини. Інформація від батьків, первинний скринінг, результати спостережної діагностики доповнюються зоровим та слуховим скринінгами, а за можливості - педіатричним та неврологічним обстеженнями.

Зазвичай, психодіагностичне вивчення дітей розпочинається після досягнення ними 1,5 — 2 місяців. Існують різні методики вивчення розвитку дітей першого року життя (шкала розвитку Гезела, Денверська методика, мюнхенська функціональна діагностика, картки розвитку Лешлі, шкали розвитку Н.Бейлі, шкала Узгіріса-Ханта, О.А.Стребелева, О.В. Баженова, О.М. Мастюкова, О.О. Смірнова, Г. В. Пантюхіна, К. Л. Печора та Е. Л.Фрухт та ін.). І вітчизняні, і зарубіжні методики побудовані за спільним принципом: вони включають ряд завдань, спрямованих на вивчення моторної, мовленнєвої, пізнавальної та соціальної сфер. Зі збільшенням віку дитини, ці завдання ускладнюються. Результати вивчення дитини оцінюються шляхом співставлення їх із нормативами.

Розповсюдженим інструментом скринінга є шкали, які базуються на опитувальниках для батьків. Найбільш відомими та доступними з них є шкали KID (Kentlnfant Development Scale; KID Scale, розроблена групою співробітників Кентського університета (США) під керівництвом професора Ж. Рейтер) та RCDI (ChildDevelopmentInventory; CDI, розроблена доктором Г. Айртоном (Міннеаполіс, США). Дані шкали складаються з великої кількості пунктів та дозволяють отримати доволі точну оцінку рівня розвитку дитини.

Шкали KID та RCDI зарекомендували себе не тільки як зручний скринінговий інструмент, але і як інструмент, який допомагає побудувати програму розвитку, визначити цілі раннього втручання, а також проводити регулярний моніторинг.

Процедура використання шкал на первинному прийомі виглядає наступним чином. Батьки заповнюють опитувальник завчасно, спостерігаючи за поведінкою дитини вдома, а коли приходять на прийом, спеціалісти опрацьовують анкету за допомогою комп'ютерної програми. Під час спілкування доцільно обговорити результати шкал з батьками, а також питання і складнощі, які виникли у процесі її заповнення. Окрім обговорення, фахівець також проводить експертну оцінку розвитку дитини, взаємодіючи та спостерігаючи за її поведінкою, вміннями та навичками.

Також отримані дані дозволяють оцінити рівень розвитку дитини у різних сферах, визначити актуальний вік розвитку, виділити ті навички, які характерні для кожного віку, але відсутні у конкретної дитини. Це допомагає визначити зону найближчого розвитку та надати батькам відповідні рекомендації.

Ціль психолог-педагогічної оцінки незрячої дитини завжди повинна бути чітко визначеною. Цілі та методи оцінки у різних програмах (і навіть на різних етапах однієї і тієї ж програми) можуть бути різними. Це ще раз підкреслює, що у ранньому втручанні не можуть існувати дві абсолютно однакові програми допомоги навіть для дітей з однаковим діагнозом.

На основі результатів первинного прийому спеціалісти формулюють робочу гіпотезу відносно загального стану розвитку дитини з порушеннями зору та його функціональних проблем. Заключення первинного прийому обговорюється у подальшому із командою, яка проводить аналіз та розробляє стратегію роботи з родиною. На наступному етапі визначається план поглибленої оцінки і методи, які для цього будуть використовуватися. Зібрана на даному етапі інформація повинна включати усі необхідні відомості для складання переліку проблем та ресурсів родини та дитини. Неповна або помилкова інформація може призвести до формування неадекватної картини.

Під час розробки програми необхідно визначити, на що саме буде спрямоване втручання на даному етапі взаємодії з родиною. Не обов'язково, що всі виявлені порушення і проблеми одразу знайдуть своє відображення в індивідуальному плані. У випадку, якщо виявлено дуже широкий спектр проблем та порушень, спеціалістам потрібно звужити об'єм цілей втручання, оскільки зазвичай спроби одночасно вирішити велику кількість питань бувають неефективними. Складаючи план індивідуальної програми спеціалісти визначають пріоритетність вирішення проблем відповідно до їх важливості для родини та ефективності усього втручання. Необхідно визначити методи та способи втручання, які будуть використовуватися. Такий план повинен бути дуже конкретним та включати у себе форму і частоту занять, вказівки спеціалістів, включених у команду, та способи втручання. При цьому найбільш важливим є правильна постановка цілей втручання, які повинні співвідноситись із виявленими порушеннями і потребами дитини і родини. Кожна виявлена проблема повинна бути відображеною у цілях втручання.

Дуже часто при зверненні до спеціалістів батьки не можуть чітко сформулювати свій запит («нам так порадив лікар», «сподіваємось, що нам тут допоможуть», «хочемо, щоб наша дитина краще розвивалась» тощо). Обговорюючи з родиною щоденні проблеми, які у них виникають, їх погляд на власну дитину, спеціалісти можуть допомогти конкретизувати запит, визначити цілі і стратегії втручання.

Важливо, щоб усі цілі обговорювалися разом з родиною і були зрозумілі батькам дитини. Також важливо, щоб сформульовані цілі були спрямовані на розвиток функціональних навичок незрячої дитини. Тобто бажані навички малюк повинен використовувати у повсякденному житті. Спеціалісти разом з батьками оцінюють, чи наявність конкретних навичок та планують формування та розвиток тих, яких ще немає [1]. Покрокові методики ефективно допомагають батькам у реалізації програми раннього втручання. Проте спеціалісти повинні завжди пам'ятати і про потреби дитини у більш широкій перспективі. Під час визначення більш довготривалих цілей важливо пам'ятати про наступні аспекти: соціальне життя дитини; участь у заходах, які є характерними для дітей раннього віку; потреби всієї родини. На розвиток незрячої дитини значно впливає той факт, наскільки батьки розуміють її порушення та приймають їх; наскільки активно готові приймати участь у розвитку власного малюка або сприймають ситуацію, яка склалася, як «хрест».

Міждисциплінарна команда спеціалістів формується довкола конкретної дитини з порушеннями зору та її родини. В залежності від результатів проведеної психолого-педагогічної оцінки, окреслених цілей визначається, які саме спеціалісти будуть брати участь у реалізації програми. Кількість і склад спеціалістів в команді можуть відрізнятись, як для різних дітей, так і для конкретного малюка з плином часу. Під час роботи з конкретною родиною в команді має бути ведучий спеціаліст, який несе основну відповідальність за реалізацію програми і є контактним фахівцем. Ведучий спеціаліст слідкує за ходом реалізації програми, забезпечує регулярний моніторинг її ефективності. Зазвичай, при роботі з родиною дитини з важкими порушеннями зору таким спеціалістомзначається тифлопедагог або тифлопсихолог. Кожен член команди несе відповідальність за власну професійну сферу, проте необхідно, щоб цілі і дії окремих фахівців були максимально узгоджені. Незалежно від того, чи спеціалісти зустрічаються з родиною індивідуально, чи проводять спільну консультацію, всі їх дії та рекомендації повинні бути скоординовані.

Оцінка якості реалізації програми раннього втручання повинна будуватися на ефективності програми допомоги кожній конкретній дитині з важкими порушеннями зору та її родини. Для цього процес побудови та реалізації програми раннього втручання повинні бути прозорими як для спеціалістів, так і для родини, а також належним чином зафіксовані. В цілому для доказовості ефективності програми раннього втручання через низку причин не можливо використати стандарти, прийняті у клінічних дослідженнях. Команда раннього втручання не може вилікувати дитину або усунути першопричину. Окрім того у ранньому віці деякі ефекти важко співвіднести з

якоюсь конкретною причиною. Оскільки розвиток дитини залежить від багатьох факторів, встановлення причинно-наслідкових зв'язків буває значно ускладнене.

Саме тому на всіх описаних вище етапах роботи з родиною незрячої дитини всі спеціалісти повинні керуватися єдиними принципами та єдиним визначенням доказовості ефективності проведеної роботи. Ефективність визначається з позицій трьох сторін: власне служби раннього втручання; родини; контролюючих організацій. З точки зору спеціалістів та родини, яка отримує послугу раннього втручання, найбільш актуальними є якісні показники ефективності.

Результати програм раннього втручання для родини незрячої дитини мають широкий спектр позитивних ефектів. При цьому задоволеність родиною програмою необхідно приймати до уваги, проте для оцінки її ефективності цього не достатньо. Спеціалісти повинні оцінити програму з точки зору тих змін, які відбулись у батьках та сімейній ситуації в цілому. Якщо батьки стали більш компетентними у виконанні батьківських функцій, то результат програми можна оцінювати як позитивний.

Одним із самих значимих результатів раннього втручання є перехід дитини до освітнього закладу. Вибір освітньої траєкторії, відповідно до потреб дитини, забезпечення процесу плавного переходу визначають результативність програми допомоги.

### **Література**

1. Довгопола К.С. *Основні принципи побудови програм раннього втручання у роботі з дітьми з важкими порушеннями зору*: Тези II International scientific conference «Modernization of the education system: world trend and national peculiarities» : Conference proceedings, February 22th, 2019. Kaunas: "BaltijaPublishing", 596 pages, pp. 437 - 440.
2. Кукуруза Г. В. *Психологічна модель раннього втручання: допомога сім'ям, що виховують дітей раннього віку з порушеннями розвитку*: монографія. Харків : Точка, 2013. 244 с

**УДК: 37.013.83+159.922.76-056.26**

**Світлана Драевська**

*Комунальний заклад «Запорізька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат «Джерело» Запорізької обласної ради, практичний психолог*

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД БАТЬКІВ ДІТЕЙ З ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ СПЕЦІАЛЬНОГО ОСВІТНЬОГО ЗАЛАДУ**

*У статті висвітлено актуальні аспекти психологічного супроводу батьків дітей з психофізичними порушеннями. Розкрито етапи психологічної підтримки батьків дитини.*