

## Література

1. Алханов А. Самостоятельная работа студентов // Высшее образование в России. – 2005. – №11. – С. 86-89.
2. Безугла Л.І. Впровадження самостійної роботи з формування культури здоров'я студентів ВНЗ у контексті Болонського процесу // Теорія та методика фізичного виховання. – 2007. – №3. – С. 3-5.
3. Гребнев Л. Высшее образование в Болонском измерении: российские особенности и ограничения // Высшее образование в России. – 2004. – №1. – С. 40-44.
4. Колот А. Реалізація основних принципів Болонської декларації при підготовці фахівців економічного профілю // Вища школа. – 2004. – №2-3. – С. 20-33.
5. Короткий термінологічний словник з педагогіки / Уклад. О.А.Пермяков, В.В.Морозов. – Кривий Ріг: Видавничий дім, 2007. – 116 с.
6. Кремень В. Модернізація вищої школи України в контексті принципів Болонської декларації // Вища школа. – 2004. – №5-6. – С. 32-39.
7. Про основні завдання вищим навчальним закладам на 2005 – 2006 навчальний рік: Лист Міністерства освіти і науки України № 4.1-20 / 2366 від 04.07.2005 р.
8. Рубаник А., Большакова Г., Тельных Н. Самостоятельная работа студентов // Высшее образование в России. – 2005. – №6. – С. 120-124.
9. Сенашенко В., Жалнина Н. Самостоятельная работа студентов: актуальные проблемы // Высшее образование в России. – 2006. – №7. – С. 103-108.
10. Ягупов В.В. Педагогіка. – К.: Либідь. – 2003. – 560 с.

*Р.В.Лашко*

### **ЛІКУВАЛЬНА ПЕДАГОГІКА ПРИ НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ДІТЕЙ**

*В статтє раскрываються вопросы лечебной педагогики у учеников с ограниченными возможностями, страдающими нервными и психическими заболеваниями.*

*In this article are risen the questions of the therapeutic pedagogy for the pupils with limited possibilities and suffering from nervous and mentally diseases.*

Молода людина, її життя і здоров'я є найвищими соціальними цінностями держави, визначеними Конституцією України. Майбутнє держави обумовлюється забезпеченням покращення стану здоров'я населення України.

Проблема здоров'я дитини – віковична проблема, стрижнем якої є шлях до вільного, гармонійного розвитку особистості. Протягом нинішнього сторіччя перебіг інфекційних захворювань, що негативно впливають на нервову систему, значно зменшився. Сьогодні більше уваги слід приділяти запобіганню наслідкам інфекційних хвороб, що призводять до інвалідності, викликають порушення неврологічного характеру і аномалій у поведінці дітей. Це такі захворювання, як менінгіт, епідемічний паротит, енцефаліт. Серед спадкових хвороб, що впливають на психіку, слід зазначити епілепсію, шизофренію, циклотімію, хворобу Луї-Бар, Вестфаля-Вільсона-Коновалова, Лоренса-Муна-Бідля, Тея-Сакса.

Лікувально-педагогічна робота при психічних захворюваннях залежить від психопатологічної картини захворювання, гостроти стану і віку дитини. Стосовно хворих, що перебувають у гострому психотичному стані, можливості педагогічного впливу замалі. Із закінченням психотичного стану, особливо при невеликому дефекті або при його відсутності, значення і можливості лікувальної педагогіки у процесі відновлення хворого весь час зростають. У дітей молодшого віку основне значення має подолання аутистичних і негативістичних тенденцій, розвиток мови і загальної моторики, виховання звичок охайності і самообслуговування. Ці діти потребують надзвичайно терплячого і доброзичливого ставлення. Залучення їх до колективних форм діяльності – групових ігор, музичних занять – має відбуватися без примусу, добровільно, під впливом емоційної зацікавленості. Із спостерегача дитина поступово має ставати учасником загальних ігор і занять. З цієї метою в ігри та заняття слід включати елементи, що цікавлять конкретну хвору дитину. А інтереси дитини можна виявити при спостереженні за її самостійними іграми та діяльністю. Для цього їй дають пластилін, глину, набір дерев'яних кубиків, папір і олівці або ж дають змогу вільно креслити і малювати. Доцільно заняття проводити на природі, в умовах, що сприяли б позитивному емоційному стану дітей.

Лікувально-педагогічну роботу з хворими на шизофренію шкільного віку будують залежно від їх можливості продовжувати навчання. Важливо вирішити, в який клас направити хворого. Завдання ж спочатку слід давати легші, на раніше засвоєному

матеріалі. Хворого потрібно постійно хвалити і заохочувати його тенденції до навчання і корисної діяльності. Доцільно в процесі навчання використовувати методику напіфронтальних уроків. Для всіх одночасно дають порівняно просте і доступне завдання, а вимоги до відповідей пред'являються різні, такі, що відповідають можливостям і знанням кожного. Пропонують твори чи "творчі диктанти": педагог диктує схему твору чи диктанту, а хворі самостійно, творчо його доопрацьовують. Широко використовують розповіді по малюнках і картках. Корисно проводити дидактичні ігри з використанням усного рахування. У процесі подібних занять учні одержують позитивний емоційний заряд, у той же час педагог виявляє недоліки у їхніх знаннях і рівень їхніх можливостей.

Вимоги до учнів під час проведення фронтального уроку мають відповідати стану хворого. Спочатку хворий може бути присутнім на уроках лише формально і майже не навчатися, по можливості читаючи короткі оповідання, розглядаючи ілюстрації. Урок будують з урахуванням особливостей психічної діяльності хворих на шизофренію, яким властиві недостатня цілеспрямованість, розсіяна увага, неадаптивність і химерність мислення, зниження психічної активності і в той же час нерідко високий рівень абстрагування, добра вербальна пам'ять. Одним із корисних прийомів, що підвищують психічну активність, є фронтальна робота за типом вільних диктантів, творів, переказів, при яких головну увагу звертають на змістовну сутність роботи, розглядуваного тексту. Подібні роботи не тільки підвищують активність хворого, але й дозволяють краще розібратися в характері його психопатологічних порушень. Повторення старого матеріалу дає змогу хворому впевнитись у своїх силах, переконатись у тому, що він зможе справитись із програмою. Розбір помилок проводять з урахуванням підвищеної сенситивності деяких хворих. Ставлення хворого до занять може бути зумовлене маячними ідеями чи зневірою у своїх силах. В той же час може спостерігатись переоцінка своїх можливостей, не досить критичне ставлення до себе чи оточуючих. Починати корекцію поведінки маячного хворого можна тільки після того, як у педагога буде налагоджено контакт із ним. Після встановлення емоційного контакту можна спробувати залучити хворого у колектив, до громадсько-корисної діяльності. Уся діяльність хворого повинна підкреслювати його сильні, збережені сторони і здійснюватися у сприятливих умовах, створюваних для цього лікарями і педагогами. Навколо хворих створюється сприятлива громадська думка. Педагог постійно коригує

всю зовнішню діяльність хворого, вчить його правильних взаємовідносин з ровесниками, норм колективного життя і діяльності.

Педагогічну роботу з дітьми і підлітками, хворими на епілепсію, проводять з урахуванням інтелектуальних можливостей, специфічних змін особистості, характеру і частоти випадків, темпу інтелектуальної роботи та інших особливостей хворих. При формально збереженому інтелекті багатьом хворим важко переключатися, у них помітно знижена пам'ять. Разом з тим багато хворих посидючі, досить уважні і зосереджені, навіть скрупульозні в роботі, їх працездатність підвищена. В основі успішної педагогічної діяльності з цією групою хворих лежить індивідуальний підхід до кожного хворого. У процесі занять хворого не потрібно підганяти. Не варто сприймати тривалу мовчанку за незнання матеріалу. Інколи буває доцільно своєчасно підказати, розчленивши велике запитання на більш дрібні, конкретні. Корисні часті повторення, спрямовані на закріплення пройденого матеріалу. Велике значення мають наочність матеріалу, використання зорових вражень, оскільки у таких хворих переважає зорова пам'ять. З цієї ж метою корисно використовувати інсценування, в яких хворі залюбки беруть участь. Інтерес до читання художньої літератури розвивають поступово. Спочатку добираються книги з крупним шрифтом, яскравими ілюстраціями і захоплюючим сюжетом. Потім хворих поступово підводять до читання художньої літератури за програмою. У письмових роботах необхідно аналізувати характер допущених помилок і інших порушень письма, в ряді випадків вони засвідчують короточасні виключення свідомості. У кожного хворого на епілепсію в класі має бути суворо закріплене місце, добре підготовлене до початку уроку. Перед початком занять педагог повинен ознайомитись зі станом хворого протягом часу, що передував заняттям. Для цього використовують записи в історії хвороби і в щоденнику спостережень, що їх веде середній медичний персонал. Особливу увагу слід звертати на випадки, сварки з дітьми, коливання настрою. У випадку дисфоричного настрою в процесі заняття хворому слід пропонувати легкі й цікаві завдання, хвалити його і підвищувати оцінку. У хворих на епілепсію не тільки затруднене включення в заняття, але й не менш важкий вихід з нього. При цьому не слід застосовувати безапеляційні вказівки і вимоги. Добиватися переключення уваги слід м'яко, терпляче, нагадуючи про інші приємні і потрібні види діяльності. Відвертання уваги хворих тренується заняттями лікувальною фізкультурою, музичною ритмікою, а також під час різних рухливих ігор. Вправи треба починати в уповільненому

темпі, а потім їх поступово прискорювати. Хворі на епілепсію непогано засвоюють гру в шахи, шашки, охоче беруть участь у трудових процесах, що вимагають більш однотипних дій. Разом з тим необхідно пам'ятати, що в будь-яких іграх, трудових процесах вони мало терпимі до інших хворих і часто вступають з ними в конфлікти, причому афект у них стрімкий, бурхливий. У процесі виховної роботи слід використовувати прагнення хворих на епілепсію до системи та порядку. У процесі самообслуговування вони повинні прибирати постіль, палату, клас, слідкувати за охайністю в одязі, правильно накривати на стіл, доглядати за рослинами, приводити в порядок книги. Виконання конкретних завдань приносить цим хворим велике задоволення, поліпшує настрій, зменшує можливість сутичок з іншими хворими.

Лікувально-педагогічна робота з дітьми дошкільного віку, що мають резидуально-органічні психічні розлади, має бути спрямована на підготовку дітей до школи. У більшості дітей відзначають затримку інтелектуального, мовного і моторного розвитку. Багато дітей мають рухову розгальмованість, вони важкі в поведінці, у них не досить розвинуті звички охайності, самообслуговування, порушена здатність гратися, розвивати пізнавальну діяльність. Тому спочатку цим дітям прищеплюють навички самообслуговування, найпростіші гігієнічні правила. Дітей вчать самостійно одягатися, акуратно складати свої речі, вмиватися, самостійно їсти, користуватися вбиральнею. Велику увагу приділяють розвитку загальної моторики. Займаючись у групі, діти навчаються ходити парами, одне за одним, утворювати коло, повторювати найпростіші рухи, що їх показує педагог. Це особливо важливо, оскільки багато дітей цієї групи не здатні виконувати дії на наслідування. Поступово від наслідування діти переходять до виконання найпростіших дій за словесною інструкцією “встань”, “сядь”, “кинь м'яча”, “поскакай” тощо. У міру засвоєння простих рухів і дій у процесі занять починається робота з розвитку більш тонкої моторики, формування просторових уявлень, розрізнення правого та лівого боків. Діти навчаються гри у м'яча, скакати на одній нозі. З великою охотою вони імітують більш складні дії, наприклад, пиляння чи рубання дерева тощо.

Наступна важлива частина педагогічної роботи – включення дитини в ігрову діяльність, що в багатьох дітей викривлена чи повністю відсутня. На першому етапі дитині прищеплюють інтерес до гри з окремими предметами, а потім дітей поступово залучають до

групових ігор, що до певної міри при вивченні правил гри формує і розвиває вміння гальмувати безпосередні імпульси і дії. Від спонтанних, недирективних ігор поступово переходять до ігор, що мають цільовий характер. Так, для гальмівних і негативістичних дітей добре використовувати хоріві ігри зі співами, що включають плавні рухи на фоні наспівних мотивів. Збудженим дітям пропонують ігри, які дають змогу реалізувати надлишок енергії. Рухливі ігри доцільно чергувати зі спокійними, з емоційною зацікавленістю дитини. Для дітей уповільнених, інертних використовують ігри, які розвивають здатність до переключення. Педагогу необхідно вести роботу щодо можливої компенсації відставання в розумовому розвитку, розвитку моторики, мислення, творчості. Особливе значення мають заходи з розвитку мови, які здійснюються у співдружності з логопедом. Постійно формується мова, поповнюється словарний запас. Дітей вчать висловлювати свої думки, змальовувати предмети. Моторні та ігрові дії супроводжуються їх словесним описанням. У процесі роботи діти опановують поняття кольору, співвідношення величин (великий – малий, багато – мало), просторові орієнтації. Діти починають складати кубики за зразками, будувати піраміди, будиночки. Більш тонкі рухи і вміння виконувати складні побудови розвиваються в процесі занять з мозаїкою. Ручна моторика розвивається при роботі з ножицями, плетінні тощо. Дуже корисне навчання дитини малюванню; роботи з пластиліном, де поряд з тренуванням моторики малювання і ліпка розвивають творчість, фантазію, мислення і дають важливий матеріал для клінічного спостереження за дитиною і вивчення її особливостей. При успішному навчанні дитини заняття все більше наближаються до програми масового дитячого садка. Проте заняття ведуться з урахуванням клінічного стану дитини, суворо індивідуально дозуються відповідно до її можливостей. Вся діяльність має викликати емоційну зацікавленість дитини. Дуже корисно проводити заняття на вулиці з використанням навколишніх природних чинників. Ці заняття поповнюють знання дітей про навколишній світ, рослин, тварин, явища. Значно підвищується ефективність лікувально-педагогічної роботи, коли вона поєднується з музичними заняттями і музичною ритмікою. Початковий етап музичної ритміки — найпростіші рухи під музику. Потім включають більші складні рухові акти і комплекси вправ, які розвивають моторику і тренують увагу.

Особливе значення має лікувальна педагогіка в клініці пограничних станів, при яких психотерапевтична і лікувально-педагогічна дії є головними і вирішальними в лікуванні і соціальній

реабілітації хворих. Хворі на неврози зі зниженою самооцінкою, почуттям неповноцінності, тривожними побоюваннями і страхами, зниженим настроєм, напружені у першу чергу потребують терапії середовищем. У більшості випадків при збереженому і навіть доброму інтелекті вони в процесі навчання свої можливості повністю не реалізують і часто бувають безпорадними при вирішенні тих чи інших побутових завдань. Як ніхто інший у процесі навчання діти і підлітки цієї групи потребують доброзичливого ставлення з боку вчителів, постійної, але ненабридливої і непомітної для інших учнів підтримки. Тривалість уроків для таких дітей в спеціалізованих установах має бути скорочена до 30 хв. В умовах навчання у масовій школі цим хворим доцільно давати додатковий вільний від занять день чи відпускати їх з останнього уроку. Домашні завдання повинні бути полегшеними, а звільнений час треба використовувати для загальнооздоровчих і лікувальних заходів. Навчальний матеріал слід подавати яскраво, образно, максимально використовувати ілюстрації, можливості навчального кіно тощо. У процесі проведення уроку вчитель повинен більше залучати хворого до безпосередньої участі у навчальному процесі, відволікаючи його від хворобливих переживань. Не на всі скарги хворих учителю слід реагувати, але вислуховувати хворого необхідно уважно. Відпускати дитину з занять чи вживати які-небудь інші заходи необхідно в тих випадках, коли педагог бачить, що стан хворого дійсно цього вимагає. Все викладання повинно вестися за програмою масової школи. Важливо, щоб хворі не ставали другорічниками. У лікувальних установах для таких хворих необхідно створити терапевтичну обстановку, поступово залучати їх до життя колективу, привчати до виконання громадських доручень, створювати малі групи, в яких хворі впливають один на одного позитивно.

Лікувально-педагогічну роботу з хворими з неврозоподібними розладами непроцесуального характеру будують з урахуванням наявності більш виразних, ніж при неврозах, порушень поведінки. Ці хворі важче включаються в навчальний процес, вони незібрані, неухважні, виконують завдання поспіхом, недбало. У зв'язку з цим у них часто формується шкільна неуспішність. На уроках вони можуть бути млявими, уповільненими або ж, навпаки, спостерігається рухова розгальмованість. Корекційно-педагогічну роботу з цими хворими проводять з урахуванням таких особливостей: розумове навантаження дозується, завдання будуються від міцно засвоєних, простих до більш складних. У навчальному матеріалі важливо диференціювати головне, що має бути засвоєно міцно, і те, що можна

тільки прослухати без необхідності запам'ятовування. У процесі роботи важливі постійний контроль і заохочення.

При дитячому церебральному паралічі, коли помітно страждає пам'ять, педагог повинен вишукувати шляхи, що полегшують запам'ятовування, закріплення пройденого матеріалу. Полегшує процес запам'ятовування в цих випадках активне використання зорових вражень. На заняттях широко використовують дидактичний матеріал, який готують самі хворі, наочні приладдя. Надмірна стимуляція недоцільна. Зате при астеничних станах соматичного походження стимуляція до діяльності необхідна й ефективна. При прогресуючій м'язовій дистрофії спостерігається підвищена афективна збудливість дітей, подразливість, конфліктність, інколи злостивість.

Найбільшого значення набуває лікувальна педагогіка при розладах формування особистості (конституційні та органічні психопатії, психогенні патологічні формування особистості, патохарактерологічні реакції, психо-патоподібні стани непроцесуального характеру). При цьому лікувально-педагогічна робота спрямована на корекцію патологічних особистісних реакцій, пов'язаних з психомоторною Perezбудливістю і підвищеною загальною збудливістю або ж, навпаки, з загальмованістю, на ліквідацію педагогічної і соціальної запущеності і пов'язані з нею асоціальні тенденції і негативне ставлення до праці та навчання. Зусилля сім'ї, колективу, педагогів і лікарів мають бути узгодженими в корекційній роботі. Трудове виховання набуває першорядного значення. Праця повинна приносити хворому емоційне задоволення. Ритмічне повторення одних і тих самих трудових процесів заспокоює Perezбуджену нервову систему і психічну діяльність дитини. Разом з тим праця використовується як засіб збагачення дитини новими звичками і знаннями. У молодшому віці діти залюбки і старанно доглядають тварин, працюють у саду. Позитивний вплив дають заняття у столярному, авіамодельному, радіотехнічному, художньому та інших гуртках. Підлітки повинні оволодіти і певними професійними навичками, проте тривалу, монотонну, одноманітну трудотерапію, яка прививає підліткам однотипні трудові звички, довгий час можна використовувати лише стосовно хворих зі зниженими можливостями. Корекційно-педагогічна робота вимагає врахування головних патохарактерологічних проявів. У групі дітей і підлітків з переважанням синдрому підвищеної афективної збудливості особливе корекційно-виховне значення мають систематичні заняття працею,



спортивні ігри, різні громадські доручення на основі довіри (але при суворому контролі), вплив колективу, аналіз неправильної поведінки в групі дітей. У процесі трудового виховання у таких дітей поступово згладжуються утриманські установки, з'являється потреба в продуктивній діяльності. До дітей і підлітків з істероїдними рисами особистості ставлення має бути рівним і стриманим. Необхідно добирати заняття, що відповідають їхнім інтересам і можливостям. Треба домагатися здолання уявлення хворого про його виключність, вчити його вміння підкоряти свої інтереси інтересам колективу, виховувати почуття товариськості, дисципліни і відповідальності.

Лікувально-педагогічні заходи проводять як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах. В останньому випадку вони складаються з навчання батьків правильного педагогічного підходу до хворих дітей, роботи з персоналом дитячих установ, шкільними працівниками і з психогігієнічних і психопрофілактичних заходів. Знання психологічної атмосфери в сім'ї і класі допомагає лікарю і педагогу в виборі обґрунтованих рекомендацій, спрямованих на гармонійний розвиток особистості через усунення психологічної дисгармонії.

#### Література

1. Антоненко Л. Школа гуманного виховання // Завуч. – 2003. – №4. – С. 23-24.
2. Кондрашова Л.В. Превентивна педагогіка. – К.: Вища школа, 2005.
3. Кузнецов В.М., Чернявський В.М. Психіатрія. – К., – 1993.
4. Шевцов А.Г. Открытая модель социальной реабилитации людей с инвалидностью и современный мир. – 2003. – № 1.

*Г.Б.Штельмах, О.В.Штельмах*

### ТИПОЛОГІЯ СТОСУНКІВ НА КУРСАХ ПІДВИЩЕННЯ КВАЛІФІКАЦІЇ ВЧИТЕЛІВ

*Авторы рассматривают различные подходы к определению понятия типологии отношений и пути их формирования в процессе повышения квалификации учителей.*

*The authors define different approaches to the notion of relations' typology and ways of forming them in the process of the improvement of professional teachers' skill.*

Актуальність і доцільність статті зумовлені концептуальними положеннями модернізації системи педагогічної освіти в Україні. Глибокі соціально-економічні перетворення, що були проведені в Україні, розвиток ринкових відносин, підвищення ролі фахівців,