

Обухівська А.Г.

**Діяльність психолого-медико-педагогічних
консультацій в умовах інтеграції дітей з особливими
освітніми потребами**

Електронне видання комбінованого
використання на CD-ROM

Київ

Національна академія педагогічних наук України
Український науково-методичний центр
практичної психології і соціальної роботи

2013

УДК 159.9.316

ББК 88.88.8

Рекомендовано до друку Радою Українського науково-методичного центру практичної психології і соціальної роботи (протокол № 8 від 19.11.2013 р.)

Обухівська А.Г. Діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій в умовах інтеграції дітей з особливими освітніми потребами – Електрон. дані. – Київ, Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. - 1 електрон. опт. диск (CD-ROM), 12 см.

ISBN 978-617-7118-06-9

В посібнику відображено зміст і особливості діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій, широко відомих в педагогічних колах за аббревіатурою ПМПК. Ці методичні установи системи освіти України, покликані вирішувати питання розвитку, навчання, виховання і здобуття освіти дітей з особливими освітніми потребами, у тому числі з інвалідністю, а також здійснювати фахову підтримку їхніх батьків (осіб, які їх замінюють). У своєму історичному розвитку названі консультації пройшли складний шлях, поступово трансформуючись в багатофункціональні осередки допомоги дітям з вадами психофізичного розвитку.

Упровадження посібника в практику сприятиме удосконаленню експертної психолого-педагогічної оцінки труднощів психічного розвитку дітей, консультативно-роз'яснювальній роботі з їхніми батьками та педагогами щодо вибору адекватних педагогічних стратегій, засобів і особливостей корекційно-розвиткової роботи в навчальному закладі та родинному колі, допомоги органам управління освітою у зборі та узагальненні інформації про кількість таких дітей в регіоні за видами порушень, організації гнучкої системи задоволення їхніх освітніх потреб у місцях проживання.

Посібник адресований педагогам, шкільним психологам, працівникам психолого-медико-педагогічних консультацій та спеціалістам органів управління освітою, студентам відповідної спеціалізації, батькам та широкій громадськості, яка не байдужа до проблем допомоги дітям з особливими освітніми потребами.

ISBN 978-617-7118-06-9

© Український НМЦ практичної психології
і соціальної роботи, 2013

ЗМІСТ

Інформаційна візитівка (замість передмови)	4
Розділ I. Історія розвитку та особливості діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій	
1.1. Ретроспективний огляд етапів розвитку	8
1.2. Еволюція поглядів на підтримку дітей з вадами розвитку та концептуальні засади функціонування	18
1.3. Нові нормативно-правові засади діяльності	27
1.4. Структура та особливості завдань функціонування	36
1.5. Організаційні моделі функціонування	41
1.6. Зміст діяльності: функції та напрямки роботи	48
1.7. Стан розвитку та умов функціонування сучасних психолого-медико-педагогічних консультацій	61
1.8. Професійне вдосконалення консультантів	89
1.9. Кваліфікаційні характеристики педагогічних працівників	101
Розділ II. Психолого-педагогічне вивчення – провідне завдання психолого-медико-педагогічних консультацій.	
2.1. Проблема діагностики – провідне питання корекційної педагогіки	104
2.2. З історії розвитку диференційної діагностикита різних підходів в оцінці інтелектуальних порушень у дітей	107
2.3. Психолого-педагогічне вивчення в діяльності ПМПК	127
2.4. Технологія вивчення навчованості дошкільників у контексті навчально-діагностичного підходу в диференційній діагностиці	132
Список літературних джерел	145
Анотації російською та англійською мовами	147

Інформаційна візитівка

Психолого-медико-педагогічні консультації – установи системи освіти України, діяльність яких спрямована на підтримку і захист прав на здобуття якісної освіти дітей з особливими освітніми потребами, у тому числі, з інвалідністю.

Девіз: Кожна дитина потребує любові, захисту і допомоги. Кожній дитині рівні можливості в реалізації освітніх потреб.

Ціль функціонування: надання фахових консультацій з питань організації навчально-розвиткової роботи та реалізації права на здобуття освіти:

- дітям з труднощами в розвитку, з особливими освітніми потребами, у тому числі з інвалідністю;
- їхнім родинам;
- педагогам, учнями чи вихованцями котрих є такі діти;
- працівникам органів управління освітою, які забезпечують задоволення особливих освітніх потреб таких дітей.

Мета: сприяння потенціалу розвитку, задоволенню освітніх потреб відповідно до індивідуальних можливостей і здібностей дітей з різними видами порушень психофізичного розвитку, в тому числі з інвалідністю.

Працівниками психолого-медико-педагогічних консультацій є висококваліфіковані фахівці різних спеціальностей (консультанти):

- учителі дефектологи: логопеди, сурдопедагоги, тифлопедагоги, олігофренопедагоги;
- практичні психологи: з проблем поведінки та оцінки інтелектуального розвитку;
- соціальні педагоги;
- лікарі: дитячі психіатри, неврологи.

Зміст консультацій:

- **для батьків** - розкриття індивідуальних особливостей розвитку, навчання, виховання, пояснення причин освітніх проблем, труднощів засвоєння знань, умінь і навичок, визначення сильних сторін психічного розвитку їхньої дитини на основі

психолого-педагогічного вивчення особливостей розвитку, навчання і виховання; розкриття ролі і значення "батьківської педагогіки", освітньо-виховних завдань та напрямків їх вирішення; спільна розробка стратегій сімейного виховання, демонстраційні заняття з метою навчання педагогічних технологій;

- **для педагогів** - з'ясування труднощів розвитку та здійснення навчальної діяльності дитини, природи їх виникнення, особливостей психолого-педагогічної (ре)абілітації, соціалізації і інтеграції у суспільне життя; ознайомлення з корекційними програмами, методичними посібниками, належними засобами для здійснення навчального процесу з урахуванням своєрідних особливостей освітніх потреб;

- **для органів управління освітою** – надання інформації про кількість дітей за видами порушень психофізичного розвитку, про існуючі тенденції в їх домінуванні, рівень доступу до здобуття освіти, достатність навчальних закладів і різноманітність форм надання освітніх послуг для дітей з особливими освітніми потребами та інвалідністю в регіоні.

Структура психолого-медико-педагогічних консультацій та їх повноваження:

- **районна (міська) консультація** - найближча до місця проживання дитини та її родини, вирішує усі питання первинного консультування;

- **обласна консультація** – має вищу силу над районною (міською), головна установа серед районних (міських) консультацій області;

- **центральна консультація** – виконує арбітражну функцію, розглядає питання оскарження висновків та рекомендацій підпорядкованих їй районної (міської) та обласної консультацій, головна науково-методична установа в системі психолого-медико-педагогічних консультацій України.

Напрямки діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій:

- активне і якомога раннє виявлення дітей з труднощами та порушеннями психофізичного розвитку;

- збір даних про кількість дітей з особливими освітніми потребами в регіоні та створення банків даних про них за видами порушень психофізичного розвитку;

- психолого-педагогічне вивчення дітей і надання висновків та рекомендацій;
- аналіз даних про особливі освітні потреби дітей регіону, узагальнення тенденцій, розробка пропозицій щодо запровадження змін у доступі до здобуття освіти дітей з такими потребами;
- сприяння розвитку і створення ресурсного фонду інклюзивної освіти;
- методична робота з батьками, педагогами інклюзивних (інтегрованих) класів;
- супровід сімей, які самостійно виховують дітей із складною та тяжкою патологією;
- просвітницька діяльність.

Консультування в психолого-медико-педагогічній консультації усіх рівнів здійснюється:

- з власної ініціативи батьків,
- з ініціативи педагогів та згодою батьків або осіб, які їх замінюють, з відповідно оформленими документами;
- з ініціативи служб у справах дітей з відповідно оформленими документами.

Психолого-педагогічне вивчення дитини відбувається в присутності батьків або осіб, які їх замінюють.

Висновок з протоколу засідання психолого-медико-педагогічної консультації

- юридично правосильний документ для надання особливих освітніх послуг навчальними закладами, має рекомендаційний характер.

Документи, необхідні для психолого-педагогічного вивчення дитини:

- паспорт батьків, відповідно оформлені документи осіб, які замінюють батьків;
- свідоцтво про народження дитини;
- "Картка стану здоров'я і розвитку дитини";
- зошити з рідної мови, математики (якщо дитина навчається), малюнки тощо;
- висновки шкільної комісії про результати та динаміку навчання дитини;

- довідки про додаткові обстеження дитини (якщо такі є);
- "Історія розвитку дитини" (ф.112/о) (у разі необхідності).

Оскаржити висновки та рекомендації районних (міських), обласних консультацій можна :

- в Обласній консультації (адреси і контактний телефон на сайті обласних управлінь освіти і науки відповідних органів виконавчої влади);
- в Центральній консультації (01135, м. Київ -135, вул. Павла Пестеля,7, кімната 14, тел.(044 252-70-11).

Розділ I. Історія розвитку та особливості діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій

1.1. Ретроспективний огляд етапів розвитку психолого-медико-педагогічних консультацій.

Виникнення психолого-медико-педагогічних консультацій, широко відомих за аббревіатурою ПМПК, зумовлене необхідністю підтримки дітей з різноманітними вадами психофізичного розвитку, у тому числі з інвалідністю, потребою вирішувати питання їхнього розвитку, навчання, виховання та трудової підготовки до функціонування у суспільстві, а також комплектування відповідних спеціальних навчальних закладів,

Історія створення і розвитку названих консультацій є складною і неоднозначною. В своєму еволюційному поступі вона пройшла декілька важливих етапів і бере початок в 30-х роках минулого століття. Того часу створення їх було прогресивним явищем і стало реакцією суспільства на негативну практику педології, її некритичне захоплення психометричним підходом у визначенні рівня інтелектуального розвитку дитини. Наслідками одноосібного, безоглядного використання тестів педологами стало хибне збільшення серед дитячого населення кількості дітей з розумовою недостатністю, що не відповідало реальній дійсності.

Етап перший. Відомою Постановою ЦК ВКП (б) «Про педологічні викривлення в системі Наркомпросів» така практика була засуджена і призупинена. На зміну психометричному підходу було запропоноване комплексне обстеження дитини групою фахівців, а саме, лікарями, педагогами та психологами. На противагу одноосібному педологічному вивченню, такий підхід передбачав одержання більш повнішої і різнобічної інформації тобто комплексу даних для оцінки стану здоров'я і особливостей психічного розвитку дитини, зокрема стану її розумового розвитку. При цьому пріоритетність належала інформації дитячих лікарів. Це знайшло відображення в самій назві новостворених структур – медико-педагогічні комісії (МПК). Психологічний аспект обстеження в комплексному підході так і не був зреалізований, оскільки наука психологія, як і

педологія, зазнала осуду і довго не розвивалась.

Медико-педагогічні комісії, що працювали виключно на громадських засадах, збирались епізодично у міру потреби підтвердити медичний діагноз та визначити педагогічні умови, у яких може навчатися дитина з тими чи іншими порушеннями сенсорних, пізнавальних, фізичних функцій. Членами названих комісій у переважній більшості були лікар-психіатр та вчителі дефектологи, які були представниками спеціальних шкіл і були дуже зацікавленими у наборі достатньої кількості учнів для навчального закладу, який вони представляли.

Державна політика підтримки дітей з вадами в розвитку та з інвалідністю того часу була наповнена щирим переконанням, що система спеціальних навчальних закладів є найкращою для задоволення потреб таких дітей в освіті і дуже відповідально її забезпечувала, дбаючи про кількість і матеріально-технічний стан таких навчальних закладів. Більшість із них і досі зберігаються в гарному стані. Самі ж медико-педагогічні комісії, виконуючи лише одну – діагностичну функцію, швидко перетворились виключно на інструмент їх комплектування. Створення медико-педагогічних комісій на самому початку їх функціонування було безумовно позитивним кроком на шляху пошуку більш точних методів вивчення психофізичних проблем дитини, свідченням уваги держави до вирішення питань здобуття нею освіти. Проте недостатність психологічних знань і відповідних методів діагностики відхилень психічного розвитку дітей з певним видом порушень невдовзі істотно почала відчуватись у питаннях оцінки розумового розвитку дитини. Вивчення порушень психічного розвитку фахівцями медико-педагогічних комісій було інтуїтивним і здійснювалось у двох напрямках: лікарському, яке засвідчувало наявність у дитини проблем медичного характеру, та педагогічному, яке з'ясовувало актуальний рівень знань дитини та сформованість шкільних знань, навичок та умінь. У зв'язку з цим діагностика стану інтелектуального розвитку того часу не спиралась на наукові критерії, дуже залежала від суб'єктивних факторів, серед яких значну роль відігравали, з одного боку, рівень компетентності членів комісії

(уявлення, знання, досвід) щодо особливостей порушеного розумового розвитку у дітей і, з іншого, зацікавленість у комплектуванні свого закладу.

Крім сказаного, існування на громадських засадах, однієї на область, за умови відсутності в країні практичної психології, а отже, і практичних психологів – дуже обмежувало можливості комісій, зводило їхні функції тільки до визначення необхідних умов навчання тих дітей, які з ініціативи педагогів та за згодою батьків приходили на діагностичне обстеження, до численних діагностичних помилок.

За таких обставин виявлення дітей, які потребували корекції фізичного та (або) розумового розвитку, було дуже обмеженим. До діагностичного обстеження доходила тільки незначна частина дітей переважно шкільного віку і з найочевиднішими психофізичними порушеннями. Труднощі розвитку дітей дошкільного віку найчастіше залишались не встановленими. Корекційна допомога таким дітям як правило була запізнілою. При цьому у них втрачались сензитивні періоди розвитку мовлення, наочно-дійового та образного мислення, здійснення сенсорного виховання тощо. Причинами цього були не лише труднощі розпізнання порушень у розвитку дошкільників, але й недостатня на той час розгалуженість мережі спеціальних дошкільних закладів в Україні.

Чи треба говорити, що й умови існування самих медико-педагогічних комісій не сприяли професійному вдосконаленню їхніх членів. Більшість із них не мали постійних робочих приміщень, працювали переважно у режимі виїзних засідань, склад фахівців яких часто змінювався. Використання діагностичного інструментарію не було уніфікованим, особливо для всебічного вивчення стану інтелектуального розвитку дітей. Різноманітні методичні засоби під час діагностичного вивчення членами комісій застосовувались довільно і не завжди правомірно. Тому для періоду їх функціонування незрідка були характерними діагностичні помилки, які шкодили авторитету цієї важливої служби в системі освіти. Негативне ставлення до медико-педагогічних комісій підтримувалось негнучкістю спеціальної освіти, забезпеченням її переважно в школах-інтернатах, інституалізацією спеціальних навчальних закладів, особливо системи соціального захисту, зосередженням в них великої кількості дітей з тривалим відривом від

родинного кола. Це породжувало невдоволення батьків, які хотіли виховувати дитину в сім'ї, брати участь в її розвитку і вихованні. Більше того, батьки часто сприймали медико-педагогічні комісії як репресивний орган, відвідування якого майже завжди закінчувалося необхідністю віддавати дитину з дому до спеціальної школи-інтернату, і намагалися всіляко її уникати.

Отже, пройшовши тривалий і складний шлях становлення, медико-педагогічні комісії існували до 1992 року. Вони набули багато негативних, соціально несправедливих, дискримінуючих рис: діяльність як інструмент розподілу (відбору, комплектування) дітей в спеціальні школи; відсутність науково-обґрунтованого підходу до діагностики (майже без психолого-педагогічного обстеження, за медичними показниками); багато діагностичних помилок і хибних рішень, що породили хвилю виникнення мігруючих дітей - втікачів із шкіл-інтернатів у 60-70 роки, мережа яких монополює зростала. Негативна спадщина їх функціонування ще й досі тяжким тягарем лежить на сучасних психолого-медико-педагогічних консультаціях.

Названа практика діяльності тогочасних комісій кінця 80-х років викликала протестні реакції батьків дітей з порушеннями в розвитку щодо них. З метою зламати вкрай негативну ситуацію в наукових колах російських вчених-дефектологів визріла ідея перетворення вкрай неефективних медико-педагогічних комісій на психолого-медико-педагогічні консультації, побудовані на нових науково-організаційних засадах.

Етап другий. Перші зміни на краще почалися із запровадження в країні психологічної служби системи освіти, підготовки до роботи в ній практичних психологів. Паралельно з цими зрушеннями обласні та республіканська медико-педагогічні комісії, що, як уже зазначалося, працювали на громадських засадах, на підставі наказу Міністерства освіти України від 13.05.93 № 134, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 02.06.93 за № 61 трансформовані в зональні та центральну **психолого-медико-педагогічні консультації**. Головна ідея передбачуваних змін полягала у відході діяльності ПМПК як «медико-

педагогічних комісій" і реформування їх в постійно діючі установи системи освіти з назвою «психолого-медико-педагогічні консультації»

Передбачалось, що з цього часу психолого-медико-педагогічні консультації будуть працювати на постійній основі як самостійні державні установи позашкільної освіти. Сама назва їх говорить про те, що нарешті у їхньому складі з'явився психолог. Активізувалися наукові дослідження в галузі спеціальної психології і, зокрема, пошук науково обґрунтованих методів діагностики відхилень у розумовому розвитку дітей. Почалася розробка змісту діяльності ПМПК як постійно діючих установ системи освіти. Фахівці, основним місцем роботи яких стала психолого-медико-педагогічна консультація, отримали можливість не тільки оцінювати стан психічного розвитку дитини і встановлювати природу освітніх труднощів (визначати тип спеціального навчального закладу), але й надавати консультативну допомогу батькам щодо розвиткової роботи з дитиною, пропагувати відповідні знання серед батьків та педагогів.

Проте через складні суспільно-політичні і економічні обставини, відсутність необхідних нормативно-правових актів істотних змін у діяльності ПМПК у період з 1993 по 2002 рік не відбулося: трансформація була формальною, ПМПК обласного рівня за змістом функціонування залишались комісіями, бо фактично продовжували здійснювали лише одну функцію – діагностичну. Більшість консультацій обласного рівня впродовж десяти років (1993-2003) працювали стихійно, у вкрай малочисельному складі (від 2 до 4-5 працівників) і знову ж таки переважно на громадських засадах, збираючи в день прийому величезні черги дітей і обслуговуючи при цьому сотні тисяч дитячого населення. Якість діагностики при цьому залишалась сумнівною, відбувалась фактично на основі медичних показників.

Однією з причин такої стагнації була невизначеність статусу Центральної консультації як головної організаційної структури серед психолого-медико-педагогічних консультацій. На той час Центральна ПМПК спочатку знаходилась в структурі Інституту психології ім. Г. С. Костюка, пізніше – Інституту дефектології. Діяльність її розглядалась як громадське навантаження наукового

співробітника на умовах віртуального керівництва з єдиною функцією – науково-методичного забезпечення.

Хоч новостворені консультації як постійно діючі установи набули більше можливостей організаційного і методичного зростання, професійного вдосконалення своїх фахівців, на перешкоді справжнього розширення їхніх функцій стояла надзвичайно рідка їх мережа. За тодішнім Положенням одна консультація створювалась на 120 тисяч дитячого населення. Фактично ж за винятком кількох великих міст, де діяли міські консультації, вони обмежувалися однією на область.

Етап третій. Справжні зміни, які відкрили перед консультаціями нові можливості, відбулися не так вже й давно. *Переломним моментом у реформуванні психолого-медико-педагогічних консультацій* став період з 2002 по 2004 рік, коли було розроблено і затверджено нове Положення про центральну та республіканську (АР Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації (наказ Міністерства освіти і науки України від 07.07.2004 р. № 569/38, зареєстрований Міністерством юстиції України 27.07.2004 р. за № 931/9530).

Назване Положення забезпечило нормативно-правові засади переходу ПМПК до діяльності у новому статусі - як самостійних постійно діючих закладів системи освіти, про що було задекларовано ще в 1993 році. В ньому було чітко визначено функції і напрямки діяльності, розмежовано завдання Центральної, обласних та районних (міських) консультацій. Це створило умови для :

а) розбудови і впровадження в практику нового змісту діяльності - перетворення їх в установи системи освіти з багатьма функціями (8) і напрямками роботи (10);

б) створення і розвитку мережі районних (міських) консультацій, які стали головним фактор реформування діяльності сучасних психолого-медико-педагогічних консультацій,

в) утвердження Центральної ПМПК, основними функціями якої є координувально-управлінська та методичного забезпечення.

Слід відзначити, що визначення статусу Центральної ПМПК, уведення її структурним підрозділом в Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи АПН України створило сприятливі умови для розгортання її діяльності як головної структури, що контролює, координує і здійснює розробку нормативно-правових засад, науково-методичне керівництво регіональними (республіканської АР Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських) консультаціями відповідно до вимог МОН (Постанова Президії Академії Педагогічних Наук України, Протокол № 1-7/9-166 від 21.XI.2002 р. та спільний Наказ МОН України та Академії педагогічних наук України № 673/79 від 26.XI.2002 р.

Невдовзі було розроблено пакет документів, які почали регулювати діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій. Серед них: "Стратегія розвитку психологічної служби системи освіти України на період до 2008 р." (наказ МОН України від 17.09.2004 р. № 734), Наказ МОН України про організацію діяльності регіональних психолого-медико-педагогічних консультацій від 17.08.2004 р. № 661, листи МОН про звітність (від 16.12.2003 р. № 1/9-579) та фінансування діяльності ПМПК (від 09.08.2005 р. № 1/9-414), Постанова Кабінету Міністрів України від 16 травня 2007 р. № 739 про зміну тривалості відпустки для консультантів ПМПК; Наказ МОН України про виконання рішення колегії з питання "Про стан та подальший розвиток психологічної служби системи освіти України" від 19.06.2008 № 554.

На основі започаткованої щорічної звітності створилися умови для отримання аналітично-оперативної інформації про стан розвитку та ефективність діяльності регіональних консультацій. Така інформація Центральною ПМПК почала узагальнюватися і публікуватися у спеціальному довідковому виданні "Психологічна служба та психолого-медико-педагогічні консультації системи освіти України (показники розвитку за підсумками навчального року)".

Відтепер напрямки діяльності консультацій істотно розширилися. Створилася нормативно-правова база для впровадження змін, розгортання функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій як осередків

підтримки та інформаційно-консультативної і корекційно-розвиткової допомоги і для дітей, і для їхніх батьків. Передбачалось, що завдяки можливостям створення районних (міських) консультацій така допомога мала істотно наблизитися до місця їхнього проживання, підняти рівень задоволення їхніх потреб, консолідуючи задля цього зусилля освітніх, медичних, соціальних інституцій навколо сімей, які виховують таку дитину.

В робочому часі фахівців ПМПК передбачено новий вид роботи - індивідуально-корекційні заняття з дитиною та її родиною. Такі заняття не замінюють роботу спеціальних навчальних закладів освіти, проте здатні певною мірою компенсувати недостатнє забезпечення консультативною і корекційною допомогою населення. Завдяки районним ПМПК надання і консультативної, і корекційної допомоги, вдалося збільшити регулярність і обсяг її, контроль за розвитком дитини. Насамкінець, завдяки створенню мережі ПМПК районного рівня істотно компенсується нерівномірність і недостатність корекційної допомоги дітям та професійної підтримки батькам в сільських місцевостях, віддалених районах. Раніше таку підтримку можна було отримати лише в обласній консультації. Щороку кількість індивідуально-корекційних занять в психолого-медико-педагогічних консультаціях зростає. Так, наприклад, в 2003-2004 н.р. такий вид роботи був відсутній, натепер за даними 2012- 2013 н. р вже було проведено 134.780 таких занять з дітьми та їхніми батьками.

Відповідно до Положення районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації отримали право діагностики окремих видів порушень у дітей. Це фактично зняло проблему формування черг (до 50 дітей на одне засідання) та проблему гострого дефіциту часу під час діагностичного обстеження дітей, що часто ставало причиною неякісної діагностики і хибних рекомендацій. Функціонування районних ПМПК створило сприятливі умови для повноцінного вивчення дитини і здійснення якісної діагностики, консультування батьків, оскільки за сучасними нормативними вимогами на одному діагностичному засіданні *може бути обстежено не більше 12 осіб (лист МОН України від 09.08.2005 р № 1/9-414 "Про фінансування діяльності республіканської (АР Крим),*

обласних, Київської та Севастопольської міських, районних (міських) психолого-медико-педагогічних консультацій").

Серйозну увагу в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій почали приділяти консультативній і просвітницькій роботі. Завдяки особливому складу штатних працівників ПМПК, до яких входять різні фахівці (дефектологи різної спеціалізації, психологи та лікарі) та постійному місцю і режиму їх роботи, ПМПК стали повноцінними консультативно-інформаційними центрами для різних груп населення (батьків, дільничних лікарів, вчителів, практичних психологів), де можна отримати фахову допомогу з усіх проблем у розвитку дітей.

Етап четвертий. Проте, попри всю кардинальність затверджених нормативно-правових засад (змін), через фінансові проблеми в країні у період з 2005 по 2010 роки в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій не вдалось повністю досягти запланованих результатів. Реформування відбувалось повільно і нерівномірно. Перехід до функціонування на постійній основі відбувався лише частково: консультації обласного рівня почали працювати на постійній основі з повним робочим днем, але за змістом роботи залишались «комісіями», переважна кількість консультацій районного рівня функціонували на громадських засадах, значна кількість фахівців, зайнятих в роботі ПМПК, залучались до роботи на теж на волонтерських засадах або в кращому випадку - з погодинною оплатою праці. Мережа районних-міських консультацій розвивалась повільно, нерівномірно і за вкрай неефективними організаційними моделями. Кадрове забезпечення фахівцями відбувалось зі значними кількісними і якісними порушеннями, на посаду завідувачів запрошувались не фахівці, тобто без належної дефектологічної освіти.

Слід зазначити, що названий історичний етап розвитку психолого-медико-педагогічних консультацій *мав свою унікальну соціальну ситуацію*, зумовлену формуванням нової філософії ставлення до дітей з особливими освітніми потребами під впливом передових ідей соціальної інклюзії. Такі ідеї стали стрімко поширюватись в середовищі батьків дітей з порушеннями психофізичного розвитку та з інвалідністю, які настійливо почали вимагати від держави

задовольняти освітні потреби їхніх дітей у найближчих до місця проживання навчальних закладах – у відповідності до Конвенції ООН про права інвалідів та Факультативний протокол до неї, ратифікованою Україною (ЗУ №1767-УІ від 16.12.2009) і Стандартних правил забезпечення рівних можливостей

На тлі нових світоглядних уявлень щодо захисту прав дітей та їхніх батьків реформування психолого-медико-педагогічних консультацій, що відбулося в 2004 році, було мало відчутним для споживачів її послуг. Зумовлено це було низкою об'єктивних причин. Насамперед, зміни, що відбулися в діяльності самих консультацій мали *випереджувальний характер* по відношенню до існуючої жорсткої і негнучкої системи задоволення прав на здобуття освіти дітей з порушеннями в розвитку, у контексті якої вони функціонують. Психолого-медико-педагогічна консультації являє собою лише одну із структурних ланок реалізації права на освіту таких дітей. Тому її передові просування нівелюються дискримінуючими обмеженнями отримання освітніх послуг лише через виключно монопольну систему спеціальних навчальних закладів, а також відсутністю умов для захисту і реалізації прав дітей на отримання рівних можливостей у задоволенні їхніх освітніх потреб в загальній освітній системі.

Активність батьків на цьому етапі розвитку психолого-медико-педагогічних консультацій стала головною рушійною силою, яка радикалізувала ситуацію і пришвидшила зміни не лише в державній політиці підтримки дітей з вадами психофізичного розвитку в Україні, але й в системі освіти і науки та подальше реформування діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій.

Стрімко змінювались погляди фахівців самих психолого-медико-педагогічних консультацій щодо форм і способів підтримки і допомоги дітей з особливими потребами та їхніх батьків у напрямку прийняття ідей соціальної інклюзії.

Крім цього виникла потреба в оновленні нормативно-правових регламентацій, які б сприяли з одного боку, зміцненню самих консультацій, а з іншого – посиленню гарантій та механізмів захисту прав дітей та їхніх батьків у здобутті освіти у контексті діяльності ПМПК. У зв'язку з цим було розроблено

Положення новій редакції "Про внесення змін до Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації", затвердженій Наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Національної академії педагогічних наук України від **23.06.2011 № 623/61**, зареєстрованим у Міністерстві юстиції 06.12.2011 за № 1407/20145).

1.2.Еволюція поглядів на підтримку дітей з порушеннями психофізичного розвитку та концептуальні засади функціонування ПМПК

Разом з вибором Україною незалежного та демократичного напрямку розвитку суспільства значно посилилась увага до якості і доступності освіти для дітей з особливими освітніми потребами та з інвалідністю. У 2009 році Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права інвалідів та Факультативний протокол до неї (ЗУ №1767-УІ від 16.12.2009).

Історичний екскурс характеристики ставлення до людей з інвалідністю свідчить, що в суспільствах минулих віків люди з вадам розвитку та, зокрема, діти-інваліди вважались калічними, нікчемними, юродивими, "дітьми бога" чи "дітьми диявола" і тягарем, непотрібним баластом для суспільства, якого воно часом намагалось позбавлятися шляхом фізичного знищення (Спарта, інфантицид, Римська імперія, Індія, гітлерівська Німеччина [насильницька стерилізація, фізичне винищення, об'єкти для експериментів]). Відповідним було і ставлення до слабких, старих, немічних і неповноцінних (з різними вадами): від думки, що вони зайві члени суспільства, раби своїх батьків, потенційне зло і загроза тощо – до жалості, поблажливості, догляду, піклування, опіки, пожертв, благодійних заходів для них, та державної підтримки у вигляді організації спеціального навчання, матеріальної допомоги у вигляді пенсій (та сучасних намірів забезпечення рівних можливостей для всіх).

Ратифікація Конвенції свідчить про те, що українська держава визнає особливі потреби та незахищеність певних груп дітей і бере цілковиту відповідальність за забезпечення всіх прав і свобод громадян з інвалідністю, їх

повноцінного права на життя. В статті 24 "Освіта" Конвенції зазначається, що: діти-інваліди не виключаються через інвалідність із системи загальної освіти, мають нарівні з іншими доступ до інклюзивної, якісної та безоплатної початкової й середньої освіти в місцях свого проживання; забезпечуються пристосуванням, що враховує індивідуальні потреби.

В Україні поняття про людину з інвалідністю на звичайному, побутовому рівні асоціюється виключно з людиною, яка має офіційне медичне підтвердження статусу інваліда певної групи (I, II, III), що означає рівень її працездатності, і в залежності від цього отримує від держави матеріальну допомогу у вигляді пенсії.

Відповідно й поняття "діти з інвалідністю" в Україні вживається у вузькому значенні – зводиться до розуміння дитини, яка має офіційно визначений статус дитини-інваліда, інвалід з дитинства. У світовій практиці це поняття ширше і застосовується для визначення групи дітей, які мають порушення психофізичного розвитку та інші труднощі активного суспільного функціонування.

В основі взаємоз'язку суспільства і людей з інвалідністю, їхніх уявлень та позицій, що визначають соціальну політику щодо них, домінує прагматичний підхід. Прагматичний підхід (від грец. – справа, дія) – означає систему цінностей, понять, суджень та інших знань, що лежать в основі практичних дій суспільства щодо людей з інвалідністю, визначають наслідки цих дій і зумовлюють їх соціальне становище.

Взаємоз'язок суспільства і людей з інвалідність розкривається через наступні чинники: 1) очікування суспільства щодо інвалідів; 2) відповідність особи вимогам, здатність виконувати діяльність; 3) оцінку рівня функціонування, 4) міру користі суспільству (часткове пристосування, тягар, зайвий баласт; знецінення-визнання); 5) ступінь включення, забезпечення рівних можливостей.

Уявлення про інвалідизацію дитини і ставлення до неї в суспільстві відображають медичні концепції визначень (медичну модель), які розглядають ваду здоров'я як характеристику особистості, що може бути спричинена хворобою, травмою чи станом здоров'я і, відповідно, потребує медичного втручання та інших заходів з метою поліпшення стану особи. Реакцією

суспільства у контексті медичних уявлень про інвалідність є лікування, реабілітації та соціальна допомога. Остання може надаватися у формі організації спеціальної освіти та пенсії. Отже, ставиться за мету нормалізувати до певної міри життя дитини з особливими потребами шляхом забезпечення економічних та освітніх можливостей.

Прагматичний підхід властивий і новітнім уявленням, які можна висловити через гасло: що добре усім людям, добре і особам з інвалідністю. Природні процеси старіння, що зумовлюють вікові зміни у стані здоров'я людей, несприятливі чинники, що супроводжують життєдіяльність людини, рано чи пізно ставлять проблему інвалідності як актуальну для кожного члена суспільства. Дбаючи про забезпечення рівних можливостей для осіб з інвалідністю, суспільство дбає про всіх.

Термін "діти з особливими освітніми потребами" постав наразі в Україні як такий, що найбільш адекватно відображає передові погляди щодо дитячої неповносправності (інвалідності) і серед інших зайняв домінуюче положення. Він об'єднує всіх дітей, які мають порушення психофізичного розвитку, що зумовлюють особливі труднощі у засвоєнні ними знань, мають особливі освітні потреби у здобутті освіти та потребують різних форм суспільного піклування. Визначення "діти з особливими освітніми потребами та інвалідністю" є найбільш близьким до світових значень поняття "інвалідність" та "дитина з інвалідністю". Водночас є більш позитивним і прогресивним. Він декларує нову світоглядну позицію і стимулює суспільство до відповідальності у забезпеченні необхідної підтримки у навчанні дітей з різними видами порушень, які не дають їм можливість користуватися (традиційними) загальноприйнятими освітніми послугами, що надаються школами у місцевій громаді.

Конвенція ООН - унікальний міжнародний документ, спрямований на підтримку дітей з особливими освітніми потребами та з інвалідністю. У ст.2 цього документу визначається, що наявність інвалідності у дитини є підставою для захисту від дискримінації. Вперше в історії міжнародного правового

законодавства визначено пріоритети інтересів дитини у суспільстві і наголошується на необхідності особливої турботи про дітей з інвалідністю.

Основні положення Конвенції ООН стають визначальними в розробці державної політики у сфері освіти для таких дітей. Вони знайшли своє відображення в Конституції України, де визначено та стверджено основні права людини, серед яких, право на освіту (ст.53), право на соціальний захист (ст.46). У Законах України : "Про освіту"(1991 р.), "Про загальну середню освіту"(1999 р.), "Про дошкільну освіту"(2001 р.), "Про охорону дитинства"(2001 р.), "Про реабілітацію інвалідів в Україні " (2005 р.) в тих чи інших формулюваннях визначено, що діти України мають право на безкоштовну освіту в державних навчальних закладах незалежно від будь-яких ознак, в тому числі і від стану здоров'я. Це право забезпечується розгалуженою мережею навчальних закладів, різними формами навчання.

В Законі України "Про загальнодержавну програму «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року від 5 березня 2009 року № 1065-УІ" об'єднуються в єдину систему зусилля держави щодо захисту прав дітей, визначається мета і напрями діяльності у поступі до створення умов для повноцінного життя у суспільстві дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, здобуття ними освіти, для їх подальшого працевлаштування.

З цією метою нині запроваджуються і вводяться в дію спеціальні програми, плани дій, заходів, розпорядження Кабінету Міністрів України, накази, розпорядження та інструктивні листи Міністерства освіти і науки України.

Значну роль у цьому процесі відіграють громадські організації "Крок за кроком, Національна Асамблея Інвалідів. Проекти названих недержавних організацій спрямовані на:

а) аналіз законодавчої та нормативно-правової бази, яка закріплює права і свободи дитини, зокрема найбільш незахищених категорій;

б) науково-методичну реалізацію ідей соціальної інклюзії та інклюзивної освіти в Українському суспільстві.

Визначальним чинником історичних перемін в діяльності ПМПК стали зміни в філософії ставлення держави до дітей з вадами психофізичного розвитку на основі гуманізму, передових ідей соціальної інклюзії та демократичних підходів в організації освітнього процесу для таких дітей, дотримання загальнолюдських прав, зокрема, щодо забезпечення їх права на освіту, рівного доступу до якісної освіти в єдиному загальноосвітньому просторі шляхом забезпечення безбар'єрного доступу, застосування особистісно-орієнтованих методів навчання з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності, що відповідають змісту Конвенції ООН про права інвалідів та Факультативного протоколу до неї (Закон України № 1767-VI від 16.12.2009).

Провідним лейтмотивом змін у ставленні до таких дітей є наміри якнайраніше дійти до кожної дитини і максимально допомогти їй самій та її родині, забезпечити рівні права у доступі до освіти відповідно до міжнародних та вітчизняних правових документів, зокрема "Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів".

Аналіз філософії соціальної інклюзії, визначення її складових був покладений в основу розробки нової концепції діяльності сучасних психолого-медико-педагогічних консультацій, моделювання змісту змін.

Порівняльний аналіз діяльності медико-педагогічних комісій і психолого-медико-педагогічних консультацій дозволив виділити відмінності за такими параметрами: 1) формою організації, 2) формою залучення фахівців, 3) функціями та напрямками діяльності, 4) філософією ставлення до дітей з особливими освітніми потребами.

Форма організації	
громадські засади	постійно діюча основа
Форма залучення фахівців	
ситуативні об'єднання педагогів переважно спеціальних шкіл	постійний склад фахівців вузьких спеціалізацій (за нозологіями)
Функції	

тільки діагностична (психолого-педагогічна оцінка)	багато функцій і напрямків роботи
<i>Філософія ставлення до дітей</i>	
використати можливості дитини	створити рівні можливості для участі у суспільстві
<i>Модель розуміння неповносправності</i>	
медична модель (утилітарно-корислива)	модель соціальної інклюзії

Визначено принципи діяльності сучасних психолого-медико-педагогічних консультацій:

1) дійти до кожної дитини з особливими освітніми потребами і допомогти в реалізації прав на здобуття освіти;

2) визнання пріоритетності сімейного виховання для дітей з особливими освітніми потребами, сімейних цінностей і захист прав на вибір форми, місця навчання;

3) відкритість, дружність і близькість до батьків; толерантність і адвокатство у ставленні до батьків, поведінка у відповідності етичного кодексу, деонтологічних принципів;

4) під час психолого-педагогічного вивчення і оцінки стану дитини зосередження на сильних сторонах її розвитку, добір адекватних методів педагогічної роботи для реалізації потенціалу розвитку у повному обсязі;

5) сприяння забезпеченню здобуття якісної освіти, що ґрунтується на індивідуальних можливостях розвитку і врахуванні задатків;

6) сприяння запровадженню інклюзивної форми навчання завдяки створенню фондів наочних і методичних матеріалів для забезпечення належних умов та розумного пристосування у навчанні дітей з особливими освітніми потребами в єдиному освітньому просторі.

Концептуальні засади реформування діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій.

1) Зміст діяльності (завдання, функції, напрямки) психолого-медико-педагогічних консультацій визначається новою філософією, передовими світоглядними ідеями щодо захисту і реалізації прав на здобуття освіти дітей з особливими освітніми потребами (соціальна інклюзія і соціальна модель розуміння особливих потреб дитини з порушеннями ПФР) без дискримінації.

У зв'язку з цим Положення має бути позбавлене всіх моментів, що ведуть до будь яких форм дискримінації дітей з вадами розвитку у доступі до здобуття освіти, зокрема: консультування здійснюється на добровільних началах, з ініціативи батьків та за умови їхньої присутності, психолого-педагогічні висновки щодо освітніх потреб дітей мають рекомендаційний характер, відстороненість від функції направлення в навчальний заклад. Названі підходи сприятимуть утвердженню принципово нової концептуальної моделі діяльності ПМПК саме як консультації, а не комісії: з постійною формою роботи, без періодів сезонності, визначеним кадровим складом, відмовою від роботи на громадських засадах, з широким спектром суспільно-значущих напрямків роботи (виявлення з акцентом на ранньому дітей групи ризику); якісне психолого-педагогічне вивчення, консультативно-інформаційна робота з батьками, формування банків даних, оперативно-аналітична тощо.

2) Діяльність ПМПК ґрунтується на принципах тобто свідомому виборі позицій щодо взаємодії з батьками, органами управління освітою, педагогічною спільнотою, суміжними партнерами, правилах, які визначають дії.

3) Реалізація наукового підходу у психолого-педагогічному вивченні дитини, оцінці її потенційних ресурсів розвитку (діагностиці і прогностиці), перспектив соціальної реалізації відповідно до особливостей розвитку, в корекційно-розвитковій роботі, забезпеченні належних засобів та розумного пристосування у процесі абілітації та реабілітації, використання новітніх технологій. Якщо раніше під час обстеження фокус вивчення педагогів утримувався на оцінці стану дитини, її хвороб, породжених ними наслідків і проблем, а відтак – її недоліків розвитку, неспроможностей (нездатностей), то нині фокус вивчення зміщується на визначення сильних сторін дитини, здатностей

функціонування, взаємодії, контакту, спілкування, особливостей засвоєння знань (навчуваності) – тобто на визначення освітніх потреб дитини і допомогу у їх реалізації. Таким чином забезпечується зміщення цілей роботи з дитиною, перенесення їх з медичної сфери у сферу освітню тобто перехід від оцінки медичних проблем до визначення і вирішення освітніх потреб; результат фіксується у психолого-педагогічному висновку, змінюються форми запису.

4) Спрямованість на якомога раннє виявлення і фаховий психолого-педагогічний супровід розвитку, навчання та виховання дітей з вадами та ознаками труднощів психічного розвитку (групи ризику). Основа оптимістичної позиції в розумінні ролі і можливостей корекційно-розвиткових заходів (превентивних) в соціалізації дітей з вадами розвитку (чим раніше розпочаті абілітаційні та реабілітаційні заходи, тим продуктивніша суспільна інтеграція, вищий рівень готовності до здобуття освіти в інклюзивних формах. Пріоритетний напрямок роботи, пов'язаний з: профілактикою вторинних ускладнень, штучного стримування розвитку, виникнення хронічної неуспішності, шкільної дезадаптації, порушень поведінки. Передбачає консолідацію зусиль різних фахівців: педіатрів, сімейних лікарів, практичних психологів, служб у справах дітей.

5) Професіоналізм і відповідальність консультантів у виконанні посадових обов'язків відповідно до фахової спеціалізації; гуманізм у ставленні до дітей та їхніх батьків, деонтологічні принципи стилю спілкування.

6) Сприяння забезпеченню доступності, гнучкості і різноманітності у задоволенні освітніх потреб дітей з вадами розвитку та інвалідністю у місцях їхнього проживання та забезпечення їх якісною освітою з урахуванням індивідуальних здібностей, обдарувань, реальних можливостей особистості.

Узагальнимо чинники, що забезпечили істотні зміни в діяльності сучасних психолого-медико-педагогічних консультацій.

1. Поширення передових ідей соціальної інклюзії та демократичних підходів в організації освітнього процесу для дітей з особливими освітніми потребами, оснований на визнанні загальнолюдських прав, зокрема, щодо забезпечення їх права на освіту на умовах рівного і безбар'єрного доступу.

2. Перехід до організації діяльності на постійно діючій основі передбачає державне фінансування, відповідне нормативно-правове оформлення (наказ органу управління освітою про створення), постійний кадровий склад штатних працівників (консультантів) з визначеними посадовими обов'язками, повний робочий день, протягом календарного року, приміщення з належним матеріально-технічним забезпеченням. Завдяки такій організації функціонування психолого-медико-педагогічні консультації створюються умови для вирішення першочергових завдань: активного виявлення дітей з особливими освітніми потребами, встановлення контакту з їхніми сім'ями, збору даних про кількості таких дітей в регіоні, визначення їхніх освітніх потреб та забезпечення необхідною допомогою.

3. Для забезпечення функціонування Психолого-медико-педагогічні консультації мають особливий склад фахівців, які називаються консультантами. Це, насамперед, дефектологи (корекційні педагоги) різних спеціальностей, а саме, логопед, тифлопедагог, сурдопедагог, олігофренопедагог; лікарі (психіатр і невролог), психологи. Завдяки такому кадровому складу психолого-медико-педагогічні консультації спроможні здійснювати консультування населення в широкому діапазоні, допомагаючи вирішувати психологічні, медичні і педагогічні проблеми дітей. Тут також можуть знайти вирішення окремі проблеми батьків, питання сімейного виховання тощо. Фахівці консультації зорієнтовані на батьків, яких ще, консультацій потребує їхня дитина, назвуть конкретні адреси, будуть провідниками у з'ясуванні багатьох важливих питань, допомагаючи усунути перешкоди в реалізації потенціалу можливостей до розвитку і особистісного зростання їхніх дітей.

4. Одним із найважливіших чинників забезпечення якісних змін в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій є створення мережі районних (міських) консультацій. Районні (міські) консультації – це максимально наближені до місць проживання дітей з особливими освітніми потребами та з інвалідністю осередки фахової підтримки і організації корекційно-розвиткової та реабілітаційної допомоги. Вони стали головним фактором реформування

діяльності сучасних психолого-медико-педагогічних консультацій, перетворення їх в установи системи освіти з багатьма функціями. Саме завдяки районним (міським) консультаціям здійснюється повнота виявлення і обліку дітей особливими освітніми потребами в регіоні, досягається необхідний рівень надання освітніх послуг, створюються умови для поліпшення якості психолого-педагогічного вивчення, проводиться корекційно-розвивальна робота, забезпечується психолого-педагогічний супровід дітей з тяжкими та складними порушеннями розвитку вдома, інформаційно-консультативна робота з батьками, впровадження інтегрованих/інклюзивних форм навчання.

5. Велике значення для реформування психолого-медико-педагогічних консультацій мало функціонування Центральної консультації. Вчасна розробка проектів нормативно-правових актів, регламентацій, методичних рекомендацій, пропозицій забезпечила позитивні зміни щодо викорінення дискримінуючих дій в функціонуванні ПМПК, впровадження наукових засад і принципів в їх діяльності та нового іміджу як осередку надання різнобічної допомоги населенню.

1.3. Нові нормативно-правові засади діяльності.

Унесенням в зміст чинного Положення нових регламентацій досягнуто таких результатів:

- **законодавчо врегульовано** комплекс питань, пов'язаних з **повноваженнями** психолого-медико-педагогічних консультацій у наданні допомоги дітям з вадами психофізичного розвитку та тим, які мають ознаки ризику виникнення труднощів пізнавальної діяльності і поведінки, у тому числі - з інвалідністю. Це конкретизовано в наступних нововведеннях:

консультації віднесено до установ освіти методичного спрямування;

визначено субординацію і розмежовано завдання та напрямки діяльності обласних та районних (міських) консультацій;

розроблено механізми взаємодії консультацій із спеціалістами органів управління освітою, соціального захисту населення, охорони здоров'я, служб у справах дітей;

розроблена послідовність дій психолого-медико-педагогічних консультацій у разі, коли їх висновки щодо програми і методів навчання і виховання дитини не збігаються з медичним діагнозом (п.4.6, розділ IV);

- **закріплено** в діяльності консультацій принципи, ідеї, позиції, які відповідають сучасній державній політиці підтримки дітей з вадами психофізичного розвитку та концепції соціальної інклюзії, що впроваджується в системі освіти України. У зв'язку з цим:

у тексті Положення вжиті лексичні засоби, які відповідають змісту Конвенції ООН про права інвалідів та Факультативного протоколу до неї (Закон України № 1767-VI від 16.12.2009),

уведені нові напрямки роботи а) сприяння впровадженню інтегрованого та інклюзивного навчання; б) підтримка сімей, які виховують дитину з тяжким чи складним порушенням; в) складання Індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю (Розділ I, п.1.2 – 1-1.1);

передбачено заходи щодо захисту персональних даних дітей, які пройшли психолого-педагогічне вивчення в консультації (п.1.4, розділ 1;п.4.2, розділ IV).

- **унормовано механізми реалізації (захисту (без дискримінації)** прав на здобуття освіти дітей з вадами психофізичного розвитку, підтримки та надання допомоги їхнім родинам завдяки унесенню статей, що наголошують на:

добровільності звертання батьків в консультацію за допомогою,
рекомендаційному характері висновків та рекомендацій,
виборі батьками місця здобуття освіти для своєї дитини,
формулюванні висновку та рекомендацій (щодо труднощів розвитку дитини, здатності до засвоєння знань і визначення належних засобів розвитку і навчання) у контексті психолого-педагогічної термінології, а не медичного діагнозу (додаток 3, нова форма Витягу);

відстороненості консультацій від функції направлення дітей в навчальні заклади;

-визначено вимоги до організації і матеріально-технічного оснащення діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій (розділ VI); до належного кількісного і якісного кадрового забезпечення (п.3.1, 3.2, розділ III).

Сфера діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій багатоаспектна, спрямована на виконання різних функцій та напрямків роботи. Всі вони взаємопов'язані між собою і реалізуються через різні напрямки і види роботи.

Далі зупинимося на конкретизації внесених змін в новій редакції Положення та розкритті їх суті.

1. Утверджено статус психолого-медико-педагогічних консультацій як методичних установ системи освіти. Це відповідає фаховим компетентностям консультантів, які входять до кадрового складу психолого-медико-педагогічних консультацій. Кожний з них має свою вузьку спеціалізацію відповідно до виду порушень психофізичного розвитку і готовий до надання навчально-методичної допомоги. Володіючи знаннями про механізми порушеного розвитку, вони мають уявлення про ланцюги психолого-педагогічних деформацій психічного розвитку та адекватні педагогічні технології і корекційні засоби, які здатні забезпечити ефективний навчально-(ре-)абілітаційний процес.

2. Закріплено багатоаспектність функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій саме як постійно діючих установ системи освіти з постійним складом фахівців на противагу комісій, з якими вони ще й досі часто асоціюються, хоч давно й відійшли у минуле.

Для довідки: медико-педагогічні комісії функціонували з середини 30-х років 20-го століття і відрізнялись від консультацій: а) формою організації, б) формою залучення фахівців, в) функціями та напрямками діяльності, г) філософією ставлення до дітей з порушеннями в розвитку, д) моделлю розуміння неповносправності. Комісії являли собою ситуативні об'єднання педагогів переважно спеціальних шкіл, які діяли на громадських засадах, виконували лише діагностичну функцію з метою відбору та комплектування спеціальних навчальних закладів. В державній освітній політиці ставлення до таких дітей

домінував утилітарно-корисливий підхід – навчати тих, чиї потенційні можливості можна використати на благо суспільства.

Натомість діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій передбачає широкий діапазон функцій і напрямків, які кардинально змінюють саму концепцію функціонування консультацій. Зокрема, функціями консультацій є: консультаційна, методична, психолого-педагогічна, корекційно-розвивальна, прогностична, профілактична, інформаційно-аналітична, просвітницька. Вони реалізуються в таких напрямках практичної роботи консультантів: виявлення та облік дітей з порушеннями психофізичного розвитку, організація якомога ранньої допомоги; психолого-педагогічне вивчення; консультування; індивідуально-корекційна робота; створення банків даних про дітей з вадами психофізичного розвитку, аналітична (вивчення тенденцій, пропозиції розвитку і оптимізації форм підтримки), просвітницька.

Згідно нової редакції Положення в діяльність консультацій уведено нові напрямки роботи: а) складання Індивідуальної програми дитини з інвалідністю;

б) патронаж сімей, які виховують дитину з тяжким чи складним порушенням; в) сприяння впровадженню інтегрованого/інклюзивного навчання.

Всі напрямки діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій дуже важливі для підтримки дітей. Але пріоритетними серед них є консультування і психолого-педагогічне вивчення проблем дитини. До їх здійснення ставляться дуже серйозні вимоги: толерантність у спілкуванні, дотримання процедури, фаховість і обов'язковість психолого-педагогічного вивчення, добір адекватного і науково-обґрунтованого діагностичного інструментарію, врахування несприятливих факторів розвитку (гіпо-гіперопіка, депривація, госпіталізація, ізоляція, сирітство) тощо.

Різнобічне консультування – основна форма діяльності сучасних консультацій і спрямоване на допомогу різним групам споживачів у вирішенні широкого кола питань, пов'язаних із задоволенням освітніх потреб дітей мало захищених груп. Консультації надаються не лише батькам, але й педагогам, учнями чи вихованцями котрих є такі діти; спеціалістам органів управління

освітою, котрі координують питання щодо забезпечення права на освіту дітей з особливими потребами та з інвалідністю; служб у справах дітей. Такі консультації мають різний зміст в залежності від того, кому вони адресовані.

Так, для батьків за результатами психолого-педагогічного вивчення формулюються висновки про особливості розвитку, навчання і виховання їхніх дітей, визначаються особливі освітні потреби щодо змісту, методів, прийомів, належних засобів і пристосувань у навчально-(ре)абілітаційному процесі; надаються пояснення труднощів засвоєння знань, сильних сторін психічного розвитку, ролі і значення "батьківської педагогіки", розробляються стратегії сімейного виховання, демонструються заняття з метою навчання педагогічних технологій.

В консультаціях для педагогів з'ясовуються труднощі, специфічні особливості розвитку, природа їх виникнення у їхніх вихованців; визначається навчальна програма, методи навчання, ведеться ознайомлення з корекційними програмами, методичними посібниками, належними технічними засобами і пристосуваннями тощо, необхідними в умовах індивідуального, інтегрованого чи інклюзивного навчання.

Істотну допомогу психолого-медико-педагогічні консультації надають спеціалістам органів управління освітою завдяки аналітичній діяльності. Вони формують банки даних про кількості дітей за видами порушень психофізичного розвитку, вивчають тенденції в їх домінуванні, рівень доступу до здобуття освіти, достатність і різноманітність форм надання освітніх послуг в регіоні. Завдяки такій обґрунтованій інформації створюються умови для своєчасного і гнучкого реагування виконавчої влади щодо задоволення особливих потреб таких дітей, запровадження інклюзивної освіти.

Службам у справах дітей потреба у таких консультаціях виникає у зв'язку з необхідністю оцінки впливу несприятливих психотрамуючих факторів (сирітство, мікросоціальне неблагополуччя, педагогічна занедбаність, явища деривації і гіпоопіки тощо) на психічний розвиток дитини і розробки стратегії подолання її соціально-педагогічної дезадаптації.

Таким чином формується новий імідж психолого-медико-педагогічних консультацій. Вони стають осередками консультаційної, інформаційної, навчально-методичної допомоги у вирішенні широкого кола питань, пов'язаних з їх розвитком, навчанням і соціально-педагогічною реабілітацією дітей з вадами розвитку та їхнім батькам безпосередньо в місцях їхнього проживання; спрямовані на підтримку дітей зазначеної категорії і захист права на здобуття ними якісної освіти. Девізом їх діяльності є: кожній дитині рівні можливості у реалізації освітніх потреб. У підтримці таких дітей провідним мотивом є максимальна реалізація індивідуального потенціалу розвитку кожної дитини та її соціальна інтеграція.

3. Законодавчо закріплена участь психолого-медико-педагогічних консультацій у запровадженні інтегрованих та інклюзивних форм здобуття освіти дітьми з порушеннями в розвитку. Крім визначення навчальної програми, методів та інших заходів фахівці консультацій у разі потреби мають допомагати педагогам в розробці індивідуальної програми навчання для дитини, яка навчається в індивідуальній чи інклюзивній формі. Одним із способів сприяння впровадженню таких форм навчання є створення в консультаціях наочно-методичного фонду, який складається з навчальних програм, наочно методичних матеріалів, навчально-методичних посібників, наукових розробок, порад, технічних пристроїв.

4. Чітко визначено структуру психолого-медико-педагогічних консультацій, означено специфіку, розмежовані функції, напрямки і субординацію діяльності районних (міських), обласних та центральної консультацій. Провідна роль серед них надається консультаціям районного рівня, які представляють районні, міські та районні в місті. Якщо в роботі центральної та обласних консультацій значна увага відводиться на науково-методичну, аналітичну, координаційну роботу, то в районних (міських) домінують практичні форми роботи з дітьми та їхніми сім'ями. Саме завдяки їхній діяльності реальним стає тотальне виявлення дітей з порушеннями розвитку і максимально наближується до місця проживання підтримка і надання допомоги кожній дитині та її сім'ї, котра цього потребує.

5. Визначено механізми взаємодії психолого-медико-педагогічних консультацій з органами управління освітою у питаннях організації розвитку, навчання та виховання дитини з особливими освітніми потребами. Адже і досі існує стереотип, як відлуння діяльності медико-педагогічних комісій, що консультації – це лише інструмент комплектування спеціальних навчальних закладів і скеровування до них дітей. Відповідно до нових нормативно-правових регламентацій психолого-медико-педагогічні консультації відсторонені від функції комплектування і направлення дітей в навчальні заклади. Відтепер забезпечення місцем здобуття освіти – справа спеціалістів органів освіти, а не консультацій. Облік місць в закладах освіти і надання місця для здобуття освіти належить до компетенції управління освітою.

Завдяки такій нормі психолого-медико-педагогічні консультації отримали відносну незалежність як експертні установи системи освіти. Їх обов'язком є, насамперед, а) вивчення і об'єктивна оцінка стану психічного розвитку дитини, її здатності до засвоєння знань, визначення актуальних завдань реалізації освітніх потреб; б) детальне інформування батьків щодо наявних можливостей в регіоні задовольнити потребу їхньої дитини у здобутті освіти. Оскільки у всіх Законах України ("Про освіту", стаття 60; "Про дошкільну освіту", стаття 36; "Про загальну середню освіту", стаття 29), що стосуються освіти, зазначається, що право на вибір місця здобуття освіти дитини залишається за її батьками, вони мають право на отримання достовірної інформації про існуючі варіанти вибору і якість освіти, яку ті здатні забезпечити. Фахівці консультацій мають зробити все, щоб вибір батьків був виваженим і свідомим.

б) Однією з найбільш радикальних змін в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій є відхід від медичного змісту висновків тобто діагнозу, шифрів, і перехід до їх формулювання у контексті психолого-педагогічної термінології, а не медичного діагнозу.

Висновок, який в новій редакції Положення визначено як психолого-педагогічний, є документом, який в компактній (стислій) формі розкриває психолого-педагогічну картину проблем дитини, на основі оцінки здатності до

засвоєння знань визначає навчальну програму і методи навчання і виховання, вказує на провідні напрямки корекційно-педагогічного впливу.

Це пов'язано, по перше, з тим, що консультації є установами освіти, тому закономірно в своїй діяльності ставлять освітні цілі і завдання. При цьому медичні дані лікарів для фахівців консультацій дуже важливі, вони є одним з орієнтирів в проблемах дитини, допомагають глибше розуміти специфіку і механізми порушеного розвитку, прогнозувати його динаміку, визначати системи корекційно-розвивального впливу. Названі параметри являють собою психолого-педагогічний аспект проблем і тому потребують організації адекватних суто педагогічних та психологічних заходів. Для педагогів висновок консультації з точним означенням проблем дитину в психолого-педагогічних поняттях є ключовим для побудови і реалізації ними педагогічної стратегії, вибору і застосування адекватних педагогічних технологій.

По-друге, формулювання висновку з психолого-педагогічним змістом важливе з огляду на утвердження в діяльності консультацій нових концептуальних засад у контексті передових ідей соціальної інклюзії. Цей факт засвідчує перехід від медичної до соціальної моделі розуміння неповносправності (інвалідності). Раніше під час обстеження дитини фокус вивчення утримувався на оцінці проблем медичного змісту: стану її здоров'я, (тобто особливостях ушкоджень, хвороби) і породжених ними психофізичних обмеженнях, недоліках і неспроможностях. Нині увага зосереджується на визначенні сильних сторін дитини, збережених здатностей функціонування, взаємодії, контакту, спілкування, доступних способів засвоєння знань. Зміст висновків та рекомендації консультації ставлять вимоги перед суспільством і спонукають його до створення належних умов і використання засобів для найкращого задоволення їхніх особливих потреб.

7. Розроблена і закріплена послідовність дій консультації у разі, коли її висновки щодо програми та методів навчання і виховання дитини не збігаються з медичним діагнозом. У такому випадку пріоритетними є психолого-педагогічний висновок і рекомендації консультації. Дитині рекомендується навчання за певною програмою з випробувальним терміном протягом одного року, яке передбачає

тривале вивчення, що супроводжується динамічним спостереженням педагогічного колективу і посиленням його відповідальності за здійснення індивідуальної підтримки, за своєчасну зміну педагогічної стратегії.

8. Відповідно до Закону України "Про захист персональних даних" передбачено заходи щодо захисту персональних даних дітей, які проходять психолого-педагогічне вивчення в консультації. Таке вивчення завжди відбувається за добровільним зверненням батьків (або осіб, які їх замінюють), на основі їхньої письмової згоди і обов'язковою присутністю. "Картка стану здоров'я і розвитку дитини" як документ, що містить різнобічні дані про дитину, важливі для оцінки її проблем, залишається в архіві консультації. Надані консультацією рекомендації не мають сили припису, а лише рекомендаційний характер. У разі недовіри щодо правильності висновків, наданих консультацією, батьки мають право на їх оскарження.

9. Для забезпечення ефективної діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій посилюються вимоги до умов їх функціонування. Такі умови мають забезпечити ті структури виконавчої влади, яким консультації підпорядковані. В розділі VI "Матеріально-технічне забезпечення" Положення визначені вимоги до організації і матеріально-технічного оснащення діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій, а до проведення психолого-педагогічного вивчення, забезпечення комфортних умов для дітей під час обстеження. Це передбачає облаштування спеціальної кімнати дзеркалом одностороннього бачення та відеосистемами. Однією з умов ефективного функціонування консультацій є належне кількісне та якісне кадрове забезпечення; відповідність освітнього рівня консультантів за визначеними спеціальностями. Лише за таких умов діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій може бути повноцінною і продуктивною.

Узагальнюючи можна виділити особливі акценти в діяльності сучасних психолого-медико-педагогічних консультацій, які ставляться на:

- ранньому виявленні дітей з порушеннями в розвитку та наданні їм своєчасної фахової корекційної допомоги; цінність раннього втручання

виявляється в пропедевтиці і профілактиці виникнення вторинних порушень у пізнавальній та особистісній сфері дітей з вадами розвитку;

- активному виявленні дітей "групи ризику" щодо порушень психічного розвитку та проведення просвітницької діяльності серед батьків, педагогів дошкільних навчальних закладів та початкових класів загальноосвітніх шкіл;

- посиленні відповідальності педагогічного колективу навчальних закладів, шкільних комісій щодо своєчасної зміни педагогічних стратегій до дитини, яка виявляє ознаки позитивного корекційного ефекту; до фахівців, які супроводжують дітей-сиріт та позбавлених батьківського піклування;

- розвитку мережі районних (міських) психолого-медико-педагогічних консультацій на визначених Положенням умовах їх функціонування;

- цінуванні і визнанні пріоритетності сімейного виховання для дітей з особливими освітніми потребами ;

- максимальному сприянні консультацій забезпеченню доступності, гнучкості, різноманітності і якості у задоволенні освітніх потреб дітей у місцях їхнього проживання; створенні належних умов для здобуття якісної освіти; створення фонду наочно-методичних посібників для забезпечення інклюзивної освіти.

Отже, впровадження в практику функціонування консультацій нової редакції Положення врегулює комплекс питань, пов'язаних з повноваженнями і завданнями психолого-медико-педагогічних консультацій, унормує механізми захисту прав, підтримки та надання допомоги дітям з вадами фізичного та розумового розвитку у доступі до здобуття ними якісної освіти (з урахуванням їхніх індивідуальних особливостей).

1.4. Структура та особливості завдань функціонування.

Психолого-медико-педагогічні консультації мають розгалужену мережу. Станом на сьогодні їх налічується вже 618. Вони діють в кожній області України, в Автономній Республіці Крим, у містах Київ та Севастополь, в районах і мають відповідні назви: обласна, республіканська, міська, районна (міська зі статусом

районної). Це так звані регіональні ПМПК. Створюються вони при управліннях (відділах) освіти відповідних місцевих державних адміністрацій.

Обласні, республіканська і Київська та Севастопольська міські це консультації обласного рівня, в діяльності за основними завданнями вони близькі, водночас мають відмінності. Зокрема, республіканська (Автономна Республіка Крим), обласні та Київська і Севастопольська міські за своїми функціями рівнозначні. Це осередки консультативно-інформаційної, діагностико-корекційної допомоги всім дітям, які мають проблеми розвитку, труднощі у засвоєнні знань і формуванні особистості на вказаних територіях. Домінуючими завданнями їх діяльності є виявлення, облік таких дітей, діагностичне вивчення їхніх проблем, з'ясування причини, яка порушила перебіг нормального розвитку, і визначення психолого-педагогічних рекомендацій щодо типу програми, за якою повинне відбуватися подальше корекційне навчання дитини, умови його здійснення, наприклад, удома, в спеціальному дошкільному закладі, в школі, в будинку-інтернаті, навчально-реабілітаційному центрі тощо. Особливістю нинішнього етапу функціонування вказаних психолого-медико-педагогічних консультацій є створення, організація, науково-методичне забезпечення діяльності районних (міських) ПМПК.

Районні (міські) консультації – є службами відповідних відділів освіти, які, насамперед, є відповідальними за активне, якомога раннє виявлення дітей з порушеннями розвитку і налагодження для них необхідної педагогічної і часом навіть медичної допомоги. Продуктивність їх функціонування значною мірою залежить від того, наскільки повно вони забезпечені фахівцями, передбаченими чинним Положенням. Першочерговим завданням розгортання діяльності районних (міських) ПМПК є встановлення щільної взаємодії між ними та тими фахівцями району (міста), які можуть забезпечити таке виявлення. Це дільничні лікарі-педіатри, дитячі неврологи, психіатри, клінічні логопеди, дефектологи усіх спеціальностей, учителі початкових класів, практичні психологи та медичні працівники загальноосвітніх дошкільних та шкільних навчальних закладів. Консолідуючи зусилля названих фахівців працівники районних ПМПК беруть на

облік усіх дітей “групи ризику”, які проживають на території району, визначають несприятливі чинники їхнього психофізичного розвитку, встановлюють контакти з батьками, намічають форми допомоги, відслідковують динаміку психічного розвитку дитини, у міру потреби забезпечують соціально-педагогічний підтримку сім’ї.

Завданням районних ПМПК являється також організація попереднього збору даних про стан здоров’я та розвитку дитини з метою направлення її у разі потреби на діагностичне обстеження. Районним ПМПК надається право здійснювати психолого-педагогічне вивчення дітей з сенсорними вадами, порушеннями опорно-рухового апарату, мовлення, вираженою (помірною, тяжкою, глибокою) розумовою відсталістю, які є підтвержені відповідними медичними діагнозами. Таке засідання може відбуватися за умови участі у ньому представника від психолого-медико-педагогічної консультації, якій районна ПМПК підпорядкована. Працівники районних (міських) ПМПК беруть участь у розробці пропозицій щодо розвитку мережі спеціальних навчальних закладів для дітей дошкільного і шкільного віку, у підготовці аналітичної звітності.

До структури регіональних консультацій відносяться також шкільні психолого-медико-педагогічні комісії (скорочено – шкільні комісії), що функціонують в загальноосвітніх спеціальних школах (школах-інтернатах).

Завдання шкільних комісій визначаються особливостями контингенту учнів спеціальної школи, зокрема дітей: з порушеннями зору (сліпі і зі зниженим зором), слуху (глухі і зі зниженим слухом), інтелекту (затримкою психічного розвитку і розумовою відсталістю), моторики (дитячим церебральним паралічем та важкими наслідками поліомієліту), мовлення, з психоневрологічними захворюваннями.

Зміст роботи шкільних комісій істотно доповнює діяльність районних (міських) консультацій. Члени шкільної комісії здійснюють моніторинг динаміки розвитку та навчальної діяльності контингенту учнів відповідного навчального закладу, на практиці підтверджують правильність чи неправильність висновків консультації. Вони аналізують ефективність навчання вихованців школи; встановлюють відповідність програми цієї школи можливостям окремих дітей;

розробляють стратегії індивідуального підходу та індивідуальні програми навчання; визначають для учнів школи адекватні профілі трудової підготовки; готують на дітей, які потребують переведення в іншу спеціальну школу, документи на розгляд тій ПМПК, якій шкільна комісія безпосередньо підпорядкована.

Отже роль шкільної комісії у визначенні долі дитини вирішальна. Саме школа має повне право і обов'язок на порушення питання про перегляд раніше зроблених консультацією рекомендацій. Найчастіше це стосується оцінки можливостей розумового розвитку дитини, здатності її оволодівати знаннями за “вищою” (наприклад, за програмою звичайної загальноосвітньої школи) чи “нижчою” програмою (наприклад, за програмою школи для розумово відсталих дітей). Особливо виваженим має бути рішення шкільної комісії при визначенні методів навчання дітей з порушеннями слуху IV ступеня, який є межовим між туговухістю та глухотою. Батьки таких дітей нерідко прагнуть навчати їх у школі для дітей зі зниженим слухом. У такому разі рекомендації шкільної комісії мають бути підкріплені аналізом навчальних досягнень дитини у відповідності до педагогічних цілей та стандартів навчання названих типів шкіл.

Головною структурою серед психолого-медико-педагогічних консультацій є Центральна, яка підпорядковується Міністерству освіти і науки України та Національній академії педагогічних наук України і входить структурним підрозділом в Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи. Провідними завданнями Центральної консультації є координація та організація діяльності регіональних ПМПК відповідно до вимог чинного Положення щодо змісту їх діяльності, розробка пропозицій щодо нормативно-правового врегулювання діяльності консультантів ПМПК.

Одним із завдань Центральної консультації є арбітражний розгляд щомісяця особливо складних у діагностичному плані чи соціально конфліктних справ дітей, які надходять із областей України. Тут батьки мають можливість перевірити точність висновків щодо стратегії розвитку їхньої дитини.

Крім цього завданням Центральної консультації є постійний моніторинг діяльності підпорядкованих їй обласних та районних (міських) консультацій. На

основі звітності обласних консультацій здійснюється узагальнення даних про кількість дітей з порушеннями психофізичного розвитку, види порушень та їх домінування у різних регіонах країни, висвітлюють головні тенденції та форми задоволення їхніх освітніх потреб у розрізі областей. Такі дані щорічно публікуються Українським науково-методичним центром практичної психології і соціальної роботи у довідковому виданні "Психологічна служба та психолого-медико-педагогічних консультацій системи освіти України (показники розвитку а підсумками ... навчального року)" .

Отже, функціонування Центральної консультації відбувається на трьох рівнях: управлінському, практичному, науковому. Так, в коло її завдань входить розробка і впровадження нормативно-правових актів, контроль за діяльністю регіональних ПМПК (управлінський рівень), арбітражний розгляд щомісяця особливо складних та конфліктних справ дітей з усієї України, консультування населення (практичний рівень), наукові дослідження та підготовка науково-методичних посібників, розробка програм підвищення кваліфікації для працівників ПМПК і викладацька діяльність на курсах цього спрямування, організація науково-практичних конференцій, семінарів-практикумів (науковий рівень).

Діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій регулюється нормативно-правовими актами, що діють у сфері освіти, та власним Положенням. Нині чинним є Положення у новій редакції "Про внесення змін до Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації", затвердженій Наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Національної академії педагогічних наук України від **23.06.2011 № 623/61**, зареєстрованим у Міністерстві юстиції 06.12.2011 за № 1407/20145).

Натепер система психолого-медико-педагогічних консультацій усіх рівнів переживає період розбудови у непростих умовах. Не скрізь вони отримують достатню підтримку і розуміння з боку місцевих органів державної адміністрації, часто терплять від недостатнього матеріального і кадрового забезпечення. На жаль

далеко не всі управління освіти і науки усвідомлюють роль районних ПМПК у вирішенні особливих потреб дітей з порушеннями психофізичного розвитку і зволікають з їх створенням. Крім зазначених напрямків роботи ПМПК розширюється їхня співпраця зі шкільною психологічною службою, яка набуватиме дедалі різнобічніших форм в міру того, як діти з особливими освітніми потребами інтегруватимуться в загальноосвітній школі, коли вдосконалюватимуться і індивідуалізуватимуться діагностико-корекційні методики роботи з ними. Очевидно, що прихід у загальноосвітню школу дітей з особливими освітніми потребами, а головне – забезпечення їм справжніх умов для навчання і соціальної адаптації, зробить доцільним існування таких комісій у кожній школі, а відтак розшириться взаємодія системи: психолого-медико-педагогічна консультація - шкільна психологічна служба та психолого-медико-педагогічна комісія.

1.5. Організаційні моделі функціонування.

Організаційні моделі функціонування названих консультації у процесі їх розвитку склалися різні. Ефективність їх визначається здатністю створювати сприятливі умови для здійснення діяльності у відповідності до Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації, затвердженого Наказом Міністерства освіти і науки України, Академії педагогічних наук України 07.07.2004 № 569/38 (у редакції наказу Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Національної академії педагогічних наук України від 23.06.2011 № 623/61) і залежить від повноти забезпечення розглянутих вище параметрів.

Нині відомі 6 організаційних **моделей** функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій обласного та районного рівня. Зокрема:

- юридична особа (18 із 27 обласних та 3 районних);
- інтегрована установа із статусом юридичної особи у структурі багатофункціонального комунального загальноосвітнього навчально-реабілітаційного закладу, що здійснює консультативні, методичні, навчальні,

лікувальні функції, психолого-педагогічну та медичну реабілітацію, включає в себе як структурний підрозділ обласний центр практичної психології (лише одна в м. Дніпропетровську);

- підрозділ управління (відділу) освіти і науки (5 обласних і більшість районних (міських) консультацій);

- структурний підрозділ Інституту післядипломної педагогічної освіти, методичного кабінету; характерне подвійне підпорядкування (дирекції Інституту та управлінню освіти і науки) – 2 обласні ПМПК і одна третина районних (міських) консультацій;

- у складі центру практичної психології на умовах партнерської взаємодії (з правами юридичної особи та під спільною назвою обласний Центр практичної психології, або іншою назвою) – 2 обласні ;

- районна (у районах міста Львова) психолого-медико-педагогічна консультація під назвою "Центр ранньої допомоги", у структурі якої є служба ранньої допомоги дітям раннього віку.

Далі подаємо аналіз кожної з існуючих організаційних моделей функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій.

Модель 1 (юридична особа). Самостійна комунальна установа із статусом юридичної особи. Створюється на підставі рішення обласної державної адміністрації. Найпоширеніша модель серед загальної кількості обласних консультацій. Переваги названої форми організації діяльності визначаються наявністю приміщення та його облаштування, кількісною та якісною достатністю кадрового забезпечення, професійна діяльність не обтяжена сторонніми обов'язками, не передбаченими Положенням про діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій. Отже, така модель з самого початку передбачає створення відповідних умов для здійснення професійної діяльності у повному обсязі. Перспективи її розвитку в Україні – сприятливі.

Модель 2 (інтегрована). Установа із статусом юридичної особи у структурі багатофункціонального комунального загальноосвітнього навчально-реабілітаційного закладу, що здійснює консультативні, методичні, навчальні,

лікувальні функції, психолого-педагогічну та медичну реабілітацію, включає в себе як структурний підрозділ обласний центр практичної психології. Підстава – рішення обласної ради. Створення такої моделі потребує значного фінансового забезпечення. Така форма організації консультації характерна лише для однієї обласної консультації, яка створена в місті Дніпропетровську. Вона є доцільною і досить продуктивною як головна координувально-методична установа для надання різноманітних послуг населенню у великих за територією областях, але за умови наявності розгалуженої мережі районних (міських) консультацій. Відсутність останніх і локалізація професійної допомоги у територіально віддаленому від місця проживання дитини єдиному центрі виступають серйозним бар'єром у доступі до професійної підтримки більшості дітей з порушеннями в розвитку такого регіону. Перспективи розвитку обмежені у зв'язку з складним економічним станом у державі.

Модель 3 (ризиків). Психолого-педагогічно-педагогічна консультація функціонує як підрозділ управління освіти і науки. Створюється на основі наказу органу управління освіти і науки. Друга за поширеністю організаційна модель функціонування консультацій. Діяльність її є дуже залежною від ряду чинників, зокрема: від ставлення органів системи освіти до діяльності ПМПК, розуміння її ролі, від фінансового стану області і пов'язаними з цим можливостями створення сприятливих умов для розгортання її діяльності у повному обсязі.

В цьому переконує практика їх функціонування. Так, діяльність не всіх існуючих обласних консультацій з такою моделлю функціонування відповідає вимогам Положення і є продуктивною. Причинами цього є: а) відсутність відповідного приміщення та його оснащення, б) недостатність кадрового складу (кількісна і якісна (освітній рівень) його недостатність, залучення до роботи необхідних фахівців на громадських засадах; в) недостатня кількість районних (міських) консультацій. Консультації, в яких не створені необхідні умови, змушені працювати в режимі "комісій" тобто:

- виконують переважно одну - діагностичну функцію;

- основною формою діяльності мають виїзні засідання в районах і містах області,

- збирають великі черги батьків і дітей для обстеження (за одне засідання розглядають від 30 до 60 справ дітей, що є неприпустимим, порушується визначена норма – не більше 12 дітей за один робочий день (Лист МОН України № 1/9-414 від 09.08.2005 р);

- психолого-педагогічне вивчення дитини є вкрай короткотривалим, порушується процедура його здійснення, базується не на власному обстеженні дитини фахівцями консультації, а на основі наданих документів;

- не надається достатня увага батькам, не проводиться консультативно-роз'яснювальна робота з ними (із скарг батьків) під час діагностичного обстеження;

- не проводяться корекційно-розвиткові заняття.

Як свідчить практика, крім визначених параметрів незадовільного функціонування ПМПК за моделлю 3, виконання посадових обов'язків консультантів ускладнюється додатковими завданнями завдяки використанню їх органами управління освітою як працівників управління.

Отже, Модель 3 створює умови ризику обмеження обсягу функціонування консультації та повернення її до застарілих засад. При цьому ПМПК як відділ управління освіти і науки розглядається обласною державною адміністрацією як неправомірне розширення штатів. З позицій законодавства може оцінюватись як незаконне утворення.

Модель 4 (подвійного підпорядкування). Стосується консультацій, що є структурним підрозділом Інституту післядипломної педагогічної освіти або районного методичного кабінету. За основними параметрами ця модель схожа з моделлю 3 з усіма властивими їй ризиками. Крім названого особливістю функціонування цієї Консультації є обтяження подвійним підпорядкуванням: з одного боку управлінню освіти і науки, з іншого - адміністрації Інституту. В таких умовах уповільнюється і процесуально ускладнюється узгодження та вирішення різноманітних питань адміністративно-організаційного та розпорядчого характеру.

Модель 5 (партнерської взаємодії). Консультація у складі центру практичної психології на правах юридичної особи (під спільною назвою обласний Центр практичної психології). Це новітня модель установи, що представляє спільне функціонування двох рівноцінних установ-партнерів (на одній території), які в здійсненні професійної діяльності мають схожі функції. До них відносяться: консультування, діагностика, профілактика, стимуляція і корекція психічного розвитку, психологічна допомога, психолого-педагогічний супровід тощо). Названі види діяльності спрямовані на один і той же об'єкт – дитину, предметом докладання професійної майстерності при цьому виступає психічний розвиток. Модель перспективна.

Названа модель практично реалізована в одній області. Проте така модель організації функціонування ще не отримала достатнього теоретичного обґрунтування та апробації практикою. Аналіз стихійного досвіду її функціонування висвітлив недоліки, зумовлені порушенням паритетності у взаємовідносинах, дотриманні рівності партнерів у взаємодії на принципах рівноправного розгляду чи розв'язування усіх виробничих питань, що стосуються професійних завдань та інтересів обох сторін.

Модель 5 з огляду на фінансово-економічний стан освіти може бути економічно вигідною завдяки використанню спільної матеріальної бази, адміністративного і обслуговувального персоналу, взаємовикористання та взаємодоповнення кадрів на основі суміщення професійних обов'язків. Проте для впровадження в практику ця модель потребує наукової розробки нового проекту Статуту (Положення), в якому мають бути визначені механізми партнерської взаємодії суміжних структур із збереженнями властивої для них своєрідності діяльності (цілей, напрямків, завдань).

Серед консультацій районного (міського) рівня існують наступні організаційні моделі їх функціонування :

Модель 1. Самостійна комунальна установа із статусом юридичної особи. Одиначний випадок (м. Дрогобич) і з позицій законодавства неправомірний, оскільки районна (міська) консультація може створюватись відділами освіти

районних, районних у містах Києві та Севастополі державних адміністрацій як структурні підрозділи відділів чи методичного кабінету (відповідно до пункту 12 Типового положення про відділ освіти районної, районної у мм. Києві та Севастополі державної адміністрації, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 11 березня 1999 р. № 347). Модель продуктивна, проте не може рекомендуватись для розвитку мережі районних (міських) консультацій, скільки не передбачена Положенням про районний (міський) відділ освіти районних (міських) державних адміністрацій.

Модель 2. Підрозділ відділу освіти районної (міської) державної адміністрації. Одна з найбільш поширених моделей організації функціонування серед районних (міських) консультацій. Найбільш прийнятною виявилась у практиці організації саме міських (районного рівня) консультацій (наприклад у містах Кіровоград, Євпаторія, Кам'янець-Подільський, Полтава, Кривий Ріг, Артемівськ тощо). На жаль більшість районних (міських) відділів освіти, як засновники районних (міських) консультацій, не дотримуються умов їх створення. Так у багатьох з них немає приміщення, далеко не завжди є завідувач, який працює на постійно діючій основі, консультанти не мають належної освіти, часто до роботи в них запрошуються не фахівці (без відповідної освіти), у тому числі й на посаду завідувача. Відсутність спеціальних знань у керівника консультації призводить до прийняття хибних рішень (висновку та рекомендацій), виникнення непорозумінь з батьками. Більшість консультантів беруть участь в роботі районної консультації на волонтерських засадах як помічники в організації діагностичних засідань, відповідальності за зміст роботи не несуть.

За умови створення належних умов функціонування і використання фахівців, передбачених штатним розписом, на постійній основі та із забезпеченням їм оплати праці (доплата, ставка, частина ставки за сумісництвом, погодинна оплата праці) модель 2 є ефективною організацією функціонування районних (міських) консультацій.

Модель 3. У структурі районного (міського) методичного кабінету. Близька до моделі 2. Досить поширена в практиці. Ефективність діяльності залежить від

створення належних умов для функціонування. Аналіз існуючого досвіду їх функціонування виявляє, що міські консультації, створені за моделлю 3, мають дещо кращі умови, ніж районні. Останні, як правило представлені лише одним фахівцем (найчастіше без відповідної освіти) з певним видом оплати праці (за сумісництвом, доплата, погодинна оплата), який називається завідувачем консультації і за основним місцем роботи є методистом районного методичного кабінету із суміщенням посадових обов'язків, яких вимагає посада консультанта ПМПК.

Модель 4. У системі психологічної служби. За такої моделі робота консультації організовується в різних варіантах:

4.1) у структурі районного центру практичної психології на основі суміщення функцій психологів Центру з функціями консультанта ПМПК та частковим залученням до роботи в них відсутніх фахівців. При цьому, завідувачем є психолог без спеціальної освіти, у складі консультації відсутні дефектологи (за нозологіями) – обов'язкові спеціалісти, без яких така установа не може існувати;

4.2) завідувачем є психолог, який працює на постійній основі (на повну ставку чи на умовах сумісництва), фахівці дефектологи залучаються на умовах погодинної плати праці та на громадських засадах;

4.3) об'єднання на спільній території служб, які надають психологічну, корекційно-розвиткову, допомогу дітям: центр практичної психології, районну консультацію логопедичний пункт, заклади позашкільної освіти на постійно діючій основі при збереженні професійної автономії. Усі три структури безпосередньо підпорядковані відділу освіти, мають різних кураторів; фінансові питання вирішує фінансовий відділ органу освіти.

Модель 4.3 найбільш продуктивна. Зберігає паритетність і автономію служб.

Модель 5. Районна (міська) консультація, структурним підрозділом якої є Центр ранньої допомоги дітям. Новітня організаційна модель функціонування районних (міських) консультацій з посиленням спрямуванням на виявлення і надання реабілітаційної допомоги дітям з порушеннями психофізичного розвитку,

починаючи з 2-х місяців. Виникла у Львівській області з ініціативи органів управління освітою, розроблено і затверджено відповідне Положення. Має важливе суспільне значення, привертає увагу до ранньої реабілітації порушеного розвитку і створює умови для реалізації потреб населення у такій допомозі.

1.6. Зміст діяльності: функції та напрямки роботи.

Сфера діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій багатоаспектна, спрямована на виконання різних функцій та напрямків роботи. Відповідно до пункту 1.1. чинного Положення провідними функціями консультацій є: консультативна, методична, психолого-педагогічна, корекційно-розвиткова, аналітична, прогностична, профілактична, просвітницька. Всі вони взаємопов'язані між собою і реалізуються через різні напрямки і види роботи. Коротко розкриємо зміст названих функцій.

Всі вони взаємопов'язані між собою і реалізуються через різні напрямки і види роботи.

Коротко означимо зміст функцій психолого-медико-педагогічних консультацій.

Консультативна. Передбачає надання фахівцями консультацій різнопланових за змістом роз'яснень та порад, пов'язаних з розвитком, навчанням та вихованням дітей, які мають певні труднощі пізнавальної діяльності та поведінки або вади фізичного та (або) розумового розвитку. Консультації адресується різним категоріям споживачів. Насамперед це батьки дітей (або особи, які їх замінюють), які мають труднощі або вади психофізичного розвитку; педагогічні працівники, вихованцями чи учнями котрих є названі діти; спеціалісти органів управління освітою, які відповідальні за реалізацію державної політики у сфері освіти і уповноважені задовольняти права на здобуття освіти названої категорії дітей та їх захист; працівники служб у справах дітей-сиріт та мало захищених груп населення.

Методична. Реалізується в наданні науково-методичної допомоги щодо організації навчально-виховного та корекційно-реабілітаційного процесу дітей особливими освітніми потребами: врахуванні індивідуальних труднощів,

застосуванні належних методів і прийомів, розробці педагогічної стратегії, Індивідуального навчального плану, Індивідуальної програми корекції, визначенні навчальної програми, в доборі і застосуванні адекватних технологій (методи та прийоми) навчально-корекційної роботи. Методична допомога консультантів передбачає також надання зразків занять для батьків, які хочуть навчати своїх дітей в родинному колі, і для педагогів, особливо індивідуальної та інклюзивної форм навчання; надання необхідної наукової літератури, методичних програм, посібників тощо. Окремий аспект методичної роботи стосується надання допомоги консультантами обласних консультацій в налагодженні ефективної діяльності районних (міських) консультацій, у виконанні посадових обов'язків їх консультантів відповідно до кваліфікаційних характеристик; консультантами районних (міських) консультацій – членам шкільних комісій щодо змісту їхнього функціонування.

Психолого-педагогічна. Пов'язана з власне психолого-педагогічним вивченням (далі - ППВ) дитини на спеціальному засіданні консультації. В окремих випадках здійснюється індивідуально, консультантом відповідної спеціалізації як попереднє вивчення дитини у змісті пробних корекційно-розвиткових занять з наступним колегіальним узагальненням результатів. За запитом батьків може здійснюватись в умовах сім'ї, у разі потреби – в умовах навчального закладу за ініціативи команди супроводу дитини, яка навчається в інклюзивних умовах, та за згодою її батьків. Мета ППВ - з'ясування індивідуальних особливостей розвитку і загальних здатностей дитини до засвоєння знань. Відбувається доступних для дітей видах діяльності (ігровій та елементарно-навчальній), з наданням негайної допомоги під час виконання різноманітних за змістом і складністю завдань в залежності від віку дитини. За результатами психолого-педагогічного вивчення формулюється зміст Витягу (психолого-педагогічного висновку і рекомендацій) із засідання, який є документом для надання місцевими органами управління освітою направлення на навчання дитини в навчальному закладі.

Прогностична функція пов'язана з психолого-педагогічним вивченням дитини тобто передбаченням потенціалу її розвитку, рівня когнітивного функціонування і визначенням освітніх цілей на віддалену перспективу та шляхів соціально-трудової реалізації. Оцінка потенційних можливостей відбувається з урахуванням збережених функцій і сильних проявів розвитку, особливостей навчуваності дитини, виявлених під час навчально-діагностичного обстеження.

Корекційно-розвиткова. В діяльності кожного консультанта передбачені індивідуальні корекційні заняття з дітьми та членами сім'ї у разі потреби. Такі заняття не замінюють навчальний заклад і надаються переважно тим дітям, які виявляються поза освітніми послугами. Вони можуть проводитися з різною метою: для заповнення відповідних розділів «Картки стану здоров'я і розвитку дитини», подолання окремих порушень розвитку, що не потребують тривалого часу (наприклад, постановку звуків при не тяжких мовленнєвих порушеннях), для поглибленого вивчення поведінкових та регулятивних функцій дітей з обмеженим контактом, для добору найбільш ефективних методів і прийомів корекційно-розвиткової роботи, пробного навчання. Особливою темою таких занять є навчання батьків, які хочуть долучитися до корекційної роботи із своєю дитиною.

Інформаційно-аналітична. Функція спрямована на:

а) детальне інформування батьків щодо існуючих у місцях їх проживання форм задоволення особливих освітніх потреб, умов його здійснення, обсягу і якості освітніх послуг. Мета його – допомогти батькам зробити свідомий вибір місця і форми навчання для їхньої дитини. Крім цього передбачається поінформування батьків, яких ще додаткових послуг може отримати їхня дитина, наприклад, у позашкільній освіті, в реабілітаційних центрах, до яких медичних працівників необхідно звернутися з профілактичною метою, щоб не пропустити хвороби, погіршення стану тощо. б) інформування органів управління освітою про кількості дітей з вадами в розвитку за видами порушень в регіоні, визначення існуючих тенденцій, аналіз доступності та рівня забезпечення здобуття освіти такими дітьми, надання обґрунтованих пропозицій щодо поліпшення задоволення освітніх потреб з особливими освітніми потребами та інвалідністю в регіоні.

Профілактична функція реалізується завдяки якомого ранньому виявленню дітей з вадами розвитку і групи ризику та забезпеченні психолого-педагогічного супроводу їхнього розвитку і виховання, вчасному включенні в корекційно-ре- (а)білітаційну роботу. Це є превентивними заходами подолання, або, принаймні, ослаблення недоліків розвитку, а також попередження виникнення вторинних ускладнень ушкодженого розвитку; підготовки дитини до співпраці з дорослим, до навчальної діяльності в ДНЗ, уникнення виникнення "синдрому хронічної неуспішності", специфічних труднощів формування шкільних навичок, шкільної дезадаптації. Одним з критеріїв високої оцінки діяльності психолого-медко-педагогічних консультацій є активне виявлення дітей з вадами психофізичного розвитку саме дошкільного віку і забезпечення їм якомого ранньої корекційної допомоги, оскільки якісна дошкільна (ре-) абілітаційна підтримка таких дітей є запорукою успішності їх навчання в інклюзивних умовах.

Просвітницька функція – це поширення знань з корекційної педагогіки серед населення регіону, повідомлення через пресу, радіо, телебачення, наукові публікації інформації про визначальне значення корекційно-розвивальної роботи для реалізації потенційних можливостей дітей з вадами розвитку, формування оптимістичної позиції щодо можливостей соціально-трудоваї реабілітації дітей з особливими освітніми потребами та з інвалідністю в соціумі за умови рано розпочатої корекційної роботи. Здійснюється така функція завдяки активній участі консультантів ПМПК в різних заходах (конференціях, семінарах, круглих стола); через читання лекцій, виступи в навчальних закладах (педагогічних нарадах, батьківських зборах), в засобах масової інформації, інтерв'ю, розробку методичних рекомендацій, співпрацю з громадськими організаціями.

Напрямки діяльності сучасних ПМПК.

Основою визначення напрямків функціонування сучасних ПМПК стали істотні позитивні зміни в державній політиці підтримки дітей з порушеннями психофізичного розвитку, серед яких до 45% дітей з інвалідністю. Провідним лейтмотивом змін у ставленні до таких дітей є наміри якнайраніше дійти до кожної дитини і максимально допомогти їй самій та її родині, забезпечити рівні

права їх у доступі до освіти відповідно до міжнародних та вітчизняних правових документів, зокрема "Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для інвалідів"[2].

Найпершим кроком у здійсненні цих намірів є виявлення дитини з порушеннями розвитку серед інших, встановлення контакту з сім'єю, яка її виховує. Природно, що виконання цього державної ваги завдання безпосередньо залежить від ефективності діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій, від їхньої спроможності виявити усіх дітей з проблемами в розвитку, визначити їхні особливі потреби і допомогти у їх задоволенні.

1. Виявлення дітей з порушеннями психофізичного розвитку в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій є одним з головних напрямків роботи. Зміст поняття «виявлення» розкривається через офіційне підтвердження факту наявності труднощів в навчанні і поведінці дитини, вад психофізичного розвитку, що стають несприятливими чинниками для формування загальних здатностей до засвоєння знань, умінь, навичок, суспільного досвіду і у зв'язку з цим потребують особливих педагогічних підходів та заходів у навчально-виховному процесі. Отже, виявленою вважається дитина, яка пройшла психолого-педагогічне вивчення, про що є запис в обліково-звітній документації, яка ведеться психолого-медико-педагогічній консультації.

Згідно нормативно-правових регламентацій щодо добровільності звернення батьків в консультації та ініціювання психолого-педагогічного обстеження їхньої дитини не передбачається вичерпне, тотальне виявлення дітей з порушеннями в розвитку, у тому числі з інвалідністю, в регіоні. Виявлення здійснюється у межах повноважень консультацій і є результатом власної діяльності, передусім, таких провідних функцій як консультативна та психолого-педагогічна. Названі види діяльності належать до категорії строго обліку і фіксуються у «Книзі обліку дітей, які пройшли обстеження в психолого-медико-педагогічній консультації» та «Книзі протоколів психолого-педагогічного вивчення дітей». Зафіксовані в названих книгах кількості дітей *є вихідною базою для:*

- формування банків даних про них,
- встановлення кількості дітей з порушеннями в розвитку, «виявлених вперше»,
- аналізу та вивчення поширення та домінування окремих видів порушень,
- виявлення тенденцій,
- обґрунтованого оперативного реагування органів управління освітою на запити населення щодо забезпечення права на здобуття освіти дітей з особливими потребами, у тому числі, з інвалідністю, зокрема в запровадженні інклюзивного навчання,
- звітності Центральній консультації.

Водночас, попри сказане, одним з першочергових завдань психолого-медико-педагогічних консультацій є *пошук шляхів впливу на процес виявлення, підвищення його рівня*. У зв'язку з цим фахівці консультацій планують і проводять заходи просвітницького характеру, дбають про налагодження щільної міжвідомчої взаємодії установ освіти, охорони здоров'я, соціального захисту населення, служб у справах дітей та тими фахівцями, які можуть сприяти такому виявленню. Найперше - це дитячі лікарі (педіатри, неврологи, психіатри), логопеди, дефектологи усіх спеціальностей, учителі початкових класів, практичні психологи і вихователі загальноосвітніх шкільних та дошкільних навчальних закладів. По – друге, адміністрації всіх навчально-виховних закладів, які надають освітньо-реабілітаційні послуги в регіоні. Особлива увага в цьому процесі відводиться встановленню продуктивного контакту з громадськими об'єднаннями батьків. Консолідуючи засилля названих категорій партнерів психолого-медико-педагогічні консультації створюють спільний інформаційний простір, що забезпечує необхідну взаємну поінформованість щодо послуг кожного з них.

Для характеристики виявлення дітей з порушеннями в розвитку значення має *стан виявлення дітей дошкільного віку*: чим він вищий, тим вищою є оцінка ефективності діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій.

Нині намітилась стійка тенденція збільшення виявлення дітей дошкільного віку, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. Така тенденція характерна переважній більшості областей, в яких рівень виявлення сягає від 50 до 95 відсотків. У 2004 році, коли районні ПМПК лише почали створюватися, виявлення дітей з порушеннями в розвитку дошкільного віку не сягало й третини. Активізацію виявлення дітей з порушеннями в розвитку раннього та дошкільного віку і підняття його рівня психолого-медико-педагогічні консультації ставлять провідним завданням своєї діяльності і на найближчі роки. Як вже зазначалось раніше, необхідність у цьому зумовлена вагомістю результатів ранньої корекційної роботи для подолання недоліків розвитку. Рано розпізнані і вчасно включені в кваліфіковану корекційну роботу порушення розвитку багатьох дітей можуть бути настільки скориговані, що дозволяють більшості дітей, які їх мали, розпочати навчання разом з однолітками у звичайній школі за місцем проживання, оминувши спеціальну. Найбільше це стосується дітей з відносно легкими вадами мовленнєвого розвитку, зі зниженим зором, слухом, із затримкою психічного розвитку, з порушеннями опорно-рухового апарату без порушень інтелекту. У зв'язку з цим створення достатньої мережі спеціальних дошкільних навчальних закладів або спеціальних груп для дітей раннього та дошкільного віку із названими видами порушень в розвитку є перспективним напрямком забезпечення інклюзивної освіти і, відповідно, зменшення потреби в спеціальних школах-інтернатах. Цьому напрямку роботи консультантами ПМПК надається особлива увага, оскільки дошкільники найбільш перспективна вікова група дітей щодо подолання чи пом'якшення недоліків їхнього розвитку, профілактики виникнення дезадаптації у шкільному віці, здешевлення спеціальної освіти в цілому.

Для забезпечення порівняльного аналізу, виведення тенденцій, визначення (рангу) ефективності діяльності консультації додатково користуються статистичними даними органів управління освітою, медичною статистикою.

Звертаємо увагу, що стан виявлення дітей з вадами психофізичного розвитку та характеристика інших показників діяльності психолого-медико-педагогічних

консультацій загалом і в розрізі областей, що на основі звітності оперативного-аналітичних даних обласних консультацій узагальнюються Центральною консультацією і щорічно публікуються в матеріалах довідкового видання «Психологічна служба та психолого-медико-педагогічні консультації системи освіти України (показники розвитку за підсумками 2012-2013 навчального року)» [Березіна Н.О., Лунченко Н.В., Обухівська А.Г. та ін.].- К.: Ніка-Центр, 2013. – 62. Розділ П. Показники розвитку психолого-медико-педагогічних консультацій на кінець 2012-2013 навчального року. Стор. 36-61.

2. Психолого-педагогічне вивчення – один з ключових видів роботи фахівців психолого-медико-педагогічних консультацій, пов'язаний з оцінкою проблем психічного розвитку дитини, відбувається на колегіальних засіданнях. До здійснення його ставляться серйозні вимоги: толерантність у спілкуванні, дотримання процедури, фаховість і обов'язковість психолого-педагогічного вивчення, регламентації щодо кількості обстежуваних дітей, добір адекватного і науково-обґрунтованого діагностичного інструментарію, врахування несприятливих факторів розвитку (гіпо-гіперопіка, депривація, госпіталізація, ізоляція, сирітство) тощо. Здійснюється для з'ясування труднощів розвитку, визначення адекватної програми (відповідно до стандартів спеціальної освіти) і форми навчання (колективна, індивідуальна, інтегрована) – найвідповідальніший аспект діяльності ПМПК.

З боку Центральної ПМПК істотно посилено контроль за якістю психолого-педагогічного обстеження в ПМПК. З цією метою: періодично здійснюється перевірка діяльності обласних ПМПК; запроваджено єдину процедуру обстеження, діагностико-навчальний метод оцінки розвитку дитини; розроблено, опубліковано і забезпечено всі консультації методикою діагностики відхилень у розумовому розвитку дітей; проведено навчальні семінари-практикуми. В останні роки досягнуто підвищення якості визначення потенційних можливостей дитини до навчання. Свідченням цього є різке зниження кількості арбітражних обстежень в Центральній ПМПК.

Індивідуально-розвиткова робота в ПМПК. Новітнім видом роботи психолого-медико-педагогічних консультацій стало проведення індивідуальних корекційних занять. До 2004 такого виду роботи в ПМПК зовсім не існувало. Натепер фахівці консультацій, крім різного роду консультивання, проводять індивідуальні навчально-корекційні заняття, які надаються не лише для дітей з метою виправлення недоліків розвитку, але й так званих навчально-демонстраційних занять для їхніх батьків та педагогів інклюзивних класів (груп) загальноосвітніх навчальних закладів. Такі заняття не підмінюють роботу спеціальних навчальних закладів освіти, проте здатні певною мірою компенсувати недостатнє забезпечення корекційною допомогою дітей в регіонах. Зараз цей напрямок роботи інтенсивно розвивається, щороку кількість проведення таких занять істотно збільшується, особливо в тих регіонах, де створена мережа районних (міських) консультацій. Види таких занять розрізняються метою їх здійснення:

1) попереднє цілеспрямоване вивчення особливостей пізнавальної діяльності дитини, яка готується до проходження діагностичного обстеження, її здатності до взаємодії у навчальній ситуації;

2) навчально-діагностичне вивчення навчованості дитини для оцінки потенційних можливостей навчатися за певним типом програми;

3) вивчення актуального рівня знань, умінь, навичок дитини для встановлення етапу, класу, найближчих завдань навчання;

4) тривале пробне навчання (до двох тижнів) для поглибленого вивчення труднощів, темпу, обсягу і якості засвоєння дитиною знань за певною навчальною програмою і уточнення психолого-педагогічних висновків;

5) корекція окремих недоліків психічного розвитку (наприклад, моторики, мовлення, слухового сприймання), прогалин навчальної діяльності, формування особистості;

6) демонстраційні заняття, спрямовані на розкриття спеціальних методів, засобів і прийомів корекційно-розвивальної роботи з дитиною, для батьків, які хочуть самостійно навчати дитину удома;

7) психокорекційні заняття і тренінги для батьків, які виховують дітей з важкою психофізичною патологією.

4. **Консультативна діяльність.** Завдяки особливому складу штатних працівників, до яких входять різні фахівці (дефектологи різних спеціальностей, психологи та лікарі) та постійному місцю і режиму їх роботи, ПМПК стали повноцінними консультативно-інформаційними центрами для різних груп населення (батьків, дільничних лікарів, вчителів, практичних психологів), де можна отримати фахову допомогу з усіх проблем у розвитку дітей.

5. **Просвітницька робота.** Консультанти ПМПК ведуть активну просвітницьку діяльність у формі лекцій, доповідей і виступів на семінарах, науково-практичних конференціях, на батьківських зборах, вчительських нарадах, серед директорів НЗ, працівників управлінь і відділів освіти, соціального захисту, у пресі та на телебаченні тощо. Основна ціль її – показати суспільству значення корекційної роботи для долі кожної дитини з порушеннями в розвитку, розкрити згубні наслідки відсутності спеціальної підтримки таких дітей.

6. **Створення регіональних банків оперативно-аналітичних даних,** а на їх основі – всеукраїнського про кількість таких дітей, їх диференціацію і домінування за видами порушень в Україні в цілому і в кожному регіоні, зокрема. Оперативно-аналітичні дані дозволяють оцінити тенденції збільшення чи зменшення дітей, які потребують корекції фізичного чи (або) розумового розвитку, достатність мережі спеціальних НЗ, робити обґрунтовані пропозиції щодо оптимізації заходів відповідно до потреб – перепрофілювання, комбінування, створення нових спеціальних закладів; посилення профілактичних мір тощо. Такі дані стали предметом аналізу спеціальних колегій органів управління освітою в регіонах.

7. **Аналітична діяльність.** Оперативно-аналітична інформація створює можливість управлінням освіти місцевих державних адміністрацій аналізувати існуючі тенденції, розробляти обґрунтовані плани дій щодо поліпшення стану підтримки дітей з порушеннями в розвитку, у тому числі з інвалідністю, вдосконалювати мережу навчальних закладів відповідно до потреб в окремих

регіонах і в цілому в Україні У більшості областей відбуваються спеціальні засідання колегії, де зібрані ПМПК дані встановлені завдяки їм тенденції є основним предметом розгляду і аналізу.

8. Розвиток мережі районних (міських). Створення районних (міських) консультацій має винятково позитивне значення для поліпшення якості функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій. Вони з'явилися зовсім недавно, проте роль їх визначальна у посиленні підтримки дітей з порушеннями в розвитку в регіонах. Розвиток і зміцнення консультацій районного рівня створює таку густоту їх мережі, яка забезпечує активність виявлення дітей, які потребують корекційної допомоги. Однією з умов цього стало значне збільшення педагогічних працівників, зайнятих в районних ПМПК. В тих областях, в яких створена мережа ПМПК районно-міського рівня помітно збільшилась кількість виявлених дітей з порушеннями в розвитку. Крім цього спостерігається істотне поліпшення підготовки дитини до діагностичного обстеження, оформлення "Картки стану здоров'я та розвитку дитини", в якій відображаються дані попереднього вивчення її різними фахівцями і без якої діагностичне обстеження в ПМПК неможливе. Завдяки діяльності районних ПМПК стало можливим дотримання однієї з істотних вимог – обстеження на одному діагностичному засіданні до 12 дітей. Все це позитивно позначилось на якості діагностики і консультування, результатом якого є різке зменшення кількості помилкових рішень та скарг батьків. З кожним роком стрімко зростає кількість індивідуально-корекційних занять проведених консультантами ПМПК, які нерідко є єдиною формою забезпечення корекційної роботи для дітей, які проживають у віддалених від обласних центрів місцевостях.

9. Консультативно-методичний супровід сімей, які виховують дитину з важкою патологією вдома, став можливим завдяки районним (міським) ПМПК став можливим супровід сімей, які виховують дитину-інваліда з тяжкими порушеннями. Завдяки районним (міським) консультаціям здійснюється повнота виявлення і обліку дітей в регіоні, досягається необхідний рівень надання їм освітніх послуг, проводиться корекційно-розвивальна робота, забезпечується

психолого-педагогічний супровід дітей з тяжкими та складними порушеннями розвитку вдома, інформаційно-консультативна робота з батьками.

Консультанти цих ПМПК встановлюють продуктивний контакт з такими сім'ями, практикують відвідування, телефонні консультування, психокорекційну підтримку сім'ї, допомагають в одержанні необхідних послуг.

10. Сприяння впровадженню інклюзивної/ інтегрованої форми навчання

Актуальним напрямком діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій усіх рівнів є участь у запровадженні інтегрованих та інклюзивних форм здобуття освіти дітьми з порушеннями в розвитку, яка законодавчо закріплена у низці нормативно-правових актів. Крім визначення навчальної програми, методів та інших заходів фахівці консультацій у разі потреби мають допомагати педагогам в розробці індивідуальної програми навчання та складанні Індивідуального навчального плану(ІНП) для дитини, яка навчається в індивідуальній чи інклюзивній формі.

Отже, видами діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій у контексті сприяння впровадженню інклюзивного навчання є наступні:

- 1) виявлення, облік дітей і аналіз даних про їх кількості та домінування за видами порушень у розвитку;
- 2) психолого-педагогічне вивчення;
- 3) консультування педагогів та інших ;
- 4) фаховий супровід навчання дитини;
- 5) участь у складанні Індивідуального навчального плану (ІНП);
- 6) складання індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю;
- 7) створення фонду навчально-методичних посібників, програм тощо;
- 8) участь у тематичних семінарах, психотренінгах, круглих столах, моніторингових дослідженнях.

Так, виявлення дітей та обґрунтовані дані про їх кількість мають істотне значення насамперед для початку організації інклюзивного навчання в певному регіоні, визначення навчальних закладів, які виявлять ініціативу щодо запровадження інклюзивного навчання. У такому разі органам управління освітою

та адміністрації школи важливо мати максимально точну інформацію про своєрідність психофізичних порушень у дітей, які стануть учнями їхнього навчального закладу, для здійснення необхідних підготовчих заходів, пов'язаних із забезпеченням безбар'єрного доступу, методичного і технічного оснащення навчального процесу таких дітей відповідно до їхніх потреб, без яких неможлива якісна освіта.

Крім цього з цією метою розпочато *створення фонду наочно-методичного забезпечення інклюзивного навчання*: спеціальних програм, підручників, науково-методичної літератури, спеціальних пристроїв тощо. У разі потреби педагоги, які навчають дітей з порушеннями в розвитку, можуть ознайомитись в ПМПК з різними видами спеціальних програм, підручниками, із спеціальною літературою про труднощі дітей з різними видами порушень у розвитку, з Державним стандартом початкової загальної освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, та передбаченими ним Базовими навчальними планами, різноманітними технічними засобами та пристроями отримати допомогу у розробці індивідуальної навчальної програми.

11. Сприяння підвищенню кваліфікації. Серйозна увага в діяльності обласних психолого-медико-педагогічних консультацій має приділятися підвищенню рівня професійної підготовки та можливостей постійно оновлювати знання, корекційно-розвиткові технології реабілітаційної роботи її фахівців, доступу до інформаційних ресурсів і джерел, через курсову перепідготовку, форми між курсової підготовки та професійне самовдосконалення у системі післядипломної педагогічної освіти на місцях. Обласним інститутам післядипломної освіти необхідно вжити заходів для організації курсів підвищення кваліфікації для таких категорії слухачів як консультанти та завідувачі психолого-медико-педагогічних консультацій. Робота психолого-медико-педагогічних консультацій в системі психологічної служби освіти України та завдяки Українському науково-методичному центру практичної психології і соціальної роботи НАПН України систематично проводяться семінари–наради,

конференції за участю консультантів ПМПК, що сприяє підвищенню їх кваліфікаційного рівня.

1.7. Стан розвитку та умов функціонування сучасних психолого-медико-педагогічних консультацій.

Аналіз здійснено на основі щорічних звітів обласних психолого-медико-педагогічних консультацій за результатами поточного навчального року, затверджених керівниками управлінь освіти відповідних державних адміністрацій і надісланих центральній консультації для аналізу та узагальнення станом на 1 червня 2013 року.

Кількісні показники функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій представлені в додатку до аналітичного звіту, підготовлених для опублікування в довідковому виданні *«Психологічна служба та психолого-медико-педагогічні консультації системи освіти України (показники розвитку за підсумками 2012-2013 навчального року)»* [Березіна Н.О., Лунченко Н.В., Обухівська А.Г. та ін..]- К.: Ніка-Центр, 2013. – 62. Розділ П. Показники розвитку психолого-медико-педагогічних консультацій на кінець 2012-2013 навчального року. Стор. 36-61.

Наведені в таблицях оперативні дані дають підстави для аналізу, порівняння та оцінки (у розрізі областей і в цілому в Україні) важливих *параметрів діяльності* обласних та районних (міських) консультацій, від яких залежить їх ефективність, здатність повноцінно виконувати фахові завдання, а саме:

- умов функціонування (форма організації діяльності (штатні чи громадські засади), кадровий склад, стан матеріально-технічного забезпечення, розвинутість мережі районних-міських консультацій)

- стану виявлення дітей з вадами психофізичного розвитку, особливо дошкільного віку; обліку їх кількостей за видами порушень, характеристики тенденцій у зміні таких кількостей та їх домінування серед інших;

- напрямків та видів діяльності консультацій, спрямованих на вирішення широкого кола питань, пов'язаних з розвитком, навчанням і педагогічною

реабілітацією дітей з вадами розвитку та наданням консультаційно-інформаційної підтримки їхнім батькам.

Якісно-кількісні показники за названими параметрами виступають головними критеріями оцінки діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій у відповідності до вимог чинного Положення і **відображають**:

- успішність проведення державної політики у сфері підтримки дітей з особливими освітніми потребами та забезпечення їхніх прав на доступ та здобуття освіти;

- закріплення багатоаспектності в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій саме як постійно діючих методичних закладів системи освіти з широким діапазоном завдань і напрямків роботи (п.1.1, розділ I) та відхід від соціально неприйнятних дискримінуючих форм функціонування в режимі медико-педагогічних комісій;

- формування іміджу психолого-медико-педагогічних консультацій як осередків надання різнобічної допомоги і підтримки сімей, які виховують дітей з особливими освітніми потребами, та ресурсних центрів сприяння організації якісного навчання таких дітей в інклюзивних умовах.

Провідними напрямками аналізу надісланих оперативно-аналітичних даних були:

- 1) стан умов функціонування;
- 2) ефективність діяльності;
- 3) аналітичні висновки (виявлення тенденцій, пропозиції, проблемні питання).

1. Аналіз умов функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій.

В Україні налічується **688 адміністративно-територіальних поділів**.

Протягом 2012-2013 навчального року в них функціонували **618 психолого-медико-педагогічних консультацій**.

Серед зазначеної кількості **27 обласних консультацій** та **591 районна (міська) консультація**.

Виконання фахових завдань психолого-медико-педагогічними консультаціями у повному обсязі залежить від умов їх функціонування. Чинниками, що забезпечують успішність їх діяльності та здатність повноцінно виконувати фахові функції є наступні:

- форма організації діяльності (постійна (штатна) чи на громадських засадах);
- матеріально-технічне забезпечення, насамперед наявність відповідного приміщення;
- повноцінність кадрового складу фахівців (завідувачів та консультантів);
- розгалуженість мережі районних(міських) консультацій.

1.1. Характеристика умов функціонування обласних психолого-медико-педагогічних консультацій (див. Додаток, Таблиці 2.1, 2.2).

Загальна характеристика. До консультацій обласного рівня входять: 24 обласних, 1 республіканська (АР Крим), 2 міські – міст Києва та Севастополя (див. Таблиця 2.1.). Всі вони працюють на постійній (штатній) основі: мають повний робочий день і постійний штат працівників.

Форми організації функціонування. Обласні консультації мають різні форми організації (або організаційні моделі) функціонування. Зокрема,

- 17 - мають статус юридичної особи,
- 6 - є підрозділами управлінь освіти,
- 2 - підрозділами обласних Інститутів післядипломної педагогічної освіти (ІШПО),
- 2 - підрозділ центру практичної психології,
- 1 - структурний підрозділ багатофункціонального комунального загальноосвітнього навчально-реабілітаційного закладу зі статусом юридичної особи, що інтегрує в собі обласну консультацію та обласний центр практичної психології (див. Таблиця 2.1.)

Критична оцінка. Досвід функціонування обласних консультацій переконує, що *найбільш продуктивною (і правомірною) організаційною формою для обласних ПМПК є юридична особа* на правах комунальної власності, що

підпорядковується департаменту світи і науки відповідної державної адміністрації.

Обласна консультація як підрозділ управління освіти і науки за зауваженнями Міністерства юстиції України та Міністерства фінансів України немає правових підстав, оскільки відповідно до Типового Положення про відділ освіти районної, районної у м. Києві та Севастополі державної адміністрації, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 11.03.1999 № 347, (і бюджет. кодексу?) створення підрозділів при відділах освіти не передбачено; розглядається контролюючими органами як розширення штатів і нецільове використання коштів. Консультанти ПМПК цієї моделі (підрозділ департаменту (управління) освіти) організації функціонування часто мають непрямі посадові довантаження як працівники управління освітою, що істотно ускладнює виконання ними основних посадових обов'язків.

Робота обласної консультації як підрозділу обласного ІППО (Хмельницької та Чернігівської областей) обтяжена подвійним підпорядкуванням і необхідністю узгодження виконавчих дій одночасно з двома адміністративними структурами (ІППО і УО). Матеріально-технічне і кадрове забезпечення залежить від фінансових можливостей ІППО.

Обласна консультація у складі Центру практичної психології (Вінницька, Донецька область) працює на умовах суміщення і функцій, і фахових обов'язків працівників, завідувач ПМПК позбавлений самостійності у керівництві, як правило така консультація не має власної робочої території (приміщення, робочого місця для виконання службових обов'язків; прийом батьків та вивчення дітей відбувається на іншій території за домовленістю; забезпечення повноцінним кадровим складом і належним матеріально-технічним оснащенням обмежене.

Обласна консультація у структурі багатофункціонального комунального загальноосвітнього навчально-реабілітаційного закладу зі статусом юридичної особи (існує лише в м. Дніпропетровську) – продуктивна за умови достатньо розвиненої мережі районних (міських) консультацій, але фінансово багато вартісна модель, з огляду на це – мало перспективна.

Забезпечення приміщенням, матеріально-технічне оснащення. Всі обласні консультації забезпечені приміщенням. Проте лише 19 із них забезпечені **достатнім приміщенням** (3 і більше кімнат); 7 консультацій мають **відносно достатнє приміщення**, що складається з однієї кімнати (Закарпатської області) і з двох кімнат (Волинської, Донецької, Івано-Франківської, Кіровоградської, Луганської, Харківської, Чернівецької областей). Приміщення з двох кімнат, і особливо з однієї, повною мірою не відповідають функціональним параметрам діяльності консультацій, оскільки мало придатні для прийому і діагностичного обстеження дітей, консультування їхніх батьків та проведення корекційно-розвиткових занять.

Більшість обласних консультацій – 21 розташовані на I поверсі, у 8 з них побудовані пандуси, 20 консультацій мають окрему кімнату для психолого-педагогічного обстеження з необхідним обладнанням, мають місце для зберігання документації (архів). Тим часом доступ до консультацій 6 регіонів є утрудненим через розташування їх на II поверсі (АР Крим, Донецької, Закарпатської, Полтавської, Рівненської областей) та на VII поверсі (без ліфта) Тернопільської області. Проте остання має додаткову приймальню кімнату на I поверсі. Обласна ПМПК Миколаївської області немає стаціонарного телефону. Наразі у Вінницькій та в Закарпатській областях прийнято рішення щодо приміщень для ОПМПК, ведуться ремонтні роботи.

За звітний період **дещо покращилось матеріально-технічне оснащення обласних** консультацій. 5 з них обладнані вікном одностороннього бачення (дзеркало Гезела) і 13- аудіо- відео системою, всі мають комп'ютери, 19 – підключені до мережі Інтернет, формуються електронні бібліотеки методичних посібників, програм, наукової літератури тощо (Таблиця 2.2.).

Кадровий склад обласних ПМПК. Аналіз кількісних даних показує, що переважна більшість обласних консультацій (всього 21) за кількістю і за необхідними спеціальностями мають достатній склад штатних працівників (норма – 8-9). Проте у п'яти консультацій він кількісно обмежений, а саме: Волинської і Донецької (по 4 особи), Вінницької (5 осіб), Хмельницької і Чернівецької (по 6

осіб) областей; для компенсації недостатніх кадрових ресурсів в них залучаються до роботи фахівці на умовах погодинної оплати праці, що є неефективним. Вкрай недостатнім є кадровий склад обласної консультації Донецької області. Він складається лише із 4 штатних фахівців, які у порівнянні з іншими регіонами, обслуговують найбільшу кількість дітей - 688.763 (Таблиця 2.6). Це єдина область, яка і досі в роботі обласної консультації використовує фахівців на громадських засадах (11 осіб) і викликає занепокоєння щодо спроможності виявлення дітей з вадами психофізичного розвитку і надання консультативної допомоги.

Аналіз стану забезпечення консультацій фахівцями необхідних спеціальностей показав, що найбільш достатньо вони забезпечені логопедами (59), олігофренопедагогами (50), сурдопедагогами (30), практичними психологами, психіатрами (відповідно по 38). Такими фахівцями укомплектовані всі обласні консультації. Водночас, мають місце труднощі із залученням до роботи в них невропатологів (11) та тифлопедагогів (22), які відсутні у складі багатьох консультацій у зв'язку з обмеженою кількістю таких фахівців взагалі. Психіатри, неврологи та тифлопедагоги в роботі ПМПК найчастіше беруть участь на умовах сумісництва або погодинної оплати праці.

У порівнянні з попередніми роками зменшилась кількість випадків залучення до роботи в обласних консультаціях фахівців тих спеціальностей, які не передбачені чинним Положенням (педіатр, вчитель початкових класів, соціальний працівник тощо) (Таблиця 2.1.)

Протягом поточного року в обласних консультаціях працювала 351 особа.

Освітній рівень завідувачів обласних консультацій на 92% відповідає кваліфікаційним вимогам. 25 завідувачів обласних психолого-медико-педагогічних консультацій мають належну освіту. Проте в Рівненській та Харківській областях *продовжується неприпустима практика призначення завідувачами не дефектологів, без досвіду роботи з дітьми з відхиленнями в розвитку.* Погодження з Центральною консультацією щодо призначення названих завідувачів всупереч Положенню, не було. Натепер завідувач Рівненської ОПМПК здобуває другу вищу освіту, Харківської – планує. *Через*

непрофесійні дії завідувача в обласній консультації Рівненської області виник відкритий конфлікт з колективом, який вимагає відсторонення завідувача від виконання посадових обов'язків.

1.2. Характеристика умов функціонування районних (міських) психолого-медико-педагогічних консультацій. Кількісні дані представлені в Додатку, Таблиці 2.3, 2.4, 2.5

Загальна характеристика. Натепер за даними звітності в системі освіти **налічується 591 консультацій районного (міського) рівня.** Аналіз умов їх функціонування показав, що *далеко не всі з них відповідають статусу постійно діючого закладу.*

Постійно діюча форма функціонування передбачає: відповідне нормативно-правове оформлення (наказ відділу освіти про створення), постійний кадровий склад штатних працівників, приміщення з належним матеріально-технічним забезпеченням.

З урахуванням сказаного **лише 338 (із 591) можуть бути визнані як такі, що функціонують на постійно діючій основі,** що становить 49 відсотків від можливої кількості (потреби, відповідно до кількості адміністративно-територіальних поділів – 688).

Решта 253 «консультації» – є **громадські утворення на волонтерських засадах,** що сприяють виявленню дітей з проблемами розвитку у місцях їхнього проживання (*відголосок медико-педагогічних комісій 20-го століття*). Вони являють собою групу фахівців, в окремих випадках визначену наказом відділу освіти, яка допомагає обласній консультації в організації виїзних засідань, бере участь у виявленні дітей з вадами розвитку у місцях їх проживання на громадських засадах. **Це резерв розвитку мережі районних консультацій.** Ніяких завдань і напрямків діяльності відповідно до Положення такі утворення не здійснюють, обліку і документації не ведуть.

З огляду на сказане функціонування районних консультацій на громадських засадах не характеризується.

Ще у 97 районах (містах) групи таких фахівців зовсім не визначені.
(Таблиця 2.3)

Форми організації функціонування постійно діючих районних (міських) консультацій. Серед постійно діючих районних (міських) консультацій (338): 240 районні, 84 – міські, 19 – районні у місті. За формами організації функціонування постійно діючі районні(міські) консультації представляються таким чином:

- 3 - мають статус юридичної особи,
- 94 – є підрозділами відділів освіти,
- 237 – структурні підрозділи районного методичного кабінету,
- 4 – у складі центру практичної психології (суміщення функцій працівників центру).

Отже, домінуючою організаційною моделлю функціонування районних (міських) консультацій є підрозділ районного методичного кабінету.

Забезпечення приміщенням, матеріально-технічне оснащення (Таблиця 2.4)

- Із 338 постійно діючих районних (міських) консультацій
- приміщенням забезпечені лише 271, що становить 80% : більшість із них – (191) мають одну кімнату, 53 – дві кімнати, 27 – три і більше кімнат. Отже, достатнім і відносно достатнім приміщенням забезпечені лише 80 районних (міських) консультацій, що становить 29% від загальної кількості (271). Ще 67 районних консультацій, названих постійно діючими, приміщенням не забезпечені;
 - умови для проведення діагностичних засідань (окрема кімната) мають лише 123 консультації (36%);
 - стаціонарний телефон - 213 районних консультацій (63 %);
 - місце для збереження документації (архів) є у 214 районних консультацій (63%);
 - дзеркалом Гезелла обладнані 3 районні консультації (0,8%);
 - аудіо- відео системою – 13 (3%);
 - оргтехнікою – 162 (48%);

- комп'ютерами – 240 (71%);
- підключені до мережі інтернету – 63 (1,8%);
- методичними посібниками, діагностичним інструментарієм забезпечені всі консультації (100%)

1.3.Кадровий склад постійно діючих консультацій районних (міських) консультацій (ПМПК). Аналіз забезпечення кадровим штатом районних (міських) консультацій, віднесених до постійно діючих закладів системи освіти, показав, що:

195 із них (338) за кількістю і за необхідними спеціальностями мають **лише відносно достатній склад штатних працівників (одиниці мають достатній - представлений всіма спеціалістами)**. Згідно наказу відділу освіти і науки кадровий штат таких консультацій складають 1-2 штатних фахівці (найчастіше це лише завідувач), 1-5 фахівці з погодинною оплатою праці та залучені на громадських засадах (при нормі – 8-9 фахівців відповідно до визначених чинним Положенням спеціальностей);

Ще 143 консультації (або 43%) створені за вкрай неприйнятною моделлю «псевдоутворення»: відповідним **наказом відділу освіти офіційно декларується** про створення районної (міської) консультації, передбачається **один штатний працівник** (переважно на посаду завідувача), часто на частину ставки (за сумісництвом), який при цьому уповноважується на виконання посадових обов'язків інших, крім завідувача ПМПК, посад (керівника чи методиста психологічної служби, методиста районного методичного кабінету або спеціаліста відділу освіти) **та список педагогічних працівників**, залучених на громадських засадах без визначення змісту участі.

«Псевдоутворення» серед районних (міських) консультацій, названих постійно діючими, є у переважній більшості регіонів. Проте, близько половини (і більше) їх в 15 областях: Вінницькій (13 із 26), Волинській (7 із 8), Закарпатській (16 із 17), Івано-Франківській (2 із 3), Київській (12 із 31), Полтавській (14 із 16), Рівненській (6 із 20), Сумській (5 із 10), Тернопільській (2 із 3), Харківській (2 із

3), Херсонській (4 із 8), Хмельницькій (14 із 21), Черкаській (13 із 22), Чернівецькій (7 із 13), Чернігівській (6 із 11).

Критична оцінка. Серед поданої кількості районних (міських) консультацій (591) постійно діючими можна визнати не 338, а лише 195, які спроможні виконувати фахові завдання, визначені щодо них чинним Положенням. **Отже, мережа постійно діючих консультацій станом на червень 2013 року фактично розвинена на 28% (!), а не на 49 відсотків.**

Практика створення районних (міських) консультації по типу «псевдозакладів» має бути призупинена, як вкрай непродуктивна, її слід визнати такою, що є прикладом професійної безвідповідальності, фінансового марнотратства, свідчить про фактичну відсутність кадрового складу консультантів і не може вважатись постійно діючою районною (міською) консультацією.

Тим часом для забезпечення ефективної діяльності районної (міської) психолого-медико-педагогічної консультації тобто здатності виконувати функції і завдання відповідно до чинного Положення (підрозділ 2.3., Розділ II) штат її повинен мати щонайменше 5 ставок заробітної плати: одна - завідувача та чотири - консультантів. Ставки консультантів можуть використовуватися в залежності від потреби, що визначається (кількістю дитячого населення району (міста) в обсязі повної чи частини ставки (0,5).

Протягом 2012-2013 навчального року в консультаціях районного рівня були зайняті 3.822 особи; в постійно діючих районних (міських) консультаціях - 2.097 осіб з різними формами участі:

-основні штатні працівники – 393 особи (19%) та штатні за сумісництвом - 159 (8%); разом - 552 особи (26%)

-з погодинною оплатою праці – 524 особи (25%);

- з доплатою за суміщення посадових обов'язків -121 особа (6%)

- на громадських засадах – 900 осіб (43%).

Отже, з фінансовою підтримкою в районних (міських) консультаціях зайняті 1197 (57%) і на громадських засадах 900 (43%).

Забезпеченість консультантами необхідних спеціальностей (додаток, Таблиця 2.4.) . Вивчення стану забезпечення районних (міських) консультацій фахівцями необхідних спеціальностей виявило ту ж тенденцію, що має місце у обласних консультацій: найбільш достатньо вони забезпечені логопедами (443), олігофренопедагогами (229), практичними психологами (545), психіатрами (302). Практично майже всі консультації мають названих фахівців у кількостях відповідно до потреби. Дещо частіше у їх кадровому складі відсутні сурдопедагоги (60) і особливо тифлопедагоги (33) та неврологи (132) у зв'язку з обмеженою кількістю таких фахівців взагалі.

Особливістю постійно діючих районних (міських) ПМПК є те, що переважна більшість консультантів в їх роботі беруть участь на умовах сумісництва або погодинної оплати праці – 804 особи (38%); кількість консультантів, які працюють на повну ставку, в них значно менша 393 (19%).

Практика довела, що погодинна оплата праці в роботі більшості працівників районних (міських) консультацій не забезпечує її повноцінне функціонування, є економічно не вигідною, закріплює старі (дискримінуючі) форми функціонування ПМПК в режимі «комісій», повинна використовуватись в крайніх випадках. Такі працівники мають обмежену відповідальність. Домінуючою формою оплати для консультантів має бути штатна основа: основний штатний працівник або штатний працівник за сумісництвом.

Освітній рівень завідувачів районних (міських) консультацій. Таблиця 2.3 . Відповідно до Положення завідувачами ПМПК мають бути учителі-дефектологи різної спеціалізації відповідно до видів порушень. Відсутність спеціальних знань у керівника консультації призводить до прийняття хибних рішень (висновку та рекомендацій), виникнення непорозумінь з батьками та скарг.

242 (72%) завідувачі районних (міських) мають відповідну освіту; Найкращий стан кадрового добору має місце в Закарпатській (100%), Сумській (100%), Херсонській (88%), Хмельницькій (86%), м. Києві (80%), Чернівецькій (77%), Львівській (73%), Чернігівській (73%), Запорізької (71%), Київської (71%), Рівненської (70%).

96 (28%)- є не фахівці. Більшість серед них – психологи, решта - вчителі початкових класів та вчителі з викладання окремих навчальних предметів (ОБЖД, трудового навчання, математики, фізики, мови та літератури, історії, вихователі ДНЗ).

Найбільше це стосується таких областей: Волинської (0%), Донецької (0%), Черкаської (36%), Луганської (38%), Одеської (40%), Тернопільської (50%), Дніпропетровської (50%), Івано-Франківської (50%), АР Крим (57%), Кіровоградської (58%).

У порівнянні з попереднім роком серед завідувачів районних(міських) консультацій відсоток не фахівців залишився незмінним (2011-2012 році – 28%; в 2010-2011 році їх було 49%). Проте **помітно поліпшується добір консультантів**: зменшується кількість нефахівців (вчителів–предметників), більш адекватним є заміщення відсутніх кадрів фахівцями медичної сфери, серед консультантів збільшується тих, хто здобуває дефектологічну освіту.

1.4. Динаміка розвитку мережі районних (міських) консультацій за останні три роки **не значна**. Порівняльний аналіз стану розвиненості мережі постійно діючих районних (міських) консультацій показав:

найкраще розвинена - у чотирьох регіонах: Львівській, Рівненській, Чернівецькій областях та м. Києві (100%);

достатньо розвинена - у 10 областях: Кіровоградській (96%), Київській (84%), Закарпатській (89%), Черкаській (85%), Хмельницькій (81%) Вінницькій (79%), Тернопільській (67%), АР Крим (56%) Запорізькій (55%), Полтавській (53%) областях;

розвивається – у 8 областях: Чернігівській – 44%, Луганській – 42%, Сумській - 40%, Волинській – 40%, Херсонській – 38%, Івано-Франківській - 25%, Миколаївській – 22%, Одеській – 15 %;

найгірший стан розвитку мережі консультацій у 4 областях: Житомирська – 0, Донецька – 2%, Дніпропетровська – 4%, Харківська – 9%.

Міська консультація м. Севастополя – обслуговує найменшу (у порівнянні з іншими регіонами) територію, кількість дитячого населення міста і приміської зони – 64.862, створення районних консультацій не потребує.

***Критична оцінка.** Основною формою роботи консультацій областей, в яких не розвинена мережа районних (міських) консультацій, або не створено належних умов їх функціонування (псевдоконсультації), залишаються виїзні засідання. Це, насамперед, економічно не вигідно, оскільки витрачаються значні кошти на відрядження. Крім цього, виїзні засідання в райони відбуваються не часто, 1-2 рази на рік. Через це збираються великі черги дітей, необхідні для обстеження документи не готуються належним чином, не забезпечуються умови для якісного вивчення дітей і консультування батьків, функції і напрямки діяльності істотно звужуються, зводяться лише до діагностики. Отже, зміст роботи таких консультацій не відповідає сучасним уявленням про їх діяльність, здійснюється у дискримінуючій формі «комісій».*

2. Ефективність психолого-медико-педагогічних консультацій виявляється в *характеристиках їх діяльності* за основними напрямками роботи і якісно-кількісних показників, поданих в додатку, Таблиці 2.5, 2.6, 2.7, 2.8.

2.1. Стан виявлення дітей з вадами розвитку.

Уточнення. Згідно нормативно-правових регламентацій щодо добровільності звертання батьків в консультації та ініціювання психолого-педагогічного обстеження їхньої дитини *психолого-медико-педагогічні консультації не передбачають вичерпне, тотальне виявлення дітей з порушеннями в розвитку, у тому числі з інвалідністю, в регіоні.* Виявлення здійснюється у межах повноважень консультацій і є **результатом** власної діяльності, передусім, таких провідних функцій як консультаційна та психолого-педагогічна. Названі види діяльності належать до категорії строго обліку і фіксуються у «Книзі обліку дітей, які пройшли обстеження в психолого-медико-педагогічній консультації» та «Книзі протоколів психолого-педагогічного вивчення дітей». Зафіксовані в названих книгах кількості дітей *є вихідною базою для:*

формування банків даних про них,
встановлення кількості дітей з порушеннями в розвитку, «виявлених вперше»,
аналізу та вивчення поширення та домінування окремих видів порушень,
виявлення тенденцій,
обґрунтованого оперативного реагування органів управління освітою на запити населення щодо забезпечення права на здобуття освіти дітей з особливими потребами, у тому числі, з інвалідністю, зокрема в запровадженні інклюзивного навчання,
звітності Центральній консультації.

Для забезпечення порівняльного аналізу, виведення тенденцій, визначення (рангу) ефективності діяльності консультації додатково користуються статистичними даними органів управління освітою, медичною статистикою. Дані аналітичних звітів обласних консультацій регулярно розглядаються на засіданнях колегій відповідних обласних управлінь (департаментів) освіти і науки. За звітний період діяльність ПМПК була предметом розгляду на 20 засіданнях обласних департаментів (управлінь) та районних (міських) відділів освіти і науки. Водночас діяльність ПМПК Донецької, Львівської, Одеської, Чернігівської, Чернівецької областей та м. Севастополя предметом розгляду на засіданнях колегій не була.

За даними психолого-медико-педагогічних консультацій на кінець 2012-2013 навчального року в Україні *дітей у віці до 18 років налічувалось 7.992.909.*

Серед них *дітей, які мають порушення психофізичного розвитку, - 887.315* що становить *11,4 відсотків* від усієї кількості дитячого населення.

Порівняння цього показника впродовж декількох років виявляє відносно стійку тенденцію з незначними коливаннями: (2006 – 11%, 2007 – 11,2%, 2008 – 12,4%; 2009 – 11,7%; 2010 – 14,3%; 2011- 14,6%, 2012 -10,9%, 2013 – 11,4%).

Протягом 2012-2013 навчального року психолого-медико-педагогічні консультації *відвідали і отримали консультативну допомогу всього 118.999*

дітей. Це становить 1,5% від усієї кількості дитячого населення України. (Таблиця 2.8)

Названа кількість дітей складається із двох категорій: **виявлених вперше** і обстежених в консультації **повторно**. Зокрема, серед них

вперше виявлено 83.991 (72%) дітей з вадами розвитку і надано рекомендації щодо особливостей задоволення їхніх освітніх потреб;

повторно – 33.893 дітей (28%).

На основі узагальнення кількісних показників стану виявлення дітей психолого-медико-педагогічними консультаціями встановлено, що **середній показник його в Україні дорівнює 1,1%** від усієї кількості дитячого населення. Водночас в розрізі областей має місце значна розбіжність в показниках від 2,9% до 0,2%, що свідчить про вищий і нижчий рівень виявлення. Умовно за рівнем виявлення (додаток, Таблиця 2.7. Ранг виявлення) консультації можна розподілити таким чином:

- **достатньо високий рівень виявлення** мають ПМПК (9) регіонів: Чернівецької (2,9%), Київської (2,8%), м. Севастополь (2,5%), Полтавської (2,4%), Черкаської (1,8%), Донецької (1,4%), Житомирської (1,4%), м. Київ (1,4%), Тернопільської (1,4%);

- **середній рівень виявлення** мають ПМПК (7) з показниками в діапазоні 1,3-0,9%. відповідно: Кіровоградської (1,3%), Хмельницької (1,2%); Сумської (1,1%), Херсонської (1,1%), Дніпропетровської, Запорізької, АР Крим (1%), Луганської (0,9%) ;

- **низький стан виявлення** відмічено в областях: Рівненській (0,8%) Миколаївській, Волинській, Чернігівській, Одеській (по 0,7%), Львівській, Харківській, Вінницькій (0,6%).

- **найнижчий рівень виявлення** мають Закарпатська (0,4%) та Івано-Франківська (0,2%) області.

Для характеристики стану виявлення дітей з порушеннями в розвитку значення має **виявлення дітей дошкільного віку:** чим він вищий, тим вищою є оцінка ефективності діяльності ПМПК. За даними оперативно-аналітичних даних

останніх трьох років у діяльності більшості (20 із 27) обласних психолого-медико-педагогічних консультацій відмічена тенденція до збільшення виявлення дітей дошкільного віку у порівнянні із шкільним віком (сягає від 50 до 97%). (Таблиці 2.11, 2.12). Уперше в поточному році середній показник виявлення дітей дошкільного віку сягнув більше половини – 57,3% (2010-2011 н. р. – 46, 6%; 2011-2012 н.р. – 44,1 %).

Серед них **найкращі показники мають** м. Севастополь (97%), Київська (85%), Дніпропетровська (84%), Хмельницька (79,4%), Львівська (79%), Чернігівська (78%), Луганська (76,4%), Сумська (74%), Тернопільська (74%), Харківська (68%), Миколаївська (66%), АР Крим (63%), Запорізька (62%), Херсонська (61%), Донецька (57%), Одеська (57%), Черкаська (56%), Волинська (53%) Кіровоградська (52%), Вінницька (50%) області.

Водночас **низьким** залишається виявлення дітей дошкільного віку в Ів.-Франківській (47%), Полтавській (45%), м. Києві (44%), Рівненській (38%), Житомирській (37%), Закарпатській (33%), Чернівецькій (23%). області.

Фактори, що впливають на виявлення дошкільників з порушеннями психофізичного розвитку:

- зниження народжуваності дітей,
- мала охопленість дітей дошкільним вихованням,
- нерозвинутість мережі надання послуг для дошкільників з вадами розвитку,
- відсутність або слабе функціонування районних (міських) ПМПК.

Серед дітей з порушеннями в розвитку, виявлених вперше ((Таблиця 2.9, 2.10),

дітей з інвалідністю 7.092 (8,4%),

дітей-сиріт та позбавлених батьківського піклування - 1.077 (1,3%),

з труднощами розвитку – 6.948 (8,3%).

При цьому за визначеними показниками в розрізі областей спостерігається різний стан. Так, наприклад, в Закарпатській (56%), Івано-Франківській (28%), Кіровоградській(27%), Волинській (20%) Тернопільській (19.0%), Миколаївській (17%), Запорізькій (16%), Рівненській (14%), Чернігівській (12%) областях дітей з

інвалідністю більше, ніж в Вінницькій, Донецькій (10%), АР Крим (8%), Дніпропетровській, Київській (6), Хмельницькій (5%), Львівській (4%), м. Севастополі, Луганській, Полтавській (3%), м. Києві (2%), Черкаській (2%), Чернівецькій (1%) областях.

Щодо дітей-сиріт та позбавлених батьківського піклування **порівняно більш благополучними регіонами** залишаються: м. Севастополь, Чернівецька, Львівська області (0%), м. Київ, Волинська, Тернопільська (0,2%), Черкаська (0,2%), Хмельницька (0,4%) Чернівецька (0,1%), області; **менш благополучними** є Кіровоградська (6%), Одеська, Івано-Франківська, Запорізька (по 4%), Дніпропетровська, Чернігівська (3%) області, не зважаючи на деяке зменшення в цілому такої групи дітей у порівнянні з минулим роком.

Характеризуючи контингент дітей, слід окремо відзначити групу дітей з труднощами розвитку, кількість яких, як споживачів послуг психолого-медико-педагогічних консультацій, з кожним роком зростає. Це діти, які не мають істотних відставань чи відхилень в психічному розвитку, але належать до групи ризику їх виникнення, їхні батьки потребують фахових консультацій з окремих питань навчання та виховання. В цьому році їх було майже 7 тисяч (6.948). Аналіз складу цієї категорії дітей на основі первинних скарг батьків дозволив виділити серед них три групи (Таблиці 2.10):

а) із соматичною ослабленістю - 2619 (38%);

б) з відхиленнями в поведінці, зокрема, з ГРДУ (гіперкінетичним розладом з дефіцитом уваги) -1375 (20%)

в) із труднощами когнітивного розвитку, зумовлені мікросоціальним неблагополуччям - 2954 (42%).

У розрізі областей встановлено, що **найбільша кількість** таких відвідувачів зафіксована в Закарпатській – 39%, в Одеській області – 30%, в Чернівецькій - 18%, АР Крим, Рівненській, Сумській – по 11%; водночас **низький відсоток** такого показника спостерігається в м. Києві (2,5%), Миколаївській (2,6%), Хмельницькій (3.0%), Дніпропетровській та Донецькій (3,2%), Черкаській (3,7%) областях.

Наведені факти свідчать про зростання довіри в суспільстві до сучасних консультацій як осередків фахової допомоги і визначення освітньо-виховних потреб дитини. Вирішуючи широке коло питань, пов'язаних з розвитком, навчанням і соціально-педагогічною адаптацією дітей, ПМПК стають корисними (привабливими) для населення, зокрема, батьків усіх дітей, а не лише з вадами розвитку та інвалідністю.

2.2. Провідним напрямком діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій є консультаційна. В поточному році ними **надано консультаційну допомогу 225.529 особам**. З них:

- батькам (особам, які їх замінюють) дітей, які проходили обстеження - 137.709;
- педагогам, які навчають дітей, щодо особливостей дітей з порушеннями психофізичного розвитку - 58.162;
- спеціалістам органів управління освітою щодо особливостей задоволення освітніх потреб дітей – 10.144;
- фахівцям служб у справах дітей – 4.671;
- спеціалістам інших сфер (соціального захисту, прокуратури, суду, ЗМІ) – 6.977.

У цьому напрямку діяльності районними консультаціям належить 75% роботи. Ними надано 212.882 консультацій, обласними – 169.249 (25%)

2.3. Психолого-педагогічне вивчення дитини, яке є складовою частиною процедури консультування у більшості випадків відбувається на спеціально організованих діагностичних засіданнях. Мета таких засідань - вивчення особливостей розвитку дітей, з'ясування їхніх навчальних проблем, визначення освітніх потреб і адекватних навчальних засобів. У поточному році психолого-медико-педагогічними консультаціями **проведено 12.194 діагностичних засідань**. З них більше половини – **це стаціонарні засідання** (7653 або 63%), проведені безпосередньо в консультації і менше - **виїзні** (4541 або 37%), в місцях навчання та проживання дітей. При цьому більша частина названих засідань проведена

саме районними (міськими) консультаціями (стаціонарних – 4596 або 60%; виїзних – 2923 або 64%).

Оцінка. Завдяки створенню районних(міських) консультацій вдалось істотно наблизити надання допомоги до місця проживання дітей, кардинально змінити на краще ситуацію щодо кількості дітей, обстежених на одному засіданні, відійти від негативної практики обстеження на одному засіданні до 30 (і більше) дітей, використовувати більше часу на обстеження однієї дитини та консультування їхніх батьків. Особливо це стосується виїзних засідань. Цей процес стає плановим, попередньо підготовленим, проводиться з дотриманням вимоги обстеження: за один робочий день не більше 10-12 дітей. Це є головною умовою підвищення якості вивчення дитини, оцінки її навчальних можливостей, надання необхідних роз'яснень батькам, змістовного формулювання психолого-педагогічного висновку та рекомендацій.

2.4. В планах ПМПК передбачаються заходи щодо роботи з сім'ями, які самостійно виховують дітей з тяжкою і складною патологією. Як правило такі діти знаходяться вдома і не охоплені корекційно-реабілітаційною допомогою через психофізичні порушення тяжкого чи глибокого ступеня, найчастіше ускладнені грубими ураженнями рухових чи сенсорних функцій, а також біжучими психоневрологічними захворюваннями (епілепсія тощо). Всього **проведено 37.756 заходів для батьків такої категорії дітей.** Серед них:

- тренінги (1.045);
- бесіди (10.089);
- демонстраційні (навчальні) заняття (2.801);
- святкові зустрічі (796);
- візити додому (2.690);
- телефонне консультування (19.303);
- інші (контроль індивідуально навчання, участь у роботі батьківських об'єднань, організація «клубів» для батьків (1.088)).

Районними (міськими) консультаціями таких заходів проводиться вдвічі більше, ніж обласними – 27.733 або 73% ; обласними – 10.023 або 27%.

В поточному році *започатковано створення банку даних про такі сім'ї*. Натепер за неповними даними він налічує *2318 сімей*.

2.5. Особлива увага в консультаціях приділяється *виявленню дітей раннього віку (до трьох років) з порушеннями психофізичного розвитку і «групи ризику»* та наданню консультаційної допомоги їхнім батькам. З цією метою плануються різні заходи для донесення інформації (інформаційні буклети) про функціонування, кадровий склад ПМПК, послуги, які ними надаються. З цією метою консультації ініціюють і розвивають зв'язки, насамперед, з неонатологами полових будинків, педіатрами, сімейними лікарями, що сприяють встановленню контактів з сім'ями таких дітей. В поточному році у цьому напрямку ПМПК здійснили 25.160 заходів. Серед них слід виділити такі види роботи:

- співпраця з медичними установами (3.952) ;
- психолого-педагогічне вивчення дітей, найчастіше з будинків дитини (6.029);
- консьлтування батьків(9.357);
- складання Індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю (1.217);
- патронаж сімей (моніторинг розвитку) (1.004);
- індивідуально-розвиткові заняття (3.119);
- інше (кореспондентські рекомендації, розробка буклетів, Індивідуальних програм розвитку)(473).

У цьому напрямку діяльності районним консультаціям належить 53% роботи. Ними надано 13.430 консультацій, обласними – 11.730 (47%)

2.6. *Проведення корекційно-розвивальних* занять з дітьми та їхніми батьками в психолого-медико-педагогічних консультаціях є надзвичайно важливим напрямком їх діяльності. Цей напрям став можливим завдяки створенню районних (міських) консультацій. Індивідуально - корекційні заняття не замінюють навчальні заклади і у більшості випадків (тяжкість стану дитини, відсутність у неї продуктивного контакту з оточуючим) мають на меті сприяння якісному вивченню дитини, глибшому і повнішому розкриттю їхніх

індивідуальних можливостей розвитку і засвоєння знань. У 2012-2013 навчальному році таких занять проведено 134.780, у тому числі, за видами занять:

- попереднє (педагогічне, логопедичне, психологічне) вивчення, що відбувається до діагностичного засідання з метою заповнення розділів Картки стану здоров'я і розвитку дитини необхідними даними (39.141);
- під час обстеження для розробки ІНП, ІПРiН (31.593);
- вивчення актуального рівня знань, умінь для встановлення класу (групи) - 11.352;
- пролонговане вивчення для з'ясування потенційних можливостей (4.944);
- для подолання окремих недоліків (33.361);
- навчально-демонстраційні для батьків, які хочуть в родинних умовах допомагати дитині розвиватися і навчатися (12.282);
- психотренінги для батьків (20.967).

У цьому напрямку діяльності районним консультаціям належить 77% роботи. Ними проведено 103.523 заняття, обласними – лише 31.215 або 23%.

2.7 .Сприяння впровадженню інклюзивного навчання є новим напрямком діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій, зумовленим реформуванням системи освіти. За звітний період здійснено 42.044 заходи такого роду щодо дітей, які пішли на навчання в інклюзивні класи, серед них за видами роботи:

- психолого-педагогічне вивчення – 7.331;
- консультування педагогів – 14.254;
- супровід навчальної діяльності дітей в умовах інклюзії – 4.950;
- участь у складанні Індивідуального навчального плану – 4.403;
- участь у розробці Індивідуальної програми реабілітації дітей з інвалідністю – 4.875;
- надання методичних посібників – 5.905;
- інше (навчально-практичні семінари, тренінги: пед. студія, прес-тур, освітянські діалоги) – 438.

Районні (міські) консультації в цьому процесі зайняті порівняно більшою мірою (74% або 31.135 заходів), ніж обласні – 26%, 10.909 заходів.

2.8. Одним з напрямків діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій є постійне піклування про підвищення професійного рівня своїх фахівців. Згідно чинного Положення обласні консультації мають своїм завданням сприяти професійному зростанню завідувачів та консультантів районних (міських) консультацій: вивчати потребу у курсовій підготовці і організувати її, стимулювати до атестації та надавати методичну допомогу в здійсненні діяльності і виконанні посадових обов'язків.

На жаль, можливості курсової перепідготовки для завідувачів та консультантів ПМПК обмежені і здійснюються:

- в двох областях – Київській та Запорізькій – організовано місцеві курси підвищення післядипломної педагогічної освіти обласними ІППО;
- у м. Києві два рази в рік здійснює курсову перепідготовку ВДНЗ «Університет менеджменту освіти НАПН України» .

Протягом 2012-2013 навчального року було здійснено фахову курсову перепідготовку консультантів та завідувачів районних (міських) консультацій (54 особи) в Університеті менеджменту освіти НАПН України (м Київ).

Атестацію завідувачів і консультантів на відповідність займаній посаді **розпочато** в 2012 році завдяки уведенню названої категорії педагогічних працівників до Типового Положення про атестацію педагогічних працівників (унесені зміни в грудні 2011 року).

Протягом 2012-2013 навчального року обласними консультаціями за цим напрямком роботи проведено 564 заходи навчально-методичного змісту з фахівцями районних (міських) консультацій, а саме:

- наради (111);
- семінари-практикуми (169);
- методичні об'єднання (33);
- професійні клуби (тематичний лекторій) (23);
- тренінги (68);

- вивчення кращого досвіду (78)
- інше: перевірки, інструктивні листи, проекти наказів, методичні рекомендації (68).

Крім цього психолого-медико-педагогічні консультації мають тісно співпрацювати із шкільними комісіями, надавати їм методичну допомогу, вивчати кращий досвід (консультантів, районних (міських) консультацій, шкільних комісій) . За звітний період із шкільними комісіями проведено 1. 123 заходи, із них: 608 – обласними, 515 – районними (міськими) консультаціями. Це:

- наради (307);
- семінари-практикуми (304),
- методичні об'єднання (67),
- вивчення кращого досвіду (114);
- Інше (обговорення роботи шкільної комісії на педагогічній раді) (185)

2.9. Протягом року психолого-медико-педагогічні консультації здійснюють широку просвітницьку діяльність, що реалізується в таких видах роботи:

- участь в конференціях (301);
- проведення семінарів-практикумів (1303);
- організація нарад, круглих столів, форумів (1353);
- читання лекцій (1228);
- виступи в ЗМІ: інтерв'ю на радіо та телебаченні, публікації (876);
- Розробка методичних рекомендацій, посібників (1683);
- інше (209).

Всього проведено 6.903 просвітницьких заходів серед населення. З них більшість -80% (або 5514) здійснено районними (міськими) консультаціями, обласними - 20% (або 1389).

3. Аналітичні висновки (тенденцій, пропозиції, проблемні питання).

Узагальнення кількісних даних виявлення дозволило виявити:

3.1. Домінування видів порушень (Таблиця 2.16, 2.17) На основі аналізу кількісних даних щодо дітей з особливими освітніми потребами виявлених вперше

(83.991) встановлено, що для України картина домінування порушень у дітей впродовж останніх років залишається типовою:

- | | |
|--------------------------------------|------------------|
| 1) порушення мовлення | - 49.981 (59%), |
| 2) затримка психічного розвитку | - 9.745 (11%), |
| 3) розумова відсталість - | - 6.641 (7%), |
| 4) поруш. опорно-рухового апарату | - 6.475 (7%), |
| 5) порушення зору | - 5.438 (6%), |
| 6) порушення слуху | - 1.186 (1%), |
| 7) аутизм | - 660 (0,8%), |
| 8) сліпоглухота | - 1 (0,02%), |
| 9) інші труднощі психічного розвитку | - 6.948 (8%). |

Отже, порушення мовлення загалом є найпоширенішим видом порушенням у дітей (59%), у порівнянні з іншими трапляється в п'ять разів частіше.

Попри загальну тенденцію домінування видів порушень серед дітей окремих областей зберігається не однаковим. Так, наприклад, порушення мовлення займає перше місце за поширеністю у більшості, а саме 23 областей і друге місце у 3 областях; проте в Дніпропетровській, Запорізькій, Рівненській областях перше місце за поширеністю має затримка психічного розвитку; в Закарпатській – розумова відсталість.

Друге і третє місце загалом за поширеністю займають порушення інтелекту: ЗПР та розумова відсталість; при цьому ЗПР у дітей трапляється значно частіше (11%), ніж розумова відсталість -7%. Друге місце за поширеністю посідають одразу 5 видів порушень: затримка психічного розвитку (у 10 областях), розумова відсталість (у 9 областях), порушення зору (у 3 областях: Хмельницькій, Черкаській та у м. Києві), порушення опорно-рухового апарату (у 3 областях: Донецькій, Тернопільській та м. Севастополі), порушення мовлення (у 2 областях: Дніпропетровській, Запорізькій).

Третє місце одночасно посідають: розумова відсталість (у 7 областей), ОРА (9),

Порушення слуху за поширеністю стабільно займає шосте місце і виявляється лише у 1% (1.118) дітей серед виявлених ПМПК вперше.

Ще рідше трапляються в роботі ПМПК діти з офіційно встановленими порушеннями спектру аутизму – 0,8 %. Аутизм стійко займає 7 позицію за рангом виявлення порушень у дітей України. Аналіз кількісних даних за 5 останніх років виявляє тенденцію до зростання кількості таких дітей, але всупереч публічних оголошень, ця тенденція не значна. Це підтверджує порівняння даних таких років:

	Загалом за ст. д	Вперше
2008-2009	(1384)	294
2009-2010	1292	384
2010-2011	2506	558
2011-2012	2652	585
2012 2013	3120	660

Особливість даних, які мають ПМПК в тому, що вони стосуються лише дітей, які пройшли в ній обстеження. Припускаємо, що це лише частина дітей з аутизмом.

3.2. Тенденції збільшення – зменшення дітей з вадами розвитку. (Таблиця 2.14). Кількість дітей з порушеннями в розвитку не є стабільною. Щороку в загальній кількості дітей мають місце тенденції **не різко виражених змін як у бік збільшення, так і зменшення.**, стосуються всіх видів порушень, а саме: порушень зору, мовлення, опорно-рухового апарату, розумової відсталості, аутизму, розладів поведінки і ознак психічного неблагополуччя. Виявлені тенденції є варіативними в залежності від регіону. Проте загальна характеристика змін у кількостях дітей за видам порушення залишається типовою для всіх регіонів: має місце **незначне зростання кількості дітей** за окремими видами порушень.

Пріоритетні напрямки розвитку психолого-медико-педагогічних консультацій з 2013 по 2017 роки:

- закріплення в діяльності ПМПК змін відповідно до нової редакції чинного Положення;

- розвиток мережі постійно діючих районних (міських) консультацій;
- поліпшення рівня їх матеріально-технічного забезпечення;
- пошук шляхів виявлення дітей раннього віку та організація допомоги їхнім батькам;
- (контроль за призначенням) призначення на посаду завідувачів психолого-медико-педагогічних консультацій на конкурсній основі з дотриманням вимог щодо відповідності освітнього рівня;
- постійне підвищення професійної компетентності консультантів;
- забезпечення постійно діючих консультацій повноцінним кадровим складом;
- моніторинг досвіду функціонування районної (міської) консультації у складі районного методичного кабінету, розробка об'єднаної моделі функціонування районної (міської) консультації та районного центру психологічної служби
- активне сприяння забезпеченню доступності, гнучкості, різноманітності і здобутті освіти дітей з особливими потребами, у тому числі з інвалідністю, створенню належних умов для здобуття ними якісної освіти; розгортанню мережі спеціальних та інклюзивних груп та класів в загальноосвітніх навчальних закладах.

3.3. Зміна висновків та рекомендацій внаслідок поліпшення стану здоров'я і когнітивного розвитку дитини. В спеціальних навчальних закладах навчаються діти із стійкими порушеннями психофізичного розвитку, які потребують постійної або довготривалої корекційно-відновлювальної роботи, а часом до закінчення шкільного навчання. У зв'язку з цим **перехід їх із спеціальних навчальних закладів на навчання до неспеціальних тобто в загальноосвітні заклади (внаслідок покращення стану здоров'я та когнітивного розвитку і досягнення стабільних успіхів у навчанні) трапляється не часто і відбувається не лише відповідно до висновків і рекомендацій психолого-медико-педагогічних консультацій, але й за рішенням педагогічних рад навчальних закладів чи за власним вибором батьків.** При цьому слід зазначити, що вибір

батьків далеко не завжди є педагогічно обґрунтований, тобто мотивований саме покращенням стану здоров'я і досягнення стабільних успіхів у навчанні, труднощі їхніх дітей залишаються неподоланими і вони й далі потребують фахової педагогічної підтримки.

Зміна форми надання освітніх послуг та їх змісту (тобто навчальної програми) відбувається переважно за результатами повторного обстеження в психолого-медико-педагогічних консультаціях, на основі аналізу динаміки психічного розвитку і навчальної успішності дитини.

Ініціаторами повторного обстеження є, в першу чергу, батьки, а також навчальні заклади на основі рішення шкільної комісії.

За оперативно-аналітичними даними 2012-2013 навчального року психолого-медико-педагогічними консультаціями **змінено спеціальну навчальну програму на загальноосвітню 10.117 дітям.** Така кількість дітей становить **30 відсотків** від кількості дітей, обстежених повторно (33.893). У розрізі областей ці дані представлені в Таблиці 3. Характеристика контингенту дітей, обстежених в ПМПК в 2011-2012 н. р. (вертикальні колонки 10, 11).

Перехід дітей з вадами розвитку У зв'язку з цим певна частина інформації про перехід дитини на навчання в загальноосвітні школи втрачається для обліку психолого-медико-педагогічними консультаціями.

Тому наведені дані неповні (менші, ніж є реально) і нерівномірні, оскільки не враховують всіх дітей, а саме тих, котрі перейшли до загальноосвітньої школи за особистим бажанням батьків або переведені рішенням педагогічної ради.

У проекті листа МОНмолодьспорту і додатку з рекомендаціями щодо вдосконалення звітності ПМПК, який буде уведений в 2013 році, запропоновані нові параметри аналізу, що стосуються моніторингу позитивної динаміки корекційно-відновлювальної роботи дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Особливі акценти в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій ставляться на:

- впровадження в практику функціонування консультацій нових регламентацій чинного Положення про психолого-медико-педагогічні консультації, викорінення дискримінуючих компонентів ;

- вдосконалення формулювання змісту психолого-педагогічних висновків та рекомендацій;

- підвищення якості психолого-педагогічного вивчення та оцінки психічного розвитку дітей;

- підвищення фахової компетентності консультантів усіх спеціальностей, пошук шляхів розширення можливостей підвищення кваліфікації

Проблемні питання в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій:

- відсутність або створення неповноцінних районних (міських) консультацій, особливо в Житомирській (0), Донецькій (із 49 можливих є 1), Дніпропетровській (із 49 – є 2), Харківській (із 20 є 3), Івано-Франківській (із 19 – 1), Миколаївській областях (із 22- 5);

- неефективність функціонування районної (міської) консультації у складі Центру психологічної служби,

- призначення завідувачів ПМПК без належної освіти та фахових знань .

Неналежне вирішення названих проблем :

а) обмежує діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій, унеможливує їх функціонування у відповідності до чинного Положення;

б) перешкоджає проведенню державної політики у сфері підтримки дітей з особливими освітніми потребами в регіоні та забезпеченню їхніх прав на доступ та здобуття освіти у руслі Конвенції про права інвалідів;

в) шкодить іміджу психолого-медико-педагогічних консультацій, породжує негативне ставлення в суспільстві до них, формує несправедливе уявлення про їх дискримінуючу роль, а не як осередок допомоги (інформації, консультування, з'ясування особливостей розвитку дитини).

1.8. Професійне вдосконалення консультантів психолого-медико-педагогічних консультацій

Відомо, що наявність будь-якої вади психофізичного розвитку створює несприятливі умови для психічного розвитку дитини, негативно позначається на ньому: викликає стійкі специфічні труднощі і особливості пізнавальної діяльності, деформує становлення її особистості, істотно ускладнює оволодіння знаннями і, зрештою, інтеграцію у суспільне життя. Адже в залежності від виду порушення, що розрізняється у відповідності до сфери психофізичного розвитку, де відбулося ушкодження, його тяжкості і часу, коли воно відбулося, негативні наслідки порушення індивідуального розвитку виявляються по-різному, мають неоднакову структуру недоліків і потенційних можливостей.

Водночас, існують загальні закономірності порушеного розвитку, що виявляються в характерних труднощах освітнього процесу і формуванні навичок соціального функціонування. Зокрема, наявність порушень в сенсорній, моторній чи психічній сферах неодмінно спричинює у дітей специфічні труднощі одержання інформації; засвоєння знань, здійснення предметно-практичної і розумової діяльності, формування комунікативних здатностей, взаємодії з оточуючими, передачі досвіду від дорослого до дитини, породжує низку небажаних вторинних ускладнень. Насамкінець це відбивається негативно на реалізації збережених функцій дитини, уповільнює перебіг її загального психічного розвитку, веде до відставання, а то й до відхилень у ньому порівняно з нормою.

Попри сказане слід наголосити, що світова і вітчизняна практика навчання і виховання дітей з порушеннями в розвитку переконливо доводить, що зазначені вище труднощі і недоліки їхнього психічного розвитку можуть бути значною мірою подолані за умови спеціально організованої системи корекційно-розвивальних заходів. У зв'язку із широкою варіабельністю типів порушеного розвитку діти з різними видами ушкоджень у процесі навчання і виховання потребують особливого підходу, який передбачає, індивідуальну диференціацію

корекційно-розвивальних впливів, орієнтування на особливості і потенційні можливості кожної дитини.

Винятково значимими факторами для успішного вирішення освітніх завдань таких дітей є якомога раннє включення їх у систему (ре)-абілітаційних заходів та надання професійної психолого-педагогічної допомоги. Першочергові завдання щодо них полягають у тому, щоб вчасно створити кожній дитині адекватні умови для розвитку, які б враховували їхні специфічні особливості, забезпечували максимально можливу реалізацію їхнього потенціалу розвитку і здатностей до суспільно-трудової реабілітації. Ключова роль у цьому процесі належить особистості педагога, його фаховій компетентності, обсягу і глибині знань, здатності гнучко вибирати і застосовувати методи, засоби, технології і прийоми для досягнення позитивного корекційного ефекту.

Особливу роль у задоволенні освітніх потреб дітей з порушеннями в розвитку відіграють фахівці психолого-медико-педагогічних консультацій. Вони виконують функцію вищої експертної служби у визначенні особливих освітніх потреб дітей і надання рекомендацій щодо організації педагогічної стратегії, яка передбачає визначення навчальної програми, форми здійснення навчання, потреб у належних засобах та пристосуваннях. Ця функція законодавчо закріплена в статтях Законів України "Про загальну середню освіту", "Про дошкільну освіту", у Постанові КМУ «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх школах», у чинному Положенні про психолого-медико-педагогічні консультації .

До кадрового складу психолого-медико-педагогічних консультацій входять фахівці різної спеціалізації, які називаються консультантами. Це, насамперед, дефектологи (за сучасною термінологією - корекційні педагоги) вузьких спеціалізацій, що відповідають видам порушень психофізичного розвитку у дітей, а саме: учитель-логопед, учитель-тифлопедагог, учитель-сурдопедагог, учитель-олігофренопедагог (психопедагог); лікарі (психіатр і невролог), практичні психологи.

Завдяки такому добору кадрів забезпечується повноцінне функціонування консультації, оскільки в щоденній практиці вона має бути постійно готовою до надання якісних професійних послуг дітям з різними видами порушень, особливо до глибокого і всебічного вивчення дитини, до розробки шляхів і засобів для подолання труднощів у процесі навчання, виховання і трудової підготовки.

У зв'язку з цим кожна консультація повинна бути укомплектована фахівцями виходячи з двох позицій. По-перше, кожний спеціаліст повинен мати відповідну до вимог Положення освіти: повна вища педагогічна освіта зі спеціальності «Корекційна освіта» (за нозологіями). По-друге, кількісний склад консультації має бути повним, тобто укомплектований фахівцями усіх визначених вузьких спеціалізацій. Відсутність бодай одного з них неодмінно негативно позначиться на ефективності діяльності консультації, обмежуючи надання передбачених чинним Положенням послуг у повному обсязі.

Згідно посадових обов'язків консультант повинен:

- здійснювати (спільно з іншими фахівцями консультації) психолого-педагогічне вивчення дітей та підлітків з метою виявлення особливостей їхнього розвитку, формулювати психолого-педагогічні висновки;

- розробляти психолого-педагогічні рекомендації щодо змісту, форм, методів навчання та особливостей корекційно-розвиткової роботи відповідно до потенційних можливостей розвитку, для дитини з інвалідністю – з урахуванням індивідуальної програми реабілітації;

- надавати відповідну консультативну допомогу батькам (особам, які їх замінюють), керівникам навчальних закладів, педагогам, практичним психологам, соціальним педагогам, медичним, соціальним працівникам, громадськості з питань навчання і виховання, психосоціальної реабілітації та трудової адаптації дітей з особливими освітніми потребами;

- здійснювати консультативний супровід функціонування спеціальних класів та класів з інклюзивним навчанням у загальноосвітніх навчальних закладах, супровід сімей, які виховують дітей зі складними та тяжкими вадами розвитку, за

необхідності - психолого-педагогічний супровід дітей з різними видами порушень психофізичного розвитку та девіантною поведінкою;

- організовувати і проводити корекційно-розвиткові заняття із залученням батьків та осіб, які їх замінюють (індивідуальні і групові);

- надавати рекомендації у розробленні індивідуальної програми розвитку та складанні індивідуального навчального плану;

- брати участь у формуванні банків даних про кількість дітей за видами порушень та особливими потребами;

- вести встановлену документацію;

- використовувати в своїй діяльності досягнення психодіагностики та новітніх корекційно-розвиткових програм;

- постійно працювати над підвищенням своєї фахової компетентності.

Особливістю фахової компетентності педагогічних працівників ПМПК (консультантів і завідувача) є володіння знаннями не лише з галузі їхньої власної спеціалізації, але більш загальними поняттями, інтегральними знаннями і уявленнями, які стосуються сутності і логіки порушеного розвитку взагалі, механізмів їх подолання. З огляду на посадові обов'язки їм конче необхідно орієнтуватися у проблемах, педагогічних цілях і особливостях корекційної роботи з дітьми з різними видами порушень.

Окремий аспект фахової компетентності зазначених працівників складають знання з психодіагностики відхилень в розумовому розвитку дітей. Вони пов'язані з високою відповідальністю за результати професійної діяльності, які є доленосними для дитини. Підходи, методи, технології цієї діяльності лежать в основі здійснення психолого-педагогічного вивчення дитини, точного означення її здатностей до засвоєння знань (особливостей навчваності) і визначення педагогічної стратегії реалізації її потенційних ресурсів.

Діяльність сучасних психолого-медико-педагогічних консультацій багатоаспектна. Вони виконують широкий діапазон функцій (консультаційну,

методичну, психолого-педагогічну, корекційно-розвивальну, прогностичну, профілактичну, інформаційно-аналітичну, просвітницьку) і напрямків діяльності (виявлення та облік дітей, організація ранньої допомоги; психолого-педагогічне вивчення; консультування; індивідуально-корекційна робота; створення банків даних, аналітична (вивчення тенденцій, пропозиції розвитку і оптимізації форм підтримки), просвітницька, складання Індивідуальної програми дитини з інвалідністю; патронаж сімей, які виховують дитину з тяжким чи складним порушенням; сприяння впровадженню інтегрованого/інклюзивного навчання). Всі вони дуже важливі для підтримки дітей. Але пріоритетними серед них є консультування і психолого-педагогічне вивчення проблем дитини. До їх здійснення ставляться дуже серйозні вимоги: толерантність у спілкуванні, дотримання процедури, фаховість і обов'язковість психолого-педагогічного вивчення, добір адекватного і науково-обґрунтованого діагностичного інструментарію, врахування несприятливих факторів розвитку (гіпо-гіперопіка, депривація, госпіталізація, ізоляція, сирітство) тощо.

Процес консультування та психолого-педагогічне вивчення дитини в консультації являє собою своєрідну технологію, що передбачає особливу процедуру, послідовні і взаємопов'язані етапи:

- вивчення проблем (конкретних скарг, труднощів), пов'язаних з труднощами психічного розвитку дітей, особливостей пізнавальної діяльності, взаємодії, спілкування, засвоєння знань, формування умінь та навичок, поведінки;
- аналіз причин їх виникнення, означення специфічних ускладнень, їх роль у виникненні негативних індивідуальних проявів – змісту проблеми, скарги тощо;
- надання методичних порад (рекомендацій):

Різнобічне консультування – основна форма діяльності сучасних консультацій, спрямована на допомогу різним групам споживачів у вирішенні широкого кола питань, пов'язаних із задоволенням освітніх потреб дітей мало захищених груп. Консультації надаються не лише батькам, але й педагогам, учнями чи вихованцями котрих є такі діти; спеціалістам органів управління освітою, котрі координують питання щодо забезпечення права на освіту дітей з

особливими потребами та з інвалідністю; служб у справах дітей. Такі консультації мають різний зміст в залежності від того, кому вони адресовані.

Так, для батьків за результатами психолого-педагогічного вивчення формулюються висновки про особливості розвитку, навчання і виховання їхніх дітей, визначаються особливі освітні потреби щодо змісту, методів, прийомів, належних засобів і пристосувань у навчально-(ре)абілітаційному процесі; надаються пояснення труднощів засвоєння знань, сильних сторін психічного розвитку, ролі і значення "батьківської педагогіки", розробляються стратегії сімейного виховання, демонструються заняття з метою навчання педагогічних технологій.

В консультаціях для педагогів з'ясовуються труднощі, специфічні особливості розвитку, природа їх виникнення у їхніх вихованців; визначається навчальна програма, методи навчання, ведеться ознайомлення з корекційними програмами, методичними посібниками, належними технічними засобами і пристосуваннями тощо, необхідними в умовах індивідуального, інтегрованого чи інклюзивного навчання.

Істотну допомогу психолого-медико-педагогічні консультації надають спеціалістам органів управління освітою завдяки аналітичній діяльності. Вони формують банки даних про кількість дітей за видами порушень психофізичного розвитку, вивчають тенденції в їх домінуванні, рівень доступу до здобуття освіти, достатність і різноманітність форм надання освітніх послуг в регіоні. Завдяки такій обґрунтованій інформації створюються умови для своєчасного і гнучкого реагування виконавчої влади щодо задоволення особливих потреб таких дітей, запровадження інклюзивної освіти.

Отже, з огляду на зміст діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій до роботи в них мають залучатись висококваліфіковані педагогічні працівники, готові до фахового і грамотного застосування на практиці знань і умінь в навчально-методичній, корекційно-розвивальній та діагностичній роботі. Професійний рівень консультантів визначено одним з провідних факторів забезпечення ефективної діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій

як осередків надання належної допомоги дітям з особливими освітніми потребами безпосередньо в місцях їхнього проживання.

На законодавчому рівні це знайшло підтвердження в наступному. Консультанти та завідувачі психолого-медико-педагогічних консультацій з метою стимулювання цілеспрямованого безперервного підвищення рівня їх професійної компетентності як педагогічних працівників, росту їх професійної майстерності, розвитку творчої ініціативи, підвищення престижу й авторитету, забезпечення ефективності навчально-виховного процесу **внесені до Типового положення** про атестацію педагогічних працівників на підтвердження відповідності займаній посаді (Наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України №1473 від 20.12.2011) (5). В новій редакції Положення про психолого-медико-педагогічні консультації **посилено вимоги до освітнього рівня** консультантів та їхньої фахової компетентності, **міститься вимога сприяння регулярному підвищенню рівня фахової підготовки** консультантів обласних та районних (міських) консультацій (4).

2. Професійне самовдосконалення фахівців психолого-медико-педагогічних консультацій. Основними видами підвищення фахової підготовки консультантів і завідувачів психолого-медико-педагогічних консультацій є:

а) курсова перепідготовка в системі післядипломної педагогічної освіти через систему спецкурсів (тренінгів);

б) професійне самовдосконалення, форми міжкурсової підготовки.

У змісті кожного з них передбачається поглиблення рівня сформованості як професійних, так і особистісних якостей фахівця, розвиток мотивації професійного зростання, активізація самостійної діяльності у напрямку самовдосконалення. Зумовлена така необхідність тим, що психолого-медико-педагогічні консультації відносяться до спеціальних закладів в системі освіти України з особливим режимом роботи (Додаток №5 до Інструкції про порядок обчислення заробітної плати працівників освіти), що зумовлено їхньою діяльністю, спрямованою на задоволення освітніх потреб і психолого-педагогічний супровід дітей, які мають різноманітні вади фізичного чи психічного

розвитку і потребують особливих умов навчання та виховання і психосоціальної корекції.

Виконання професійних обов'язків завідувачів та консультантів ПМПК відбувається в умовах високого нервово-емоційного напруження, оскільки супроводжується негативними переживаннями, часто протестно-агресивними реакціями батьків, які до певного часу не можуть прийняти факт неповносправності їхньої дитини. Необхідність постійного контролю за своїми власними почуттями та емоціями, вияву доброзичливості, толерантності, професійного дотримання деонтологічних принципів спілкування у конфліктних ситуаціях, призводять до стану «емоційного вигорання», потребують від працівників ПМПК високих моральних і психофізичних затрат, а, отже – заходів для відновлення здоров'я, а також оволодіння знаннями про шляхи розвитку психологічної готовності до професійної діяльності в умовах постійної психотравмуючої ситуації.

а) Курсова перепідготовка. При курсовій перепідготовці обов'язковим компонентом фахового вдосконалення цієї категорії слухачів має бути спеціальний курс, який би задовольняв їхню потребу не лише у поповненні і поглибленні спеціальних знань з корекційної педагогіки і психології, діагностики відхилень у психічному розвитку, але й відповідав запитам практики, спрямованої на активну підготовку педагогічних кадрів до роботи з дітьми в умовах інклюзивного навчання в загальноосвітній школі. У результаті опанування змісту такого спецкурсу слухачі повинні ознайомитись з особливостями соціальної політики у підтримці дітей з вадами розвитку, з принципово новими досягненнями науки і практики в галузі спеціальної (корекційної) педагогіки та психології, практичними технологіями.

Метою спецкурсу є формування у консультантів та завідувачів психолого-медико-педагогічних консультацій компетентності щодо організації і здійснення діяльності на наукових засадах і відповідно до нових концептуальних позицій і принципів (у контексті ідей соціальної інклюзії).

Завданнями спецкурсу є:

- ознайомлення слухачів з нормативно-правовою базою функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій;

- аналіз змін у філософії ставлення до підтримки дітей з особливими потребами, засвоєння наукових і концептуальних засад організації діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій;

- отримання знань про стандартні правила організації здобуття освіти дітьми з порушеннями розвитку в інклюзивних умовах;

- особливості психолого-педагогічного супроводу навчально-виховної роботи з дітьми, які навчаються в інклюзивних умовах;

- оволодіння знаннями про особливості психічного розвитку дітей з різними видами порушень, а саме: сенсорними, моторними, психічними (інтелекту, поведінки);

- оволодіння знаннями про психодіагностику відхилень у психічному розвитку дітей та технологіями їх здійснення;

Зміст програми навчального курсу з вдосконалення професійної компетентності консультантів та завідувачів психолого-медико-педагогічних консультацій орієнтовно може містити чотири функціональні компоненти:

інформаційно-пізнавальний (аналіз ключових наукових позицій, ідей, змісту законодавчих регламентацій, поповнення і осмислення знань про своєрідність психічного розвитку дитини, породженого певним видом порушення);

діагностичний (аналіз методів психодіагностики, засвоєння процедури здійснення психолого-педагогічного вивчення дітей з різними порушеннями в розвитку, оволодіння технологією навчально-діагностичного методу з'ясування потенційних можливостей розумового розвитку дитини);

практичний (правила ведення документації, формування банків даних про дітей за особливостями освітніх потреб, навички ведення протоколів засідань, формулювання висновків та рекомендацій на основі психолого-педагогічного вивчення дитини);

особистісно-рефлексивний (розвиток особистісних якостей і властивостей, актуальних для забезпечення психологічної готовності фахівця до роботи в консультації).

Орієнтовний програмний зміст спецкурсу (тренінгів) для курсової перепідготовки завідувачів та консультантів ПМПК.

Модуль 1. Конвенція ООН про права інвалідів та її вплив на діяльність психолого-медико-педагогічні консультації.

Тема 1. Аналіз Конвенції ООН про права інвалідів та змін в концептуальних засадах діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій .

Тема 2. Інклюзивно/інтегровані форми навчання як напрямок реформування освіти України.

Модуль 2. Особливості розвитку та задоволення освітніх потреб дітей з особливими освітніми потребами та з інвалідністю в сучасних умовах

Тема 3. Особливі освітні потреби дітей з різним станом зорової функції.

Тема 4. Зміни освітньої парадигми у напрямку соціокультурного підходу в освіті осіб з порушеннями слуху.

Тема 5. Сучасні технології раннього виявлення порушень мовлення у дітей.

Тема 6. Особливості навчання та соціально-трудової реабілітації дітей з інтелектуальними порушеннями в єдиному освітньому просторі.

Тема 7. Проблема аутизму у дітей та особливості корекційної роботи з ними.

Тема 8. Девіантна поведінка у дітей, напрямки корекції та шляхи попередження.

Тема 9. Психологічні особливості контролю та оцінки навчальних досягнень дітей з особливими освітніми потребами.

Модуль 3. Експертно-діагностична функція психолого-медико-педагогічних консультацій.

Тема 10. Аналіз підходів до оцінки психічного розвитку і навчальних труднощів дітей особливими освітніми потребами.

Тема 11. Аналіз технології навчально-діагностичного методу.

Тема 12. Процедура, діагностичний інструментарій та оформлення психолого-педагогічного вивчення дітей у психолого-медико-педагогічних консультаціях.

Теми практичних занять:

1. Аналіз Положення про психолого-медико-педагогічні консультації відповідно до Конвенції ООН про права інвалідів
2. Визначення провідних труднощів розвитку дітей з різними видами порушень.
3. Складання індивідуального навчального плану.
4. Ведення протоколу психолого-педагогічного вивчення дитини на засіданні консультації.

б) Професійне самовдосконалення, форми міжкурсової підготовки.

Професійне самовдосконалення можна розглядати як форми самостійної активності фахівця, спрямованої на підвищення готовності до здійснення професійної діяльності в умовах соціально-економічних змін. Серед них можна назвати наступні:

- самостійне вивчення фахової науково-методичної літератури з метою оновлення, поглиблення і узагальнення знань;
- опанування кращого практичного досвіду, оволодіння новими методами, техніками і технологіями,
- підготовка доповідей,
- проведення майстер-класів;
- сертифікація власного досвіду на володіння навичками здійснення психолого-педагогічного вивчення в технології навчально-діагностичного методу;
- актуалізація установки на розвиток психологічної готовності до здійснення професійної діяльності в умовах соціальних трансформацій ((за Бондарчук О.І., Карамушкою Л.М.) (1).

Як самостійна галузь педагогічного знання спеціальна педагогіка перебуває у постійному розвитку, її понятійний апарат, система знань продовжують складатися в залежності від соціально-економічних і соціокультурних змін у суспільстві та концепцій допомоги дітям із особливими потребами. Після ратифікації Україною Конвенції ООН про права інвалідів та Факультативного протоколу до неї основні положення її стають визначальними у підтримці дітей з особливими потребами в Україні, розробці державної політики щодо них у сфері

освіти і відповідного її реформування. З цією метою запроваджуються і вводяться в дію спеціальні програми, плани дій, заходів, розпорядження Кабінету Міністрів України, накази, розпорядження та інструктивні листи Міністерства освіти і науки України. Активними учасниками щодо розробки і виконання окремих напрямків названих програм та планів дій і заходів, проектів, реалізації концепцій, запровадження інновацій у сфері освіти є, зокрема, психолого-медико-педагогічні консультації системи освіти України. Прийняття Конвенції ООН про права інвалідів істотно вплинуло на перегляд концептуальних засад і принципів організації і змісту діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій і знайшло закріплення в проекті нового Положення.

Названі обставини породжують проблеми психологічної готовності педагогічних працівників консультацій до професійної діяльності в умовах соціальних трансформацій, що супроводжуються зломом стереотипів, необхідністю прийняття нових ідей і вимог, потребою в нових знаннях, в умінні аналізувати особливості власної професійної діяльності, визначати, що потрібно для її вдосконалення, зокрема, які особистісні якості необхідні для продуктивної соціально-трудової адаптації (1).

Тема розвитку психологічної готовності до здійснення професійної діяльності завідуючих та консультантів ПМПК є дуже актуальною і важливою. Основними завданнями її реалізації є:

1) оволодіння знаннями про шляхи розвитку психологічної готовності до здійснення професійної діяльності;

2) оволодіння методами діагностики особистісних якостей та характеристик фахівців ПМПК, актуальних для розвитку психологічної готовності до здійснення професійної діяльності (готовності прийняття змін, самоставлення, рефлексивності, рівня «емоційного вигорання», особистісної саморегуляції, креативного потенціалу тощо);

3) розвиток особистісних якостей і властивостей, актуальних для забезпечення психологічної готовності до професійної діяльності в умовах соціальних трансформацій, а саме: а) позитивної мотивації професійної діяльності;

б) толерантності до невизначеності нового змісту роботи та соціально-психологічного клімату в колективі; в) креативного потенціалу; г) рефлексивності; д) позитивного самоствалення; е) особистісної саморегуляції, здатності до попередження професійного стресу, «емоційного вигорання» і професійної деформації особистості персоналу;

4) оволодіння консультантами і завідувачами ПМПК вміннями і навичками застосовувати набуті психологічні знання у професійній діяльності.

1.9 Кваліфікаційні характеристики педагогічних працівників психолого-медико-педагогічних консультацій

Завідувач психолого-медико-педагогічних консультацій (Код КП - 1229.7).

Завдання та обов'язки. Планує й організовує роботу психолого-медико-педагогічної консультації, здійснює добір кадрів, організовує підвищення кваліфікації консультантів. Сприяє створенню мережі районних (міських) психолого-медико-педагогічних консультацій в регіоні. Контролює, вивчає і аналізує діяльність районних (міських) психолого-медико-педагогічних консультацій, добір кадрового складу в них та підвищення їх кваліфікації. Відповідає за правильність встановлення консультативних висновків, визначення освітніх потреб та зміст рекомендацій щодо форм навчання, виховання, психосоціальної реабілітації дітей і підлітків з порушеннями психофізичного розвитку. Забезпечує впровадження в практику діяльності районних (міських) психолого-медико-педагогічної консультації методів, методик та технологій діагностичного обстеження та консультування. Бере участь у розробці проектів розпорядчих документів відповідного органу освіти, що регламентують діяльність районних психолого-медико-педагогічних консультацій в регіоні, дбає про науково-методичне забезпечення їх діяльності. На основі узагальнення оперативних відомостей районних (міських) психолого-медико-педагогічної консультації створює банки даних про кількість дітей з порушеннями психофізичного розвитку, аналізує основні тенденції, домінування порушень у дітей за їх видами та дає оцінку рівню задоволення особливих освітніх потреб таких дітей в регіоні. Організовує участь консультації у розробці і реалізації

планів органів управління освітою щодо задоволення освітніх потреб дітей з порушеннями психофізичного розвитку, у розширенні форм надання допомоги для них, у вдосконаленні мережі навчальних дошкільних і шкільних закладів та запровадженні інклюзивного навчання. Спільно із психологічною службою, закладами освіти та охорони здоров'я веде просвітницьку роботу серед населення з питань формування соціальної моделі ставлення до дітей з порушеннями психофізичного розвитку, шляхи та умови задоволення їхніх особливих освітніх потреб, реалізацію завдань соціально-трудової підготовки та правового захисту. Готує звітність Центральній психолого-медико-педагогічній консультації. Забезпечує своєчасний розгляд заяв, скарг, дотримання прав та гарантій учнів і працівників навчального закладу.

Повинен знати: Конституцію України; Закони України; акти Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України щодо освітньої галузі; накази та розпорядження Міністерства освіти і науки України; Конвенцію Генеральної Асамблеї ООН про права дитини; підзаконні і нормативно-правові акти та документи з питань навчання, виховання, психосоціальної реабілітації дітей і підлітків з порушеннями в розвитку; особливості психічного розвитку та навчання дітей з різними видами порушень, сучасні досягнення педагогічної дефектологічної науки і практики, методи вітчизняної і зарубіжної діагностики відхилень в психічному розвитку дітей; основи наукової організації праці, правила і норми охорони праці, санітарії і протипожежного захисту.

Кваліфікаційні вимоги. Вища педагогічна (корекційна, дефектологічна) освіта на рівні спеціаліста або магістра, стаж роботи за фахом або на керівних посадах нижчого рівня професійного спрямування в навчальних закладах - не менше 2 років.

Консультант психолого-медико-педагогічної консультації (Код КП - 2340).

Завдання та обов'язки. Здійснює спільно з іншими фахівцями психолого-медико-педагогічної консультації психолого-педагогічне вивчення дітей і підлітків з метою виявлення особливостей їхнього розвитку, надає психолого-педагогічні рекомендації щодо змісту, форм, методів навчання та корекційно-розвиткової

роботи відповідно до потенційних можливостей розвитку; для дитини з інвалідністю – з урахуванням індивідуальної програми реабілітації; надає відповідну консультативну допомогу батькам (особам, які їх замінюють), керівникам навчальних закладів, педагогам, практичним психологам, соціальним педагогам, медичним, соціальним працівникам, громадськості з питань навчання, виховання та трудової реабілітації дітей з особливими освітніми потребами; використовує досягнення психодіагностики та новітніх корекційно-розвиткових програм; здійснює консультативний супровід функціонування спеціальних класів з інклюзивним навчанням та при необхідності психолого-педагогічний, медичний супровід дітей з різними видами порушень психофізичного розвитку та девіантною поведінкою; надає корекційно-розвиткову допомогу дітям з особливими освітніми потребами, зумовленими складними вадами розвитку, із залученням батьків або осіб, які їх замінюють (індивідуальні та групові заняття); веде встановлену документацію; рекомендує шляхи психосоціальної реабілітації, соціальної і трудової адаптації дітей і підлітків, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку.

Повинен знати: Конституцію України; Закони України; акти Президента України, Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України щодо освітньої галузі; накази та розпорядження Міністерства освіти і науки України; Декларацію прав і свобод людини; Конвенцію про права дитини; нормативно-правові акти з питань навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами; теорію і практику корекційно-реабілітаційних процесів та розвитку дітей; інші законодавчі та нормативно-правові акти з питань освіти; педагогіку, психологію, вікову фізіологію, шкільну гігієну; досягнення сучасної психолого-педагогічної науки і практики; основи соціології, економіки, фінансово-господарської діяльності загальноосвітніх навчальних закладів; законодавства про працю; форми роботи з громадськими організаціями; правила і норми охорони і безпеки праці, правила виробничої санітарії та пожежної безпеки.

Кваліфікаційні вимоги. Консультант психолого-медико-педагогічної консультації вищої категорії: повна вища освіта (магістр, спеціаліст) напряму

(спеціальності) підготовки «Корекційна освіта (за нозологіями)». Підвищення кваліфікації за професійними програмами спеціальності «Корекційна освіта (за нозологіями: логопедія, сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, олігофренопедагогіка)». Без вимог до стажу роботи.

Розділ II. Психолого-педагогічне вивчення – провідне завдання психолого-медико-педагогічних консультацій

2.1. Проблема діагностики – провідне питання корекційної педагогіки.

Проблема діагностики є найпріоритетнішою в галузі корекційної педагогіки і провідним завданням в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій. Особливо важливе значення вона має в ситуації, коли виникають підозри щодо порушень в інтелектуальній сфері дитини. Раннє виявлення дітей з порушеннями в розвитку та об'єктивна оцінка їхніх можливостей розвиватися, навчатися, засвоювати досвід є доленосним у житті кожної дитини з вадами психофізичного розвитку. Саме від цього залежить вибір освітньої стратегія щодо дитини з певним видом порушення розвитку, визначення її особливих освітніх потреб та адекватних завдань, змісту, методів навчально-розвиткової роботи з нею, забезпечення належних заходів і пристосувань для здобуття якісної освіти. У цьому випадку поняття якісної освіти означає – створення адекватних умов для засвоєння знань у відповідності до індивідуальних особливостей розвитку дитини, її потенційних можливостей засвоєння знань, умінь, навичок соціальної взаємодії та культурного досвіду.

Емпіричними дослідженнями в галузі спеціальної педагогіки і психології доведена визначальна роль корекційного навчання для максимальної реалізації потенційних можливостей соціально-трудової реабілітації та інтеграції в активне суспільне функціонування. Водночас, доведено також, що таке навчання буває лише тоді ефективним, коли спирається на реальні можливості конкретної дитини, враховує наявні у неї недоліки і вікові надбаня. Лише за таких умов навчання може бути адекватним, тобто відповідним уже

досягнутому і вихідним для розв'язання найближчих завдань подальшого розвитку дитини. Ефективність корекційної роботи на 90% залежить від комплексності, ретельності і глибини попереднього вивчення дитини.

У зв'язку з цим у вітчизняній науці провідним принципом забезпечення навчально-розвиткової роботи визначено єдність діагностики і корекції. Цей принцип відображає цілісність процесу надання психолого-педагогічної допомоги і реалізується в двох аспектах:

- початку здійснення корекційної роботи обов'язково повинен передувати етап комплексного діагностичного вивчення, що дозволяє виявити характер і інтенсивність труднощів розвитку, зробити висновок про їх можливі причини і на основі цього сформулювати цілі і завдання корекційно-розвиткової програми. Ефективна корекційна програма може бути побудована лише на основі ретельного психологічного обстеження. Водночас найбільш точні діагностичні дані можуть не мати ніякого значення, якщо вони не супроводжуються продуманою системою психолого-педагогічних корекційних засобів.

- Реалізація корекційно-розвиткової програми вимагає від корекційного педагога постійного контролю динаміки змін особистості, поведінки і діяльності, емоційних станів, почуттів і переживань тобто поточної діагностики. Такий контроль дозволяє внести необхідні корективи в завдання програми, методи і засоби педагогічного впливу. Кожний крок в корекції має бути оцінений під кутом зору його впливу з урахуванням кінцевих цілей навчальної програми. Отже, контроль динаміки і ефективності корекції, в свою чергу, потребує постійної діагностики протягом всієї корекційної роботи.

В Україні корекційна педагогіка і психологія є добре розвиненими науками. Видатними представниками її є: Бондар В.І., Вавіна Л.С., Засенко В.В., Єременко І.Г., Мерсіянова Г.М., Соботович Сак Т.В., Стадненко Н.М., Синьов В.М., Шеремет М.К., Тищенко В.В., Ярмаченко М.Д. Істотні надбання має практика кваліфікованого навчання і виховання дітей з різними видами порушень у розвитку, яка здійснюється у більшості своїй в спеціальних навчальних закладах. Проте неадекватність змісту навчання певного типу спеціального навчального

закладу пізнавальним можливостям дитини, яка потрапила до нього через помилки в діагностиці її стану, негативно позначається на її розвитку, штучно стримуючи його.

Відсутність адекватних корекційно-розвивальних впливів призводить до того, що у аномальних дітей виявляються прогаяними не лише сензитивні періоди формування відповідних психічних функцій, а й з'являється комплекс специфічних особливостей психічної діяльності у вигляді вторинних, третинних тощо дефектів (за визначенням Л.С.Виготського). Завдяки нагромадженню цих додаткових ускладнень в розвитку справжня картина відставання спотворюється, оскільки діти з різними формами недорозвитку мають схожий симптомокомплекс психолого-педагогічних проявів. Це ускладнює діагностику, розпізнавання структури дефекта та оцінку можливостей дитини у навчанні.

Особливо важливими і актуальними питання диференційної діагностики є в діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій.

В спеціальній психології напрям психодіагностики відхилень в розумовому розвитку дітей найбільш системно розроблявся в наукових працях Л.В.Борщевської, С.Д. Забрамної, А.Я.Іванової, Т.Д. Ілляшенко, І.О. З.І. Калмикової, Коробейникова, В.І. Лубовського, І.Ф. Марковської, Т.В. Розанової, С.Я. Рубінштейн, Н.М. Стадненко, А.Г.Обухівської, У. В. Ульєнкової, Г. Б. Шаумарова.

Вихідні теоретичні позиції названих вчених є основою розробки наукових підходів в диференційній діагностиці інтелектуальних порушень у дітей, які існують у вітчизняній науці і практиці, та своєрідних характеристик дітей, що виступають критеріями розмежування різних станів їхнього розумового розвитку, а саме: норми, затримки психічного розвитку (ЗПР), розумової відсталості. Об'єктом аналізу є методи оцінки розумового розвитку дітей з порушеннями інтелекту. Предметом аналізу стали характеристики (показники) розумового розвитку дітей з різним станом розумового розвитку, які виявляються в особливостях виконання ними діагностичних завдань і є значимими для

розмежування нормального розвитку, затримки психічного розвитку і розумової відсталості в дошкільному віці.

2.2. З історії розвитку підходів діагностики відхилень у розумовому розвитку дітей.

Перші спеціальні методи дослідження психічного розвитку були розроблені ще в кінці минулого століття у вигляді тестів, які утвердили психометричний підхід в оцінці розумового розвитку дитини(1).

В цілях відбору тести вперше використав психолог Альфред Біне в 1905 році, котрий разом з психіатром Томасом Сімоном за дорученням Міністерства освіти Франції, створив вимірювальну шкалу розуму. При цьому вони розв'язували завдання порівняти рівень розвитку нормальних дітей і дітей з розумовою відсталістю з метою відмежування перших від других та виведення тих, які мають недостатній психічний розвиток, із звичайних шкіл до спеціальних класів. Задля цього шляхом численних емпіричних проб було підібрано комплекс завдань, які давали можливість виявити у дитини загальний інтелектуальний потенціал. В доборі завдань Біне керувався твердженням: про те, що тестів має бути багато. Це твердження базувалося на розумінні інтелекту як недиференційованого пучка тенденцій, в центрі якого лежить здатність до міркування. Оскільки ця здатність виявляється в тій чи іншій мірі у всіх актах мислення, то розумніша дитина в будь-якому випадку під час виконання тестових завдань буде попереду, вважав А.Біне .

Такий підхід базувався на пануючій у той час методологічній концепції фатальної генетичної детермінації розумових здібностей дитини, яка фактично ігнорувала такі могутні чинники розвитку, як умови життя, навчання та виховання.

Основним діагностичним показником психометричного методу обстеження виступає «розумовий рівень», інтелектуальний коефіцієнт (IQ), який розглядається в диференціальній психології як відносно стабільна протягом усього життя величина і служить головним критерієм відбору дітей в різні типи навчальних закладів.

На початку ХХ століття психометричний метод набув широкого розповсюдження, тести знайшли своє практичне втілення не лише в Європі, але й в Америці та Росії.

Тестометричний підхід був не єдиним способом діагностики психічного розвитку у дітей. Поряд з тестами Біне розроблялися інші діагностичні системи, призначені для оцінки порушень розумового розвитку. Зокрема, в Італії П.Піццолі розроблялось детальне вивчення сенсорної сфери та стану моторики у дітей. В Німеччині з'явилася програма Цігена для виявлення розумового відставання, в яку входили завдання на оцінку пам'яті, визначення понять, розуміння суджень, розв'язання арифметичних задач. В Америці Н.Норсуорті, Х.Годдар розробили комплексний підхід у дослідженні психічного розвитку дітей, який включав оцінку різних параметрів: росту, об'єму легень, деяких рухових навичок, координації, пам'яті, особливостей асоціативних та інших процесів, хоча критерії цієї оцінки залишались не визначеними. В 1910 р. з'явилася робота німецького вченого В.Вейгандта, в якій викладена система дослідження розумового розвитку, що базувалася на спостереженнях за різними проявами психічної діяльності, в умовах, наближених до природних. Фіксувались способи дії дитини з іграшками, реальними предметами, особливості зорової, слухової, тактильної чутливості, мовлення.

Спільною рисою названих програм дослідження дітей була відсутність чітких оцінок для розрізнення розумової нездатності та нормального розумового розвитку.

В практичній діяльності в цілях відбору дітей з порушеннями розвитку ці програми дослідження не прижилися.

Особливе місце в розвитку психологічної діагностики посідає методика, розроблена відомим російським психіатром Г.І.Россолімо]. За оцінкою Лубовського В.І. ця методика була набагато прогресивнішою і мала значно більші можливості, ніж метрична шкала Біне–Сімона. Г.І.Россолімо виходив не з емпіричного випадкового добору завдань, а з певних уявлень про структуру психіки, в якій виділив три сфери: психічний тонус, пам'ять та вищі процеси. В

кожній сфері, в свою чергу, ним виділялись (не завжди правомірно) окремі психічні процеси, котрих виявилось одинадцять. До кожного з них пропонувалося 10 завдань, результати яких оцінювались у балах. Одержані показники відмічались на спеціальному бланку-графіку. Це давало ламану лінію, названу «психологічним профілем». Крім цього були розроблені нормативні показники для обстежуваних різного віку, що давало можливість встановити відхилення від норми. Метою такого дослідження було не виявлення сумарного кількісного показника, а відображення рівня і співвідношення розвитку та стану психічних процесів. Це була перша спроба якісно-кількісного аналізу структури інтелекту, хоча сама його структура була представлена досить неповно і однобічно.

Обстеження за цією методикою (програмою) Г.І.Россолімо вважав лише одним із способів діагностики, який доповнював клінічне обстеження. Велике значення він надавав анамнестичним даним і бесіді з дитиною. Збір анамнезу він проводив за детально розробленою схемою, яка містила біля 200 пунктів і називалася «Планом дослідження дитини».

Критикуючи діагностичну систему Г.І.Россолімо, Л.С.Виготський вважав неприпустимим ставлення до пам'яті, уваги, мислення, які є якісно своєрідними психологічними функціями, як до рівнозначних у процесі розумового розвитку. Він зазначав, що в цій діагностиці при загальному підрахунку, який визначає розвиток дитини, одиниці уваги прирівнюються до одиниць пам'яті, наче в голові наївного школяра кілометри складаються з кілограмами в одну загальну групу (3).

Методика «Психологічний профіль» Г.І.Россолімо була досить громіздкою, її використання займало багато часу, але з точки зору одержання різноманітних показників функціонування психічних процесів вона була, безперечно, значно повноціннішою та ефективнішою у порівнянні з тестами А.Біне . Однак, у практиці відбору аномальних дітей ця методика широкого розповсюдження не набула. Очевидно, тут зіграв роль міжнародний авторитет тестів Біне, які заповнили усі країни світу. Ці тести прості за змістом і зручні в обробці одержаних даних. Вони неодноразово зазнавали модифікації та вдосконалення,

ставали вихідним матеріалом для інших (Біне–Термен, Станфорд–Біне, Термен–Мерілл).

Незважаючи на хибну теоретичну позицію – погляд на інтелект як спадковий загальний потенціал (Біне), здатність до абстрактного мислення (Термен), що змінюються за життя лише кількісно, тести виявились досить живучими.

Розвиток психологічної науки, поява нових даних про хід психічного розвитку, збільшення знань про мислення (роботи А.Валлона у Франції, Ш.Бюллер в Австрії, Ж.Піаже в Швейцарії), які стверджували вже принципово іншу думку про розумовий розвиток, мало вплинули на практику діагностики інтелектуальної діяльності. Розвивалась вона лише у розробці нових оригінальних тестів. Серед них найбільш відомими стали «Матриці Равена», «Шкала Векслера», тест інтелекту Р. Амтхауера..

Найбільшої популярності після тестів Біне набула шкала Д. Векслера, яка широко застосовувалась у практиці відбору аномальних дітей. В цих тестах підбір завдань також має емпіричний характер. Але, на відміну від системи Біне, завдання в них дані не в хронологічній щодо віку послідовності, а поділені функціонально на дві групи (вербальні й невербальні, або субтести дії), кожна з яких містить серії задач. В цілому завдання в тестах Векслера значно різноманітніші. Завдання кожного типу мають варіанти, розташовані у порядку вікової трудності.

Тести Векслера дають можливість визначати розумовий коефіцієнт та коефіцієнт обдарованості. За цією системою обчислюються не лише сумарний загальний інтелектуальний показник, але й окремо сумарні показники за вербальними субтестами і субтестами дій. Це дозволяє дати більш глибоку якісну характеристику рівня розумового розвитку обстежуваної дитини. Але, як і у Біне, система Векслера є чисто феноменологічною і виходить з уявлень про розвиток як простий кількісний ріст.

За оцінкою К.М.Гуревича (12) методична розробка шкали Векслера дуже досконала. Однак, як і всі психологічні тести, вона виявляє відміни між виборками

людей за ступенем їх приналежності до культури. Глибокий аналіз змістовної сторони інформації, яка одержується за допомогою тестів, привів багатьох авторів до розуміння, що тести (в тому числі і тести Векслера) вимірюють не інтелект, а суму знань, набуту індивідом в конкретній соціокультурній групі. Вона не спрямована на з'ясування диференційних рис окремої особистості, і не ставить перед собою завдання розкрити, чому деякі досліджувані не справляються із завданнями методики.

Питання правомірності використання психометричної системи для вирішення завдань діагностики відхилень у розвитку як в нашій країні, так і за рубежом, вже давно не є дискусійним ()

Певний час предметом дискусій головним чином було питання про коефіцієнт інтелектуальності як адекватного показника ступеня розвитку інтелекту (Л.В.Занков) та прогностичну значущість тестів. В результаті таких обговорень визрівали думки про необхідність активного пошуку підвищення прогностичної валідності інтелектуальних тестів. У зв'язку з цим Р.Б.Кеттел пропонує поряд з інтелектом розглядати особистісні й мотиваційні характеристики індивідів.

У цьому плані значний інтерес викликає дослідження А.Валлона [19], який справедливо надавав великого значення розвитку особистості дитини, яку розглядав як цілісне утворення, що інтегрує в ході розвитку пізнавальні і афективні процеси. Спираючись на виділення певних стадій розвитку, які в значній мірі відображають особливості афективних, емоційних утворень, він будував діагностику не на порівнянні математичних характеристик інтелектуального дефекта з певним рівнем розумового розвитку, а на виділенні порушень, під якими розумів ступінь інтеграції і координації функціональних систем.

Р.Заззо у своєму дослідженні, ґрунтуючись на ідеї гетерохронії в темпі розвитку психічних функцій, одержав відповідні типи профілів, які визначаються характером і ступенем розходження між різними сторонами розумового розвитку. Засобом встановлення цих розходжень були тести, однак інтерпретація

результатів спиралась вже і на якісний аналіз процесу тестування (оцінка динаміки пізнавальної активності, змін афективного стану досліджуваного в ході експерименту, ставлення до завдання, типи помилок і т.ін.). В цьому схожість методу Р.Зазо з патопсихологічним експериментом.

А.Анастасі та інші психологи пропонують доповнювати результати тестування відомостями біографічного характеру, спостереженням за поведінкою і навіть висувають вимогу врахування умов розвитку дитини.

В роботах німецьких авторів, присвячених діагностиці аномалій розвитку, поряд з клінічним, патопсихологічним вивченням дитини велика увага приділялась ретельному дослідженню мікросоціуму (близьких родичів, осіб, які в тій чи іншій мірі здійснювали вплив на формування особистості дитини). При цьому різноманітні діагностичні (в тому числі і психометричні) методики, які використовувались авторами, слугували в більшій мірі для попередньої орієнтації перед складанням цілісної програми обстеження досліджуваного.

В Америці Е.Хейссерман розробила для діагностики відхилень у розвитку метод «педагогічної оцінки» або «структурного дослідження дитини», особливістю якого є якісний аналіз самого процесу виконання проби-завдання, а не його результату. Змістом методу є низка проб, кожна з яких не виходить за межі природного психолого-педагогічного експерименту.

Розроблені автором критерії оцінок дій дитини дозволяють не лише констатувати якість виконання проби, але й визначати структурний аналіз дефектів психічної діяльності. Задумом методу Е.Хейссерман є також визначення прогнозу щодо розвитку дитини.

Метод педагогічної оцінки є значним внеском у розвиток психодіагностики. Водночас слід зазначити, що використання його потребує тривалого часу, і тому застосування його в умовах одноразового дослідження дитини, як це має місце, наприклад, при відборі дітей до спеціальних закладів, неможливе.

Особлива ситуація склалася в Росії, а отже, і в Україні з огляду на обставини розвитку її державності.

У двадцяті роки перед країною постало завдання загальної освіти для всіх, у тому числі й для дітей з відхиленнями в розвитку. Саме відкривалась широка мережа спеціальних шкіл. Це вимагало вдосконалення діагностики і застосування її методів.

В країні розгорнулася дослідницька і практична робота в галузі тестування. Такими розробками займалися багато психологів: П.П.Блонський, А.Н.Бернштейн, Л.А.Квінт, А.П.Нечаєв, А.М.Шуберт. Їх зусилля спрямовувались як на розробку нових тестів, так і на перевірку й адаптацію тестів Біне-Сімона, вдосконалення тестів Г.І.Россолімо.

У практику відбору дітей міцно ввійшли тести Біне-Сімона в перекладі А.М.Шуберт та інші тести, в тому числі розроблені вітчизняними авторами.

Водночас із інтенсивним впровадженням тестів в педагогічну практику наростало критичне ставлення до них. Радянські психологи висловлювали серйозні застереження щодо їх застосування, відмічали неоднаковий рівень розуміння тестових завдань дітьми різних країн, неоднорідність і нерівнозначність завдань у наборах, підкреслювали, що тестові випробування є контрольно-допоміжним засобом педагогічного обліку і мають застосовуватися з надзвичайною обережністю. П.П.Блонський в книзі «Трудные школьники», піддаючи критиці принципи тестометричного підходу, на фактичному матеріалі довів безпідставність положення про незмінність інтелектуального коефіцієнта, про його незалежність від навчання. Деякі вчені виявились категоричними противниками тестів взагалі. На їх думку результати тестування здатні характеризувати лише елементарні психічні процеси, а не рівень розумового розвитку.

Тести часто ставали робочим інструментом в руках некваліфікованих людей, які не мали достатніх знань з психології та про особливості аномального розвитку. В 30-ті роки використання тестів набрало загрозливого характеру. В результаті тестування багато дітей з нормальними потенційними можливостями розвитку інтелекту оцінювались як розумово відсталі і направлялись в допоміжні школи, кількість яких не виправдано зростала.

У зв'язку з цим відомою Постановою ЦК ВКП(б) від 4 липня 1936 року «О педологических извращениях в системе наркомпросов» практика використання тестів була засуджена і призупинена.

Психологія, яка в ці роки так інтенсивно почала розвиватися, зазнала серйозної критики, розвиток її як науки було блоковано, проблеми діагностики психічного розвитку надовго перервані. Це на довгі роки загальмувало дослідницький пошук у цьому напрямку.

Як бачимо тести виявились зручним знаряддям вимірювання. Однак внутрішня сутність тестування, тобто теоретичне обґрунтування явищ психічної діяльності, що становить предмет психодіагностики, залишається невизначеною і є не такою досконалою, як його форма. У більшості тестів розвиток дитини визначається в кількісних одиницях (коефіцієнт розвитку, індекс розвитку, показник глобального віку), у деяких судження про розвиток визначається в якісних характеристиках відповідності чи невідповідності нормі.

Кількісна оцінка створює можливості порівняти, чи відповідає розвиток обстежуваної дитини показникам нормального розвитку відповідного віку. Однак в диференційній діагностиці кількісний показник для оцінки розумових здатностей дитини виявився непридатним, оскільки вікові характеристики навіть нормальних дітей різних країн та культур не збігаються, є нестабільними і дійсні лише в певному соціальному оточенні (Дебре, Мессе, Скрібнер, Лоллер, Манова-Томова). Сам по собі факт зниження рівня розвитку не дає підстав для пояснення причин відставання та встановлення діагнозу. Тому застосування психометричних шкал не може бути беззастережним і повсюдним, потребує адаптації нормативних критеріїв оцінювання до динаміки розвитку дітей країни-користувача запозичених тестів або розробки чи встановлення власних.

Внаслідок згаданої вище «Постанови» сталися суттєві зміни в підходах до відбору дітей в спеціальні школи. На зміну тестометричному прийшов комплексний підхід, який законодавчо був закріплений у Положенні про відбір дітей до спеціальних шкіл. Були також розроблені основні принципи цього

підходу. Він був зорієнтований на одержання комплексу різнобічних даних про дитину в ході діагностичного обстеження.

Передбачалось, що одним із компонентів комплексного підходу мала стати психологічна діагностика, а її результати повинні були розглядатися і мали значення лише в сукупності з іншими даними.

Комплексний підхід вимагав всебічного вивчення і оцінки особливостей розвитку дитини, що охоплює не лише інтелектуальну, пізнавальну діяльність, але й поведінку, емоції, рівень оволодіння навичками, а також стан зору, слуху, рухової сфери, неврологічний статус, історію розвитку.

Цей підхід спрямований на системний розгляд порушень, на якісний аналіз як дефекта, так і можливостей дитини. Якісний аналіз даних став сутністю психологічного експерименту, в якому, спираючись на дані про закономірності розвитку та особливості патологічно зміненої психіки, моделювались різні види реальної психічної діяльності, передбачалась творча участь експериментатора, гнучкість його стратегії і тактики в застосуванні різноманітних методик та прийомів в процесі дослідження. За оцінкою О.Л.Рубінштейна якісний аналіз результатів застосування діагностичних методик, висунутий як протиставлення чисто кількісному підходу в оцінці психічних даних, властивому для класичного тестування .

Системність вивчення стала провідним методологічним принципом радянської психології в цілому і дефектології, зокрема.

Необхідність якісного аналізу, який дозволяв би з'ясувати потенційні можливості дитини і прогнозувати подальший розвиток, відстоювалась як в теоретичних працях, особливо в патопсихології та нейропсихології, так і в практичних посібниках з відбору аномальних дітей до спеціальних шкіл (Л.С.Виготський , Б.В.Зейгарник , О.Р.Лурія , С.Я.Рубінштейн , Ю.Ф.Поляков та ін.).

В реальній практиці відбору дітей з відхиленнями в розвитку в спеціальні школи склалася ситуація, яка не відповідала вимогам комплексного підходу.

Положення про роботу відбіркових психолого-медико педагогічних комісій (ПМПК) передбачало, що до них повинно входити багато фахівців: психоневролог, психіатр, отоларинголог, офтальмолог, хірург-ортопед, логопед, вчитель-дефектолог, психолог.

Практика показала, що найслабшою ланкою комплексного підходу виявилось саме психологічне дослідження, вірніше сказати – воно найчастіше не здійснювалося. Однією з причин цього була відсутність у складі відбіркових комісій психологів. Обстеження дітей, як правило здійснювалось логопедом чи вчителем-дефектологом, які далеко не завжди володіли навіть найбільш відомими психологічними методиками. Ті, що використовувались, вибирались довільно, безсистемно, діагностичне рішення часом приймалось на підставі не виправдано малої кількості проб-завдань, оскільки в існуючих посібниках того часу ніяких рекомендацій щодо добору методик, їх достатньої кількості та даних про діагностичну значущість окремих з них не містилося.

Такий стан зумовлений відсутністю єдиної системи методик, зорієнтованих на певні цілі і контингент дітей.

В наявних посібниках, монографіях, методичних листах А.Н.Бернштейн , Г.М.Дульнев, О.Р.Лурія, , С.Д.Забрамна, М.П.Кононова , М.С.Певзнер , С.Я.Рубінштейн , призначених переважно для використання в процесі обстеження в ПМПК, дається набір окремих методик, вибраних з різних систем тестів, або тих, що використовувались в якихось дослідженнях, ставляться ї певні вимоги до техніки їх проведення, але ніяких нормативів, критеріїв або хоча б зразкових еталонних характеристик (описів виконання всіх завдань дітьми, що розвиваються нормально) не наводиться (6, 17, 20).

В цих посібниках пропонується лише опис методик, який частіше всього супроводиться досить нечіткими оціночними характеристиками можливих особливостей виконання і невизначеними вказівками щодо оцінки результатів. Тому різні дослідники, переслідуючи діагностичну мету, не лише ґрунтувалися на даних різних методів (що не так суттєво), але й по-різному ставилися до одних і тих же експериментальних фактів, здійснюючи їх оцінку на підставі власного

індивідуального досвіду, тобто на суб'єктивно-емпіричному рівні. Продуктивність діагностичного обстеження й оцінка його даних цілком залежала від рівня компетенції членів медико-педагогічних комісій, їх установок, досвіду роботи з аномальними дітьми, знання специфічних проявів дітей з певною формою психічного недорозвитку.

Суттєвим недоліком названих вище посібників є відсутність будь-яких поправок у відповідності до віку обстежуваної дитини. Хоча віковий діапазон дітей, які направляються на комісію для діагностичного обстеження, досить широкий, вікові особливості виконання проб-завдань в них практично не враховуються.

Умови відбіркових комісій, головним чином дефіцит часу, не дозволяють використовувати ці методики в достатньому обсязі і дотримуватися вказаних регламентацій. Як виявляється на практиці психологічна частина обстеження дитини зводиться фактично до констатації кінцевого результату за окремими методиками і іноді до неправомірно узагальнених висновків. У цьому зв'язку дані тестологічного дослідження, у порівнянні із вказаною формою застосування психологічних методик з метою діагностики, за оцінкою І.О.Коробейникова, дають, очевидно, більш широку та достовірну інформацію.

Так, широкою популярністю в роботі відбіркових ПМПК користується «Наглядный материал для психолого-медико-педагогического обследования детей в медико-педагогических комиссиях» (автор Забрамна С.Д.) . У цьому наборі міститься 129 завдань і визначенні функції, котрі можуть бути досліджені з їх допомогою. Водночас, в ньому відсутня чітка віднесеність певного завдання до функції, яка вивчається, немає ключа для інтерпретації одержаних даних. Отже, використання цього матеріалу передбачає довільність як в його застосуванні, так і в поясненні способів виконання.

Успіх застосування такої методики великою мірою залежить від досвіду та фахової компетенції експериментатора.

Найвідчутнішими недоліки практичної діагностики, здійснюваної в руслі комплексного підходу, стали в період 70-х років у зв'язку з необхідністю відбору

дітей із ЗПР та диференціації відхилень у розвитку дошкільників, мережа спеціальних закладів для яких почала різко зростати.

Як правило розумова відсталість, що характеризується багатьма своєрідними особливостями психічних функцій, які вказують на ознаки органічного ураження центральної нервової системи, серйозних труднощів в процесі діагностики не викликає. Ступінь вираженості психічних порушень при затримці психічного розвитку представлена не так грубо, як при олігофренії, однак цілком достатньо для того, щоб бути серйозною перешкодою в засвоєнні навчального матеріалу в звичайних школах.

За даними спеціальних досліджень (Т.О.Власова, Т.В.Єгорова, К.С.Лебединська, Т.Д.Пускаєва та ін.) серед учнів початкових класів масових шкіл значний відсоток (від 30% до 50 %) учнів, що не встигають, виявляють ознаки затримки психічного розвитку.

Аналогічні дослідження зроблені під керівництвом В.М.Лупандіна, в яких здійснено вивчення невстигаючих учнів загальноосвітніх шкіл. Узагальнюючи результати даного дослідження і класифікуючи варіанти суміжних форм розумової відстаості В.М.Лупандін відмічає, що чим легше виражена інтелектуальна недостатність, тим складнішим стає психологічний аналіз, тим більш зростає роль інших методів.

Ще більшу актуальність набуває значення цих висловлювань стосовно визначення станів психологічного недорозвитку у дошкільному віці, де, як правило, відсутня інформація про хід засвоєння дитиною шкільних знань, що є характерним для школярів, і недостатньо накопичено наукових знань про якісні характеристики психічного недорозвитку при різних його формах

Отже, для комплексного підходу, характерна так звана симптоматична психодіагностика, яка спирається на зовнішні ознаки розвитку. Провідними показниками відхилень у розумовому розвитку за ним є клінічна симптоматика порушень центральної нервової системи та здобутки поточного розвитку дитини (знання, практичний досвід).

Недоліки комплексного підходу полягають у тому, що клінічні показники недостатнього функціонування центральної нервової системи у дитини не мають однозначного зв'язку із станом її розумового розвитку. Основні психофізіологічні прояви дітей, які мають негрубі порушення (легка дебільність чи затримка психічного розвитку), переважно є такими, як і в нормі. Орієнтація на клінічну симптоматику є доцільною у випадках, коли йдеться про розмежування грубих порушень (імбецильність, виражена дебільність), які можуть супроводжуватися неврологічними та сенсомоторними розладами. Крім цього з дефектологічних досліджень відомо, що рівень сформованості знань, умінь, навичок дітей з вадами психофізичного розвитку істотно залежить від мікросоціальних умов виховання, до яких, зокрема, належить своєчасність встановлення порушень у розвитку та надання корекційної допомоги. Неприятливі умови життя (гіпер- чи гіпоопіка, педагогічна занедбаність, відсутність адекватної корекційної допомоги) можуть негативно позначитися навіть на розвитку нормальної дитини – збіднюють, уповільнюють його, зумовлюють відставання згідно середньо-вікових показників. Для дітей з психофізичними вадами мікросоціальні чинники мають визначальну роль: За сприятливих умов сприяють подоланню недоліків розвитку та максимальній реалізації потенційних можливостей; за несприятливих – ускладнюють його, породжують додаткові недоліки, визначені, Л.С.Виготським як вторинні, третинні тощо дефекти. Вони спотворюють справжню картину розвитку дитини, призводять до хибного тлумачення психолого-педагогічних проявів. Так, негрубо виражена інтелектуальна недостатність, яка характерна для ЗПР, основними психолого-педагогічними проявами може збігатися із схожими станами у дітей: педагогічною занедбаністю, загальним недорозвитком мовлення, легкою дебільністю. Тому при слабо виражених відхиленнях діагностичне значення проявів недорозвитку стає бідним і багатозначним. За таких умов лікарська симптоматика та незадовільний рівень знань стають малоінформативними, а продуктивність діагностичного обстеження, оцінка його результатів цілковито залежить від досвіду членів ПМПК і здійснюється на суб'єктивно-інтуїтивному рівні.

Це обумовило перегляд набутого досвіду психодіагностики і стало поштовхом до пошуку нових методів діагностування для задоволення потреб диференціальної діагностики.

Так, в методичних рекомендаціях, що вийшли пізніше (.Венгер О.А, Г.Л.Вигодська Г.Л., .Леонгард Е.І.), вже дається не лише опис методик, порядок їх застосування, а й критерії оцінки та зразки характеристики дітей з різними формами недорозвитку психіки: імбецилів, дебілів, дітей з шизофренічною та епілептичною деменцією; з порушенням зором, мовленням, слухом, руховими дефектами в порівнянні з нормою; в якості діагностичних даних використовуються особливості діяльності і поведінки.

За оцінкою В.І. Лубовського (9) такі характеристики є кроком уперед, однак вони складені на основі емпіричних даних і не можуть слугувати надійними критеріями для практичного використання в психолого-медико-педагогічних консультаціях.

На підставі переосмислення знань про загальні та специфічні особливості розвитку дітей з порушенням інтелекту відбувався активний пошук та наукове обґрунтування тих психічних функцій, які в найбільшій мірі могли б репрезентувати відхилення у розумовому розвитку дитини (14, 16). Внаслідок цього поряд з психометричним та комплексним почав формуватися новий підхід – діагностико-навчальний. Основним методом його став навчальний експеримент, об'єктом оцінювання – потенційні можливості подальшого розвитку дитини. Новий підхід розглядався як засіб якісної та кількісної оцінки розумового розвитку чи окремих його компонентів в експериментальних умовах оволодіння дитиною новими знаннями чи формування у неї певних способів дій.

В останні десятиліття, як в патопсихології, так і в дослідженнях дитячої та педагогічної психології з'явилися перспективні психодіагностичні розробки., які спиралися на ідеї Л.С.Виготського про зону найближчого розвитку. Встановлено, що найбільш релеватним показником для розрізнення потенційних можливостей дітей з різним станом розумового розвитку є їхня здатність до навчованості.

В дитячій патопсихології широко відомою є методика навчально-діагностичного експерименту А.Я.Іванової (5), розробленою в руслі зазначених ідей. Цінність згаданої методики полягає в суворій регламентації втручання експериментатора в роботу досліджуваного і в можливостях кількісної оцінки результатів, що спирається на якісний аналіз пізнавальної діяльності. За цим же принципом побудована методика розгорнутого констатуючого і навчального експерименту Т.В.Єгорової . Ці методики дозволяють оцінити найближчий потенційний рівень розвитку дитини.

Значний вклад у вивчення закономірностей психічного розвитку та його діагностування, розроблених у руслі вище описаного підходу, внесли наукові ідеї З.І.Калмикової , Н.І.Непомнящої , Н.А.Менчинської (15). Найбільш близьким до завдань патопсихологічної діагностики є дослідження Н.І.Непомнящої, яке реалізує принцип системно-структурного підходу в аналізі психічної діяльності дитини.

Особливий інтерес представляють роботи А.Бустаманте, В.Варданян, побудовані на відомій теорії П.Я.Гальперина про поетапність формування розумових дій, які знайшли своє відображення в оригінальних методичних розробках й дають цінну інформацію для диференційної діагностики затримки психічного розвитку.

Новий напрямок в психологічній діагностиці, заснований на вивченні основних типів пізнавальних дій (перцептивних, інтелектуальних) у дітей дошкільного віку і визначенні в балах рівня оволодіння цими діями, представляють дослідження, проведені під керівництвом Л.А.Венгера (4).

В них з'ясовано деякі нормативні характеристики розвитку нормальної дитини, які відображають критерії її готовності до навчання у школі. Такі дані мають особливу цінність для діагностики розвитку дитини.

Згадані психологічні дослідження внесли суттєвий вклад в розробку загальних теоретико-методологічних засад психологічної діагностики аномалій розвитку. Методики, що в них використовувались, спрямовані на встановлення відмінностей між нормальною і аномальною дитиною, диференціацію дітей з

різними формами порушень. В них зроблена спроба виразити встановлені якісні відмінності між дітьми кількісними показниками.

Однак використання названих експериментальних методик у вигляді робочого засобу експрес-діагностики видається проблематичним. Деякі з них потребують багато часу, ретельного дотримання техніки проведення. Так, для дослідження дитини з допомогою методики А.Бустаманте, потрібно два тижні, що є нереальним в умовах психолого-медіео-педагогічних консультацій. Більшість цих методик спрямовані на дослідження дітей лише шкільного віку.

Поряд з розгортанням направлених психологічних досліджень в цілях діагностики відхилень у розвитку перевірялась можливість використання найбільш поширених тестів. Зокрема Г.Б.Шаумаров (19) в спеціальному дослідженні перевіряв можливість діагностування порушень розвитку за сумарними показниками тестів Векслера. Встановлено, що в порівнянні з даними ПМПК вони часто дають більш точний результат у визначенні рівня розумового розвитку. Однак в цілому Г.Б.Шаумаров прийшов до висновку, що тести Д.Векслера не мають диференційно-діагностичної цінності і не можуть бути рекомендовані як засіб діагностики затримки психічного розвитку та розумової відсталості в медико-педагогічних комісіях.

В дослідженнях К.Новакової використовувалась низка субтестів із тестової діагностичної методики Термен-Мерілл (інша назва Станфорд-Біне), була розроблена адаптація чеського (1962) варіанту цих тестів. З'ясовано, що лише деякі вербальні завдання цієї методики виявляються дієвими. Крім того з'ясувалося, що застосування цих тестів вимагає надзвичайно серйозного підходу до їх перегляду, адаптації та рестандартизації.

В дослідженні Е.Ф.Замбацявічене використовується адаптація деяких завдань із тесту Амтхауера, які також пристосовані для практичної діагностики в цілях відбору розумово відсталих дітей в допоміжні школи. Подібну спробу здійснили Л.П.Переслені, О.М.Мастюкова, Л.Ф.Чупров .

В дослідженнях вчених-дефектологів московської школи (Г.В.Єгорової , В.І.Лубовського, А.С.Ясман , Т.В.Розанової, Н.В.Яшкової , Л.І.Тигранової),

розроблено ряд вдалих діагностичних методик. Вони є зразком методик добре обгрунтованих з теоретичних позицій і безпосередньо налаштованих на вирішення завдань диференціальної діагностики. Кожна з них здатна виявляти значущі відмінності між дітьми окремих категорій у порівнянні з нормою.

Однак з їх допомогою можуть встановлюватись лише деякі сталі, але розрізнені характеристики певних дефектів. Здобута завдяки їм інформація є недостатньою для постановки психолого-педагогічного діагнозу. Адже, щоб не припуститися помилки у постановці діагнозу та визначенні типу школи, в яку має бути направлена дитина, необхідно спиратися на комплекс показників, що охоплюють різні сфери психічної діяльності. Щоб ці методики стали робочим інструментом в психолого-медико-педагогічних консультаціях, їх необхідно включити в набір методик, який давав би більш-менш повне уявлення про основні важливі особливості дітей з нормальним і порушеним розумовим розвитком. Крім цього, зазначені методики потребують перевірки на більш широкому контингенті досліджуваних.

Поряд з цим вчені намагались розробити спеціальні комплекси діагностичних методик для диференціації дітей за станом розумового розвитку. Такими спробами були роботи Н.М.Стадненко, І.О.Коробейникова, М.О.Шивирьова. Зокрема, методика І.О.Коробейникова (7), викладена у вигляді рекомендацій щодо психологічного обстеження дітей у період передшкільної диспансеризації. В цей діагностичний комплекс включено 8 відомих діагностичних завдань, спрямованих на дослідження різних сторін пізнавальної діяльності: мислення, пам'яті, уваги, просторових уявлень, навчованості. З метою визначення стану дитини оцінювались не лише результати виконання включених до набору завдань, але й особливості афективно-особистісної сфери дитини, які виявляються в процесі її діяльності. Автором виділено 25 показників, які були піддані ретельній квантифікації та цифровій формалізації (в балах). На їх підставі створено експериментальну схему якісно-кількісного аналізу психічної діяльності. Ця робота має важливе значення як зразок якісно-кількісної оцінки результатів дослідження і його практичного втілення. Добір же завдань в єдиний комплекс, на

нашу думку, не можна вважати доцільним, оскільки особливості пам'яті, уваги, особистості мають важливе значення для індивідуалізації процесу навчання, але в умовах експрес-діагностики, де здійснюється розмежування різних станів, їх недостатньо.

Найбільш повну наукову розробку та практичну реалізацію навчального-діагностичного експерименту досягнуто в роботах Н.М.Стадненко (10, 18).

Спираючись на відому концепцію Л.С.Виготського Н.М.Стадненко зазначає, що наявність більш широкої зони наблизчого розвитку у конкретної дитини є надійнішою ознакою успішності навчання, ніж актуальний рівень її досягнень (знань, умінь). Саме цим і визначається діагностична значущість цього показника – зони наблизчого розвитку - для оцінки розумових здатностей дитини і перспектив її розвитку. У відповідності до цього на основі наукового аналізу передових ідей психологів та осмислення практичного досвіду розмежування дітей за станом їх розумового розвитку нею визначено, що предметом психодіагностичного вивчення аномальних дітей має бути научуваність. Як інтегральний показник розумового розвитку научуваність виявляється передусім у здатності до засвоєння нових знань, умінь, способів дій. і може бути конкретизована в якісних проявах сформованості її структурних компонентів, таких як: узагальненість, усвідомленість, гнучкість, самостійність, стійкість мислення. Завдання навчального діагностичного експерименту полягають у з'ясуванні особливостей научуваності, її продуктивності в цілому. В спеціальному експериментальному дослідженні А.Г.Обухівської (11) було підтверджено, що при кожному стані розумового розвитку (норма, затримка психічного розвитку, розумова відсталість) особливості научуваності мають свої якісні характеристики, які достатньо точно репрезентують різні форми інтелектуальних порушень.

Аналізуючи проблеми діагностики і розвиваючи ідей передових вчених-дефектологів (Лубовський В.І., Розанова Т.В.) Н.М.Стадненко наголошує, що в процесі психодіагностичного дослідження дитини вивченню підлягає весь процес виконання завдання, оскільки особливості діяльності дитини в процесі

діагностики мають не менше значення, ніж фіксація факту досягнення чи недосягнення позитивного результату. Характеристика особливостей перебігу виконання, яка об'єктивується в особливостях контакту дитини з дорослим, прийому завдання, способах орієнтування в ньому, вибору адекватного способу розв'язання діагностичної проби, критичності дій, в здатності використання мір допомоги, дає досліднику достатню кількість інформації для якісного аналізу порушених функцій і точного розпізнання стану розумового розвитку дитини .

Відповідно до цих ідей під керівництвом Н.М.Стадненко розроблено діагностичну експрес-методику (10) для практичного застосування саме в умовах роботи психолого-медико-педагогічних консультацій. Перевагою цієї методики є цілеспрямований, обґрунтований добір проб-завдань в діагностичний комплекс. Включені до набору завдання прості й зручні у користуванні, доступні й цікаві за змістом та формою здійснення (ігрова), дають можливість залучати до їх виконання дітей з різним ступенем вираженості порушень. Цей комплекс містить в собі різні за складністю, але однотипні за характером виконання завдання, що забезпечує можливість оволодіння дитиною певною мислительною операцією і переносу способу дій в аналогічні умови., а отже вияв здатності до самонавчуваності. Всі завдання методики передбачають виявлення особливостей навчуваності за всіма її компонентами (узагальненість, гнучкість, самостійність, стійкість, усвідомленість мислення). Принциповим для цієї методики є організація процесу обстеження, в основі якої є щільна взаємодія дитини й дорослого, коли дитину заохочують, підтримують, відповідним чином направляють практичні дії, сприймання, активізують мислення. Завдяки такій організації діяльності дитина, яка має порушення в інтелектуальній сфері, одержує можливість здійснювати недоступні самостійному виконанню дії із сторонньою допомогою. Таким чином вдається зкомпенсувати недосконалість мислительної діяльності дітей з вадами психофізичного розвитку, нівелювати вплив несприятливих умов розвитку, що ускладнили чи порушили його.

Практичне застосування цієї методики показало, що з її допомогою здобувається змістовна інформація про особливості мислительної діяльності

обстежуваних дітей, зокрема здатності до узагальнення істотного в матеріалі, яка в структурі інтелектуальних порушень є провідною ознакою і визначає продуктивність навчваності в цілому.

В сучасних дослідженнях українських вчених ведеться широке вивчення особливостей порушень в інтелектуальній сфері дітей різних категорій (Борщевська Л.В., Вавіна Л.С., Ілляшенко Т.Д., Сак Т.В., Соботович Є.Ф., Тарасун В.В., Хохліна О.П.). Для цих досліджень характерний цілеспрямований добір завдань з метою вивчення специфічних особливостей мислення дітей із різними аномаліями під кутом зору диференціації у них розумових здатностей. Вони дають можливість інтенсифікувати корекційно-педагогічну роботу з цими категоріями аномальних дітей, спираючись на чіткі уявлення про їх потенційні можливості розвитку і поповнюють психодіагностику відхилень конкретними критеріями оцінки розумової діяльності у дітей різних форм дизонтогенезу.

В останнє десятиріччя (90-ті роки) відмічається значне піднесення інтересу до питань психодіагностики, зумовлене активізацією діяльності шкільних психологів та законодавчим введенням їх до складу психолого-медико-педагогічних консультацій. В літературі з'являється низка посібників (2,13), в яких подаються різноманітні діагностичні методики, тести, проби. В них автори намагаються певним чином систематизувати відомі вже методичні розробки з метою задоволення професійних потреб практичних психологів. На жаль, деякі з них без будь-якого теоретичного обґрунтування рекомендуються для диференціації інтелектуальних можливостей дітей з відхиленнями у розумовому розвитку.

Фахівцям в галузі освіти (практичним психологам, членам ПМПК) слід пам'ятати, що відставання чи порушення у розумовому дітей може викликатися різними причинами, однак за психолого-педагогічними проявами та актуальним рівнем досягнень вони дуже схожі, особливо в дошкільному віці та за умов відсутності своєчасної, стимулюючої розвитку допомоги. Це суттєво ускладнює діагностику різноманітних форм психічного недорозвитку, маскує справжню картину порушень, особливо, коли причини їх близькі: особливості психіки дітей

із вадами слуху (глухі і слабкочуючі), інтелекту (розумово відсталі, ЗПР, низька норма чи педагогічна занедбаність), мовлення.

З огляду на доленосне значення правильного визначення стану розумового розвитку дитини і встановлення для неї відповідного типу корекційно-освітньої програми в практиці виявлення дітей з порушеннями інтелекту доцільно користуватися лише тими діагностичними засобами, які спеціально для цього призначені.

Отже, в результаті історичного огляду розвитку практики діагностики дітей з вадами психофізичного розвитку, наукового аналізу відповідних їм методів та критеріїв оцінки інтелекту, виділено три провідних підходи, що історично склалися. Це психометричний, комплексний та діагностико-навчальний. Запити сучасної диференціальної діагностики найбільш задовольняє діагностико-навчальний підхід. Основними умовами здійснення діагностичного вивчення дитини за ним є навчально-діагностичний експеримент, об'єктом вивчення – потенційні можливості дитини, предметом вивчення – інтегральна здатність дитини до засвоєння нових знань - навчуваність, критеріями оцінки – особливості навчуваності. До них належать: узагальненість, самостійність, гнучкість, стійкість, усвідомленість, критичність мислення та здатність до використання засвоєних знань і умінь, досвіду для розв'язання аналогічних задач.

2.3. Психолого-педагогічне вивчення в діяльності ПМПК

Психолого-педагогічне вивчення - це провідний і один з найскладніших видів роботи у структурі консультування. Відбувається таке вивчення на спеціальному засіданні і по суті являє собою діагностичне обстеження дитини. Під час його здійснюється оцінка розвитку дитини, стан сформованості пізнавальних процесів, зокрема, розумових дій та операцій, властивих їй індивідуальних особливостей засвоєння знань, важливих для постановки освітніх цілей та планування педагогічної стратегії.

Це надзвичайно складний і відповідальний вид діяльності консультантів ПМПК і без перебільшення ключовий момент в житті дитини. На підставі цього

вивчення дається оцінка проблем дитини, особливостей її психічного розвитку і пов'язаних з цим здатностей до навчання та робиться прогноз її майбутньої соціально-трудової реалізації.

Психолого-медико-педагогічні консультації відносяться до спеціальних закладів в системі освіти України з особливим режимом роботи, що зумовлено їхньою діяльністю. Як правило діагностичне засідання відбувається в умовах високого нервово-емоційного напруження. У зв'язку з цим робота консультантів в них належить до несприятливих для здоров'я та особливо важких умов праці. Вона вимагає від них не тільки високого кваліфікаційного рівня, широкої освіченості, але психологічної готовності та професійного дотримання деонтологічних принципів спілкування, вияву високих морально-етичних особистісних якостей, доброзичливості і толерантності у ставленні до людей, у вирішенні долі яких вони втручаються. Не секрет, що проходження такого обстеження батьками, діти яких мають проблеми розвитку, сприймається драматично, вони переживають, якими будуть висновки фахівців. Не рідкі випадки, коли батьки (або особи, які їх замінюють) до певного часу не приймають факту неповносправності їхньої дитини, а висновки і рекомендації фахівців консультації вважають хибними, можуть бути нестриманими, по-різному виражати свою незгоду.

У зв'язку з цим до проведення психолого-педагогічного вивчення фахівці консультацій ретельно готуються, дотримуються визначених процедурних вимог.

Процедура психолого-педагогічного вивчення в психолого-медико-педагогічній консультації строго визначена, має свою поетапну послідовність і правила, передбачає дотримання наукових принципів.

Організаційна структура процедури психолого-педагогічного вивчення складається з наступних послідовних етапів:

1.Збір інформації про дитину, оформлення «Картки стану здоров'я і розвитку дитини», визначення дати проведення діагностичного засідання, оформлення заяви від батьків – дозволу на використання персональних даних.

2. Представлення головою засідання і розгляд даних «Картки» та наданих документів членами групи безпосередньо перед психологічним обстеженням. Попереднє означення провідної проблеми дитини, формулювання діагностичного завдання (що буде оцінюватись), вибір діагностичних засобів (які діагностичні завдання будуть використовуватись), визначення фахівця, який вестиме вивчення дитини. Цей етап проводиться членами засідання, батьки не запрошуються.

3. Запрошення батьків з дитиною до діагностичної кімнати. Встановлення контакту з дитиною. Здійснення психолого-педагогічного вивчення дитини. Ведення протоколу обстеження у «Книзі Протоколів» із детальним фіксуванням процесу та особливостей виконання запропонованих завдань.

4. Аналіз та якісна характеристика виконання завдань, особливостей пізнавальної діяльності, виділення сильних та слабких сторін розвитку дитини членами засідання. Пояснення батькам стану дитини, причин труднощів її психічного розвитку, висловлення передбачень щодо необхідних шляхів соціально-педагогічної реабілітації.

5. Формулювання психолого-педагогічного висновку та рекомендацій.

Нижче детально розглянемо процедурні вимоги до проведення психолого-педагогічного вивчення:

1) відбувається за згодою батьків (осіб, які їх замінюють) з обов'язковою їх присутністю, на засадах добровільності, що підтверджується їхньою письмовою заявою, яка зберігається в архіві консультації;

2) передбачає відкритість процесу обстеження - батьки (особи, які їх замінюють) мають можливість спостерігати весь процес, з ймовірністю брати участь в обстеженні та обговоренні результатів;

3) проводиться у формі колегіального засідання, тобто за участі групи фахівців, які є членами діагностичного засідання, на чолі з головою засідання. Одноосібність вивчення дитини консультантом ПМПК і формулювання ППВ не допускається. Проте воно можливе у тому разі, коли проводиться з метою попереднього вивчення і підготовки до колегіального засідання.

Вимога дотримання колегіальності підчас діагностичного обстеження в психолого-медико-педагогічних консультаціях зумовлена намаганням зменшити долю суб'єктивізму в оцінці особливостей розвитку дитини.

Склад і кількість фахівців групи **не є постійним**, за різних обставин можуть змінюватись в залежності від робочої доцільності. Оптимальним складом групи є п'ять фахівців: три учителі-дефектологи (логопед, олігофренопедагог, сурдопедагог (тифлопедагог)), профільний лікар (офтальмолог, отоларинголог, невролог (ортопед), психіатр), практичний психолог.

Для визначення робочої доцільності важливими є фактори, що впливають на продуктивність здійснення обстеження. Одним з таких факторів є визначеність чи невизначеність контингенту дітей, які мають проходити діагностичне обстеження. В залежності від названих факторів група фахівців може складатися або з 5 осіб, або 8 осіб. Так, у випадку, коли відомо, що вивчатися будуть діти одного виду порушень, наприклад, з порушеннями зору, до групи фахівців обов'язково мають увійти консультанти відповідної спеціалізації: тифлопедагог, лікар офтальмолог, а також практичний психолог, логопед, лікар психіатр.

У випадку невизначеності проблем дітей група фахівців повинна бути максимально повною, складатися із консультантів усіх вузьких спеціалізацій, здатних до розпізнання специфічних симптомокомплексів порушень у розвитку дитини і визначення шляхів її психолого-педагогічної реабілітації.

Другим важливим фактором, який впливає на продуктивність вивчення дитини, є форма (місце) проведення колегіального засідання: стаціонарне (у спеціально призначеному і відповідним чином оснащеному приміщенні) чи виїзне (у навчальному закладі, вдома).

Якщо обстеження проходить стаціонарно, особливо за наявності вікна одностороннього бачення (дзеркала Гезелла) чи (і) аудіо-відео техніки, що максимально забезпечують психологічну комфортність умов, при яких члени колегіального засідання та фахівець, який здійснює вивчення, дитина та її родичі знаходяться в різних кімнатах), склад групи може бути максимальним. На виїзних

засіданнях в НЗ кількість групи фахівців допускається з 5 осіб; в умовах сім'ї – з 3 осіб.

Голова засідання визначається ситуативно членами діагностичного засідання.

4) Забезпечується комплексність обстеження і прийняття висновку. Передбачас, що вивчення дитини має ґрунтуватися на даних попереднього обстеження дитини різними фахівцями і даних власного психолого-педагогічного вивчення. Мета такого підходу – забезпечення достатньої різнобічної інформації для аналізу індивідуальних особливостей дитини з урахуванням медичних, педагогічних і психологічних даних, які фіксуються у відповідних розділах «Картки стану здоров'я і розвитку дитини» та наданих документів і зазначеної в них інформації.

5). Обов'язковість проведення власного психологічного обстеження безпосередньо на засіданні.

- вивчення здійснює один фахівець;
- оцінка розвитку здійснюється на основі застосування комплексу діагностичних завдань;
- обстеження однієї дитини відбувається протягом достатньо тривалого часу (від 30 хвилин до 1,5 години).

6). Обов'язковість ведення протоколу засідання. В окремій «Книзі протоколів» по кожній дитині, фіксується:

- хід вивчення із зазначенням методичних матеріалів, які використовувались,
- опис характерних проявів поведінки дитини (),
- продуктивність виконання діагностичних завдань
- із зазначенням дати, номеру протоколу, присутніх членів засідання.

7). Аналіз і обговорення результатів вивчення дитини членами засідання.

8). Детальне пояснення батькам особливостей виконання діагностичних завдань, труднощів розвитку, їх причин та надання рекомендацій щодо психолого-педагогічної корекції.

9). Формулювання психолого-педагогічного висновку і рекомендацій.

10). Надання батькам Витягу із протоколу засідання.

Від якості такого вивчення і поведінки учасників засідання залежить переконливість заключних висновків та рекомендації. Членам діагностичного засідання належить зробити усе, щоб батьки повірили їм, побачили позитивну перспективу, сприйняли від них допомогу. Однак батькам слід пам'ятати – ніхто не має права силою, без їхньої згоди помістити дитину в будь-який навчальний заклад. Висновок ПМПК, навіть центральної, є рекомендаційним. Остаточне рішення про місце здобуття освіти приймають батьки, або особи, які їх замінюють, після того, як вони усвідомлять для себе її необхідність.

Отже, від правильного встановлення причин порушень та якомога ранньої організації педагогічного втручання значною мірою залежить ефективність корекційної допомоги – ослаблення чи повне подолання наявних у дитини недоліків, попередження виникнення небажаних вторинних ускладнень психічного розвитку тощо.

2.4. Технологія вивчення навчованості у контексті навчально-діагностичного підходу в диференційній діагностиці.

Наукові дослідження в галузі дефектології та практика навчання і виховання дітей з різними формами інтелектуальних порушень, зокрема із затримкою психічного розвитку та розумовою відсталістю, переконливо довели, що основною відмінністю цих дітей є різні потенційні можливості розвитку і навчання, що виявляються у неоднаковій здатності цих дітей оволодівати знаннями за певною навчальною програмою.

Своєрідність психодіагностики відхилень у розумовому розвитку полягає в тому, щоб з урахуванням низького рівня попередніх надбань дитини та різнобічних даних попереднього її вивчення, оцінити її потенційні можливості до навчання. Найбільш достовірним критерієм оцінки їх у дитини є навчованість. Отже з'ясування особливостей навчованості дитини – це головне питання, на яке потрібно отримати відповідь, діагностуючи її інтелектуальний розвиток.

Діагностика навчованості потребує особливих умов проведення обстеження,

під час якого дитина не тільки вивчається, але й навчається. Таке короткотривале навчання насамперед передбачає діагностичну ціль – з'ясувати, як швидко і на якому рівні якості у дитини сформується ті розумові дії, які були раніше їй недоступні. Саме такі дані про дитину є найбільш прогностичними щодо її потенційних можливостей розвиватися. Забезпечення таких умов є особливо доцільним для вивчення дітей з недостатнім психофізичним розвитком дошкільного, і навіть молодшого шкільного віку. Це зумовлено тим, що через несприятливі обставини розвитку досвід, знання, уміння у них накопичується значно повільніше і бувають обмеженими, суто розумові дії недостатньо сформовані, навички практичної взаємодії з навколишнім та спілкування з дорослими знаходяться на етапі становлення і у порівнянні зі здоровими однолітками помітно відстають у розвитку. Вирішення цих завдань потребує адекватного діагностичного інструментарію – спеціальної методики обстеження.

Добір завдань до методики вивчення навчуваності. Для вивчення навчуваності необхідні спеціальні діагностичні завдання, які повинні задовольняти такі вимоги:

1. Завдання, прості і привабливі за змістом, виконуються у формі гри. Виконання їх передбачає елементарні знання про навколишній світ, якими дитина уже більшою чи меншою мірою володіє. Це пов'язано з необхідністю обов'язкового включення дітей з різними інтелектуальними можливостями у процес виконання діагностичних завдань. Добре, коли однотипних завдань є кілька: простіші і складніші.

2. Усі завдання спрямовані на виявлення навчуваності як основного показника потенційних можливостей інтелектуального розвитку дитини. Проте ця здатність досліджується на різному матеріалі. Дітям пропонуються ігри-завдання, розв'язуючи які вони виконують різні практичні дії з іграшками, малюнками, картками із зображеннями. У процесі таких дій діти демонструють свою здатність оперувати сенсорними еталонами (кольором, величиною, формою), знаннями та уявленнями про різні предмети найближчого оточення, їх призначення. Називаючи ознаки предметів чи їх зображень, порівнюючи ці

предмети за спільними ознаками та групуючи їх, діти виявляють сформованість у них мисленневих дій і операцій.

3. Зміст завдань передбачає створення умов для того, щоб дитина могла сама навчитися виконувати ті чи інші дії і досягати мети, а наступні схожі завдання виконувати успішніше. Після завершення дитиною виконання завдання з допомогою дорослого, доцільно дати їй виконати те саме завдання повторно, уже без допомоги, щоб переконатися, чи засвоїла вона спосіб дії.

4. Виконання кожного завдання передбачає надання дитині допомоги у міру того, як у неї виникають труднощі. Відбувається активна взаємодія дорослого і дитини: доброзичливе заохочення, повторення інструкції, демонстрація зразка, підказка. Сенс такої допомоги в тому, щоб спостерігати, як дитина може скористатися нею. Це дає можливість аналізувати процес виконання завдання, бачити труднощі і те, як вона знаходить способи їх подолання. Особливості мисленневої діяльності дитини, які виявляються в процесі виконання завдань, мають значно більшу діагностичну цінність, ніж проста фіксація кінцевого результату.

Характеристики складових навчваності дітей із різним інтелектуальним розвитком. Матеріали якісно-кількісного аналізу особливостей перебігу виконання всіх експериментальних завдань досліджуваними дали підстави для характеристики складових навчваності дітей із різним інтелектуальним розвитком. Нижче подаються характеристики цих особливостей.

Стосовно досліджуваних обраного нами віку вибір саме навчваності діагностично значущим показником розумового розвитку являється найбільш доцільним та адекватним. Він цілковито узгоджується з віковими особливостями психічного розвитку дошкільників. Адже на початку дошкільного віку досвід, знання, уміння лише накопичуються і є природно обмеженими, суто розумові дії лише формуються і мають виразну вікову специфіку. Навички практичної взаємодії молодших дошкільників з довкіллям та спілкування з дорослим знаходяться в стадії становлення.

Ми дотримуємось позиції, що діагностику інтелектуального розвитку дитини необхідно здійснювати в діяльності, під час розв'язання нею посильних завдань, постійно підтримуючи її власну активність та надаючи строго дозовану, спеціально продуману допомогу тобто створюючи штучно навчальну ситуацію. Успішність розв'язання пізнавальних задач дошкільника в ситуації навчання залежить від таких складових інтелектуальної діяльності: рівня загальної обізнаності, особливостей взаємодії з дорослим, сформованості мисленневих дій та операцій, навчуваності, працездатності.

Отже, навчуваність, як загальна здатність до навчання, конкретизується у комплексі різноманітних показників, що складають її внутрішній і зовнішній компонент і забезпечують здійснення мисленневої діяльності. Це підтверджує думку В. І. Лубовського, який аналізуючи проблеми діагностики, наголошував, що при відхиленнях у розвитку основним об'єктом психологічного вивчення мають бути особливості діяльності дитини. Конкретизуючи це Н.М.Стадненко говорить, що предметом аналізу при порушеному розвитку має стати весь процес виконання завдання. Якісна характеристика особливостей діяльності під час виконання завдань має не менше значення для діагностики, ніж досягнення чи недосягнення кінцевого результату.

Вивчення особливостей навчуваності у дошкільників передбачається такими напрямками. По-перше, через добір в діагностичну методику завдань, які доступні дітям досліджуваного віку, а їх зміст, способи розв'язання відповідають властивим даному віку розумовим діям. Численними дослідженнями (Запорожець О.В., Венгер Л.А, Зінченко В.П., Рузька А.Г., Котирло В.К., Проскура О.В.) встановлено, що істотним надбанням цього періоду життя дитини є сформованість дій сприймання та дій наочно-дійового й наочно-образного мислення. На основі активного розглядання, обмацування, вслуховування, просторового комбінування діти молодшого дошкільного віку здатні не лише розпізнавати, ідентифікувати між собою, моделювати об'єкти сприймання, але й в уявному плані, тобто на мисленневому та зоровому рівнях здійснювати перцептивний аналіз, порівняння, узагальнення, що виявляється в уміннях систематизувати, групувати,

класифікувати предмети за зовнішніми ознаками (кольором, формою, величиною, матеріалом, просторовими зв'язками) та елементарними смисловими значеннями (функціональним призначенням).

У названих діях розкривається доступний молодшому дошкільному віку рівень узагальненості мислення, який складає ядро навчуваності і ґрунтується на розвитку і вдосконаленні провідного для даного віку психічного процесу – сприймання. У своєму інтегральному вигляді ці дії складають внутрішній компонент навчуваності дитини, передумови до розв'язання доступних її вікові практичних і логічних задач, до оволодіння новими знаннями, системою сенсорних еталонів, способів орієнтування тощо.

На початку дошкільного віку такі дії ще не досконалі, вони лише формуються, в процесі цього формування відбувається поступовий перехід дитини від практичного орієнтування до перцептивного, а згодом – мисленнєвого, тобто в умі, за допомогою згорнутих логічних дій. Саме названі дії відбивають суть розумового розвитку дітей молодшого дошкільного віку. Від їх сформованості залежить успішність виконання ними діагностичних завдань. У зв'язку з цим саме ці дії мають виступати предметом вивчення під час діагностичного обстеження. З'ясування специфічних особливостей їх функціонування є суттєвим для оцінки стану розумового розвитку – має він характер відставання від середньовікових норм розвитку здорової дитини чи порушення, недорозвиток.

По-друге. Виявлення навчуваності потребує особливої технології застосування методичних завдань: певної послідовності пред'явлення (від простих до складніших), використання різних інструкцій і прийомів для обов'язкового включення дитини у процес взаємодії з дорослим, планомірного надання допомоги. При цьому об'єктом оцінки мають бути складність завдань і узагальнень, яких потребує їх виконання, сформованість тих чи інших властивостей психічної діяльності (обсягу, довільності сприймання, уваги, операцій мислення, точності просторових уявлень), уміння оперувати зразками. За таких умов використання діагностичних завдань важливими критеріями оцінки

потенційних можливостей дітей є: чутливість дитини до мір допомоги, ступінь її самостійності під час виконання завдання.

По-третє. В доборі завдань перевага надається тим із них, виконання яких передбачає не одномоментність, а розгорнутість його перебігу, пов'язане з практичними і образними діями, не потребує мовленнєвого спілкування. До таких завдань належать завдання практично-дійового типу з одноманітною повторюваністю різного роду дій, що створює умови для самонавчання, оволодіння навичкою способу дії, її узагальнення в межах одного завдання.

По-четверте. Важливим моментом вивчення навчованості є виконання аналогічних завдань. Процедурою обстеження в ситуації навчання передбачається повторне виконання завдання при незадовільному його перебігу на попередньому етапі виконання. Завдяки цьому вдавалося відстежити зміни, які відбуваються (чи не відбуваються) в якості виконання завдання під впливом сумісної з дорослим діяльності.

По-п'яте. Істотне значення для оцінки розумового розвитку молодших дошкільників має сформованість навичок взаємодії дитини й дорослого, усвідомлення дитиною значення ролі дорослого, орієнтування на його реакції, застосування різних способів стимулювання дорослого до оцінки, підказки тощо. Саме завдяки взаємодії дорослого й дитини, співпраці їх в різноманітних видах діяльності та життєвих ситуаціях розвиваються і вдосконалюються всі складові навчованості. В особливостях же контакту дитини й дорослого, в навичках їх взаємодії між собою розкриваються як реальні, так і потенційні можливості розумового розвитку дитини. Коли дитину заохочують, підтримують, відповідним чином організують практичні дії, направляють сприймання, активізують мислення, вона одержує можливість здійснювати недоступні самостійному виконанню дії із сторонньою допомогою. Таким чином вдається зкомпенсувати недостатню самостійність інтелектуальної діяльності, властиву дітям цього віку, й нівелювати негативний вплив несприятливих умов розвитку, що ускладнили чи порушили його.

Передумовами співпраці є позитивне ставлення дитини до дорослого, визнання нею значущості ролі останнього в акті взаємодії та сформованість навичок спілкування з ним: вміння слухати, орієнтуватися на вимоги, виконувати вказівки, наслідувати дії, реагувати на зауваження, використовувати набуті в сумісній діяльності знання та досвід для розв'язання аналогічної задачі. В нашій інтерпретації особливості взаємодії дитини й дорослого складають зовнішній компонент навчованості.

Сформованість навичок взаємодії розкривається в адекватності, раціональності та продуктивності практичних дій дитини в ході виконання нею проб-завдань і об'єктивується в характеристиках цього процесу: особливостях прийому завдання, обдумування та вибору способу розв'язання логічної задачі, характері труднощів та достатніх мірах допомоги для їх подолання, працездатності, аргументації результату, а також у співвідношенні активності дорослого та дитини.

Названі показники покладені в основу якісного аналізу одержаних експериментальних даних, який спирався на врахування виділених нами процесуальних характеристик діяльності та складових навчованості, до яких ми відносимо: узагальненість, глибина, гнучкість, стійкість, усвідомленість, самостійність мислення.

Показниками для характеристики узагальненості мислення виступали особливості здійснення перцептивних та наочно образних дій під час виконання завдань різної складності (під кутом зору закладених в них узагальнень), узагальненість способу дії, темп виконання завдання. Глибина мислення оцінювалась здатністю дитини збагнути смисл завдання, вимоги дорослого, встановити узагальнююче значення зразків, схем, символів, вміння діяти зосереджено, заглиблено, раціонально і цілеспрямовано. Гнучкість мислення розкривалась в здатності дитини змінити попередній спосіб дії в залежності від зміни умов задачі, встановити нову суттєву ознаку, у вмінні дитини спиратися одразу на дві суттєві ознаки в процесі розподілу об'єктів. Стійкість мислення досліджуваних визначалась здатністю утримувати в свідомості актуалізовані

істотні ознаки, орієнтуватися на закладені в змісті завдань наочні опори, якими можуть бути: малюнки-зразки, схеми, знаки-символи, еталони. Усвідомленість мислення оцінювалась через адекватність практичних дій вимогам завдання та вмінням дитини пояснити їх. За основу оцінювання самостійності мислення бралася міра втручання експериментатора в процес виконання завдання для досягнення позитивного результату: доступність самостійного розв'язання логічної задачі, сприйнятливність до допомоги, розгорнутість допомоги, яка стала достатньою для подолання труднощів; необхідність у керівництві процесом виконання завдання дорослим.

Найбільш виразні відмінності між дітьми з різним станом розумового розвитку виявляються:

- в особливостях контакту, в наявності і характеристиках інтересу, в адекватності та характері емоційних реакцій;

- особливостях орієнтування в умовах задачі і прийняття рішення про спосіб розв'язання її, в уміннях цілеспрямовано діяти, в раціональності і адекватності дій;

- в рівні узагальненості мислення, в здатності виділяти ознаки і в повноті їх врахування при розв'язанні практичних, перцептивних чи елементарних логічних задач;

- в здатності змінювати спосіб дії в залежності від зміни вимог, інструкції;

- в чутливості до допомоги, у мірах її розгорнутості;

- в умінні утримувати завдання в свідомості до кінця виконання, орієнтуватися на зразки;

- в критичному ставленні до власних дій та помилок, у здатності переглянути помилки і більше їх не повторювати;

- у темпі виконавської діяльності;

- в особливостях працездатності;

- у співвідношенні активності дорослого і дитини;

- в здатності до переносу (використання) набутого досвіду співпраці (умінь) в аналогічну ситуацію.

Названі показники складають основу якісного аналізу одержаних даних, який ґрунтується на оцінці виділених нами процесуальних характеристик діяльності та складових навчуваності.

Вивчення узагальненості мислення передбачається в усіх , включених в методику завданнях а різних рівнях мисленнєвої діяльності (наочно-дійовому, наочно-образному, словесно-логічному). Виконання завдань вимагає узагальнення істотного в різному матеріалі, де істотні зв'язки представлені по різному: є явними, прихованими, вимагають функціонування різних розумових дій, як простих, так і складних. Відомо, що у дітей з різними формами психічних порушень виявляється в тій чи іншій мірі слабкість узагальнення. Задля вивчення збереження можливостей абстрагування та узагальнення істотного в матеріалі розроблені прості за змістом та способом виконання завдання, котрі дають можливість включити в процес обстеження різні категорії аномальних дітей.

Переважає більшість дітей старшого дошкільного віку з нормальним інтелектуальним розвитком самостійно або з мінімальною допомогою здійснювала необхідні узагальнення, які виявились адекватними логічним діям, котрі мають бути сформовані в цей віковий період.

Показовим для цієї категорії обстежуваних є перебіг процесу обстеження. Нормальні діти охоче, із зростаючою зацікавленістю і прискоренням темпу виконують усі завдання. Діти із ЗПР самостійність узагальнення виявляють переважно в нескладних завданнях, однак в складніших – припускаються помилок, потребують різноманітної (стимулюючої діяльність, усвідомлення власних практичних дій ?) допомоги. В процесі виконання завдань потребують заохочень, підтримки, нагадування вимог, виявляють ознаки втомлюваності, зниження інтересу та спад працездатності. Для дітей розумово відсталих характерним є несамостійність у здійсненні узагальнень, виразно виявляється некритичність ставлення до власних практичних дій, безглузді помилки не знічують їх, не стимулюють до перегляду одержаного результату. Багатьом з них необхідна розгорнута допомога в подоланні труднощів узагальнення, зовнішній контроль власних дій.

Глибина мислення (протилежна якість - поверховість) здатність охопити сутність завдання, виділити суттєву ознаку і використати їх як засіб розв'язання логічної задачі. Цю здатність виявляють майже всі дошкільники з нормальним інтелектом (відмінності в тривалості орієнтувальної робочої паузи?). Частина з них може діяти поверхово (тобто здійснюють розподіл не за істотною перцептивною ознакою, а більш яскравою, явною), але вони спроможні змінити первісне рішення після переосмислення вимог задач (уже в процесі пошуку правильного рішення, або після помилки). Для дітей із ЗПР характерна поверховість дій і мислення на початковому етапі, яка є результатом недостатнього усвідомлення логічної задачі. Під впливом організуючих їх пізнавальну діяльність дій (шляхом активізації мислительних операцій) з боку експериментатора вони здатні знайти спосіб виконання завдання. Розумово відсталі дошкільники часто діють імпульсивно. Під впливом сторонніх асоціацій, безпосередніх вражень, власного досвіду, намагаються замінити поставлену перед ними задачу знайомими діями з подібним матеріалом.

Гнучкість мислення виявляється у змінюваності діяльності у відповідності до зміни умов задачі. Протилежна якість - косність, стереотипність дій, схильність до шаблонного відтворення раніше засвоєного.

Більшість дітей, що розвиваються нормально, виявляють достатню здатність актуалізувати способи виконання одного й того ж завдання (зміни підстави класифікації). У частини досліджуваних цієї категорії (при самостійному виконанні) виявляється ознаки слабкості абстрагування і інертність – труднощі переключення в спосіб дії, актуалізації нової суттєвої ознаки і усвідомлення її як підстави для розподілу. Для дітей із ЗПР інертність мислення є особливо характерною особливістю. Проявом її є тривалі паузи в процесі орієнтуванні в матеріалі, часте відтворення попередніх дій, труднощі актуалізації різноманітних суттєвих ознак. Однак у цих дітей ця властивість мислення не є нездоланною, під впливом допомоги з боку дорослого вони досягають позитивних результатів. У розумово відсталих інертність виявляється в стереотипності дій в шаблонному

відтворенні раніше засвоєного, що часто виступає нездоланною перешкодою в досягненні правильного результату

Стійкість мислення – найбільш характерна особливість дітей з нормальним інтелекту. Коли ці діти розуміють зміст логічної задачі, її вимоги. вони до кінця виконання утримують їх в свідомості, керуються ними в практичних діях, здійснюють самоконтроль.

Дітям із ЗПР властива недостатня стійкість мислення, яка виявляється в невпевненості, нерішучості, практично-пошуковому характері дій, спрямованих на встановлення способу розв'язання мислительної задачі. В суб'єктивно складних завданнях у цих дітей трапляється втрата завдання, коли дитина не утримує інструкцію, умови задачі до кінця завдання. Втрата завдання цієї категорії досліджуваних виявляється навіть у випадках, коли дитині повідомити суттєву ознаку, коли вона дії за зразком.

Усвідомленість мислення в нормі і при ЗПР виявляється в тому, що такі діти здатні дати вербальний звіт про здійснені дії, відповідаючи на запитання, чому саме так необхідно було діяти. Відмінність між зазначеними категоріями обстежуваних полягає у повноті, точності аргументацій. У дітей із ЗПР вони бідні, надто спрощені, однослівні, часом поєднуються з жестами або зовсім ними замінюються. Розумово відсталі дошкільники дуже зрідка здатні пояснити своє виконання. Як правило, ці діти таку вимогу експериментатора не приймають, мовчать, говорять на сторонню тему або відповідають: «Так треба», «Так мама навчила» і т. ін.

Самостійність мислення дітей з нормальним розвитком виявляється в правильному виконанні переважної більшості завдань експрес-методики, в достатності мінімальних мір допомоги для подолання виникаючих труднощів. Самостійність дітей із ЗПР в процесі діагностичного обстеження є досить обмеженою. Вони потребують різноманітної допомоги з боку дорослого, чутливість до якої у цих дітей виявляється дуже різною. Серед них значна частина дітей потребує розгорнутої допомоги, подібно тому, як це виявляється у розумово відсталих дітей. Однак від останніх їх відрізняє здатність в аналогічних або

схожих за змістом завданнях до самонавчуваності – виходити на якісно більш високий рівень виконання, чутливість до менш розгорнутих мір допомоги. Якість виконання аналогічних завдань розумово відсталих дошкільників суттєво не поліпшується.

Отже, якісні характеристики складових навчуваності виступають диференційно значущими показниками в процесі діагностики з метою відмежування ЗПР та розумової відсталості від норми.

Психолого-педагогічний висновок. Результатом психолого-педагогічного вивчення є психолого-педагогічний висновок, який є документом, що в компактній (стислій) формі розкриває психолого-педагогічну картину проблем дитини, на основі оцінки здатності до засвоєння знань визначає навчальну програму і методи навчання і виховання, вказує на провідні напрямки корекційно-педагогічного впливу .

Це пов'язано, по перше, з тим, що консультації є, насамперед, установами освіти, тому закономірно в своїй діяльності ставлять освітні цілі і завдання. При цьому медичні дані лікарів для фахівців консультацій дуже важливі, вони є одним з орієнтирів в проблемах дитини, допомагають глибше розуміти специфіку і механізми порушеного розвитку, прогнозувати його динаміку, визначати системи корекційно-розвивального впливу. Названі параметри являють собою психолого-педагогічний аспект проблем і тому потребують організації адекватних суто педагогічних та психологічних заходів. Для педагогів висновок консультації з точним означенням проблем дитини в психолого-педагогічних поняттях є ключовим для побудови і реалізації ними педагогічної стратегії, вибору і застосування адекватних педагогічних технологій.

По-друге, формулювання висновку з психолого-педагогічним змістом важливе з огляду на утвердження в діяльності консультацій нових концептуальних засад у контексті передових ідей соціальної інклюзії. Цей факт засвідчує перехід від медичної до соціальної моделі розуміння неповносправності (інвалідності). Раніше під час обстеження дитини фокус вивчення утримувався на оцінці проблем медичного змісту: стану її здоров'я, (тобто особливостях ушкоджень, хвороби) і

породжених ними психофізичних обмеженнях, недоліках і неспроможностях. Нині увага зосереджується на визначенні сильних сторін дитини, збережених здатностей функціонування, взаємодії, контакту, спілкування, доступних способів засвоєння знань. Зміст висновків та рекомендації консультації ставлять вимоги перед суспільством і спонукають його до створення належних умов і використання засобів для найкращого задоволення освітніх потреб дітей з особливими потребами.

Формулювання психолого-педагогічного висновку та рекомендацій – це новий аспект діяльності сучасних консультацій. Нижче подається зразок формулювання змісту психолого-педагогічного висновку та рекомендацій.

Довідка про дитину: Хлопчик, роки ;

Психолого-педагогічний висновок. Системне порушення психічного розвитку. Аутизм? Низький рівень когнітивного функціонування. Зниження інтелектуального розвитку у формі легкої розумової відсталості? Цілеспрямований контакт з дорослими відсутній. Системний недорозвиток мовлення I рівня. Мають місце окремі емоційні вигуки. У поведінці надмірна рухливість, здатність до концентрації уваги короткотривала. Іграшками маніпулює, але без емоційного ставлення. В пізнавальну діяльність самостійно не включається. На заохочення дорослого не відповідає. За умови організації сумісної діяльності з дорослим здатний ідентифікувати предмети за кольором і розміром за наочною і частково вербальною інструкцією. Навички самообслуговування формуються.

Рекомендовано: Навчання з індивідуальним підходом на основі програми для дітей з легкою розумовою відсталістю. Стимуляція інтелектуального розвитку як основи розвитку мовлення. Формування навичок взаємодії з дорослими на основі альтернативних засобів комунікації, застосування методів АВА.

За умови інклюзивного навчання потребує асистента вчителя та 8 годин корекційно-розвиткових занять. Перегляд в кінці навчального року.

Використана література:

1.Збірник нормативно-правових документів психологічної служби та ПМПК системи освіти України /Упоряд. Панок В.Г., Цушко І.І., Обухівська А.Г.- К.: Ніка-центр, 2005. – 436.

2.Положення про зональну та центральну психолого-медико-педагогічні консультації. Наказ Міністерства освіти України від 13.05.93 № 134, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 02.06.93 за № 61.

3. Положення про центральну, республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації. Наказ Міністерства освіти і науки України та Академії педагогічних наук України від 07.07.2004 р. № 569/38, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 27.07.2004 р. за № 931/9530.

4. Про підпорядкування центральній психолого-медико-педагогічній консультації. Наказ Міністерства освіти і науки України від 26.11.2002 р. №673/79.

5. Про звітність психолого-медико-педагогічних консультацій. Лист Міністерства освіти і науки України від 16.12.2003 р.№ 1/9-579.

6. Про організацію діяльності регіональних психолого-медико-педагогічних консультацій. Наказ Міністерства освіти і науки України від 17.08.2004 р. №661.

7.Наказ Міністерства освіти і науки України від 06.10.2010 р. №930 «Про затвердження Типового положення про атестацію педагогічних працівників (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України №1473 від 20.12.2011 р.(пункти 2.13.1; 2.14.1).

8.Наказ Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Національної академії педагогічних наук України від 23.06.2011 № 623/61 "Про внесення змін до Положення про центральну та республіканську (Автономна Республіка Крим), обласні, Київську та Севастопольську міські, районні (міські) психолого-медико-педагогічні консультації", зареєстрований у Міністерстві юстиції 06.12.2011 за № 1407/20145.

9.Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» від 15 серпня 2011 р. №872

10.Наказ Міністерства освіти і науки України «Про затвердження кваліфікаційних характеристик професій (посад) педагогічних та науково-педагогічних працівників навчальних закладів» № 665 від 01.06.2013 року (код КП – 1229.7; код КП – 2340).

11.Наказ Міністерства освіти і науки України «Про організацію діяльності психолого-медико-педагогічних консультацій» № 680 від 04.06.2013 року.

12.Обухівська А.Г.Научуваність як діагностичний показник розумового розвитку дошкільників. / Автореферат дис.канд. психол. наук. - К., 1998. – 19 с.

13.Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку молодших школярів та старших дошкільників. / Автор. Колек.: Н.М.Стадненко, Т.Д.Ілляшенко, Л.В.Борщевська, А.Г.Обухівська.– Кам'янець-Подільський: “Абетка”, 1998. – 44 с.

14.Бондарчук О.І., Карамушка Л. М. Психологічна підготовка педагогічних працівників до діяльності в умовах соціально-економічних змін ./ Спецкурс для слухачів очно-дистанційної форми навчання в системі післядипломної педагогічної освіти. Навчально-методичне видання. Університет менеджменту освіти АПН України.- К. – 2009. 36 с.

15.Конвенція ООН про права інвалідів та Факультативний протокол до неї (ЗУ №1767-УІ від 16.12.2009).

16.Лист МОН «Організаційно–методичні засади забезпечення права на освіту дітей з особливими освітніми потребами» № 1/9-539 від 08.08.2013 .

1. Автор: Обуховская Антонина Григорьевна, заведующая Центральной ПМПК, ведущий научный сотрудник, кандидат психологических наук.

2. Название книги: «Деятельность психолого-медико-педагогических консультаций в условиях интеграции детей с особенными образовательными потребностями»

3. Место работы автора: Украинский научно-методический центр практической психологии и социальной работы

4. Аннотация:

В пособии отображено содержание и особенности деятельности психолого-медико-педагогических консультаций, широко известных в педагогических кругах за аббревиатурой ПМПК. Эти методические учреждения системы образования Украины призваны решать вопросы развития, обучения, воспитания и получения образования детей с особенными образовательными потребностями, в том числе с инвалидностью, а также осуществлять профильную поддержку их родителей (лиц, которые их замещают). В своем историческом развитии названные консультации прошли сложный путь, постепенно трансформируясь в многофункциональные центры помощи детям с издержками психофизического развития.

Внедрение пособия в практику будет способствовать совершенствованию экспертной психолого-педагогической оценки трудностей психического развития детей, консультационно-разъяснительной работе с их родителями и педагогами относительно выбора адекватных педагогических стратегий, средств и особенностей коррекционно-развивательной работы в учебном учреждении и родительском кругу, помощи органам управления образованием в собирании и обобщении информации о количестве таких детей в регионе за видами нарушений, организации гибкой системы удовлетворения их образовательных потребностей по месту проживания.

Пособие адресовано педагогам, школьным психологам, работникам психолого-медико-педагогических консультаций и специалистам органов управления образованием, студентам соответствующей специализации, родителям, широкой общественности, которая небезразлична к проблеме помощи детям с особенными образовательными потребностями.

1.Author: Obukhivska Antonina, Head of Central PMPC, Senior scientific researcher, Ph.D. in Psychology.

2. Title of the book: «The activity of psycho-medical-pedagogical counseling in the integration of children with special educational needs»

3. Place of the work of author: Ukrainian Science-Methodological Centre of Applied Psychology and Social Work

4. Resume:

The textbook shows the content and features of psycho-medical-pedagogical counseling activity that are widely known in educational circles by the acronym PMPC . These methodological institutions of educational and scientific systems of Ukraine, designed to address development, education, upbringing and schooling of children with special educational needs , including handicapped children, and also to provide the professional support of their parents, carers or guardians.

Implementation of the textbook will enhance expert psycho-educational assessment of children's mental difficulties, counseling to their parents and teachers on the choice of appropriate teaching strategies, methods and characteristics of correctional and developmental work in the school and the family; assist the educational management to collect and analyze the information about the number of children in the area by the violations of flexible meeting their educational needs in habitats.

The textbook is addressed to teachers, school psychologists , employee of PMPC and education authorities , students , parents and the general public who are not indifferent to the problems of care for children with special educational needs .

Електронне видання комбінованого
використання на CD-ROM

Обухівська А.Г. Діяльність психолого-медико-педагогічних консультацій в умовах інтеграції дітей з особливими освітніми потребами – Електрон. дані. – Київ, Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013.

Один електронний оптичний диск (CD-ROM).
Об'єм даних 199 КБ. Тираж 300 пр. Зам. 13-07.
Обліково-видавничих аркушів – 7,0

Видавець і виготовлювач:

Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи,
01032, м. Київ, бульвар Т. Шевченка, 27-а, тел/факс 252-70-11,
e-mail: UCAP@ukr.net

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів
видавничої справи ДК №4537 від 07.05.2013