**ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ, НАВЧАННЯ TA ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ 3 ПОРУШЕННЯМИ ЗОРОВОЇ ФУНКЦІЇ**

План

* + - 1. Порушення зору як психолого-педагогічна проблема.
      2. Класифікація порушень зорової функції та причини їхнього виникнення.
      3. Навчання і виховання дітей з порушеннями зорової функції у спеціальних закладах.
      4. Організація допомоги учням з порушеннями зору в умовах загальноосвітньої школи.

Література

* + - * 1. Вавіна Л. C. Розвиваємо у дитини вміння бачити: від народження до 6 років: поради батькам / Л. C. Вавіна, В. M. Ремажевська. - K. : ЛітераЛТД, 2008. - 128 c.
        2. Ермаков В. II. Развитие, обучение и воспитание детей c нарушением зрения : сгіравочно-методическое пособие для учителя / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. — M. : Просвещение, 1990. 223c.
        3. Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу- інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку. K. 2008. 24 c.
        4. Психология детей c отклонениями и нарушениями психического развития / сост. В. M. Астапов, Ю. В. Микадзе. СПб. : ІІитер, 2001. - 384 c.
        5. Синьова Є. ГІ. Тифлопсихологія : підручник / Є. П. Синьова. K. : Знання, 2008. 365 c.
        6. Специальная психология : учебное пособие для студентов вьісшпх учебньїх заведений / под ред. В. И. Лубовского. M. : Академия, 2006. - 464 c.
        7. Федоренко C. Тифлодидактика : навчальний посібник для студентів BH3 / C. В. Федоренко. — K. : НПУ ім. M. П. Драгоманова, 2009. — 144 c.

Контрольні запитання

* 1. Що таке зір і його гострота?
  2. Що таке прогресуючі і стаціонарні порушення зорового аналізатора?
  3. Охарактеризуйте групи дітей з порушеннями зору.
  4. Назвіть причини виникнення зорових порушень?
  5. У чому проявляються особливості психічного розвитку сліпих дітей та дітей зі зниженим зором?
  6. Дайте характеристику системи корекційно-розвивальної та начально-виховної роботи з дітьми з порушеннями зорової функції в умовах загальноосвітніх спеціальних закладів.
  7. Які труднощі можуть виникнути у процесі шкільного навчання у дитини з порушеннями зору?
  8. У чому полягає корекційна спрямованість навчання дітей порушеннями зорової функції?

**1. Порушення зору як психолого-педагогічна проблема**

Зір (від лат. visus — зір) — це здатність організму сприймати і диференціювати світлові подразнення за допомогою зорового аналізатора, що реалізується через зорову систему або зоровийаналізатор людини, який являє собою сукупність нервових структур, що сприймають і диференціюють світлові подразнення і визначають силу, напрямок, активність світла, його віддаленості, тобто проводять складну зорову орієнтацію в просторі.

Зоровий аналізатор є складною нервово-рецепторною системою. Він складається з рецепторної частини (сітківки), зорових шляхів (зорових нервів, хіазми, зорових трактів), зорових центрів (підкіркових і кіркових). Периферійна частина зорового аналізатора — це очне яблуко із захисним (повіки, зіниця) і допоміжним (сльозові органи, м'язи очей, кон'юнктива) апаратом ока.

Найбільшу кількість інформації про навколишній світ людина отримує через зір. Саме він виступає тією аналізаторною системою, яка дозволяє отримати найбільше вражень про навколишні предмети і явища. Такі ознаки предметів, як світло, колір, форма, відстань, протяжність, розмір ми отримуємо завдяки зору. Розвиток орієнтування в просторі також значною мірою залежить від зорового сприймання. Зорові відчуття забезпечують людину найбільш диференційованими відомостями про те, що її оточує. Зокрема, відомо, що людина протягом дня робить 100000 зорових фіксацій.

Гocmpoma зору - це здатність ока розрізняти дві точки, що світяться, як окремі при мінімальній відстані між ними. Гострота зopy перевіряється за допомогою спеціальних таблиць, що містять 10-12 рядків букв, малюнків або спеціальних знаків. Наприклад, у дітей гострота зору перевіряється за таблицями, на яких зображені різні предмети. Співвідношення знаків кожного наступного рядка порівняно з попереднім відповідає різниці гостроти зору 0,1. Величина знака кожного рядка відповідає відстані, з якої весь знак видно під кутом зору в 5°, а окремі його елементи (штрих або розрив) — в Г. Гострота зору, яка зустрічається у більшості людей і характеризується здатністю бачити деталі предмета під кутом зору в Г, розглядається як нормальна. Вона дорівнює 1,0. Для перевірки гостроти зору нижче 0,1 користуються перерахунком пальців. Якщо досліджуваний не розрізняє пальців, а визначає лише світло, його гострота зору характеризується як світловідчуття. Якщо він правильно вказує напрямок світла, його гострота зору визначається як світловідчуття з правильною проекцією світла. Якщо досліджуваний не відрізняє світла від темряви, його гострота зору дорівнює 0. Ступінь порушення гостроти зору є однією з основних ознак, згідно з якою формується контингент шкіл для дітей зі зниженим зором.

Лікар-офтальмолог окрім гостроги зору перевіряє й інші його функції. Зокрема, за допомогою спеціальної вимірювальної лінійки визначається рефракція; тонометром вимірюють очний тиск. Для повного визначення стану зору досліджують поля зору (периметрія), передній відділ ока\ оглядають очне дно (офтальмоскопія). За потребою проводять додаткове ультразвукове дослідження очей.

Основними захворюваннями, що призводять до розладів зору є аномалії рефракції (міопатія, гіперметропія, астигматизм), патологія кришталика (катаракта, афакія), атрофія зорового нерва, патологія судинної оболонки та сітківки ока, уроджені вади розвитку, глаукома, наслідки травм та опіки очей. У 85-95% випадків важка патологія очей у дітей є вродженою.

Тифлопедагогіка — (від гр. typhlos — сліпий) — це наука про навчання і виховання осіб з порушеннями зору. Тифлопедагогіка є частиною спеціальної педагогіки, в завдання якої входить розробка наступних основних проблем: психолого- педагогічне і клінічне вивчення зору та аномалій психічного і фізичного розвитку при цих порушеннях; шляхи і напрямки проведення корекційно-розвивальної та реабілітаційної роботи з даною категорією осіб; вивчення умов формування та розвитку особистості осіб з даним відхиленням у різні вікові періоди їхнього розвитку.

Необхідно зазначити, що до теперішнього часу у світовій літературі, присвяченій дослідженням порушень зору, не сформувалось єдиного погляду на те, чи близька психіка сліпої дитини і психіка дитини з нормальним психофізичним розвитком. Зараз існує два погляди на цю проблему.

Перший з них приймає за вихідне положення у психічному розвитку дефект зору, його функціональне значення і вплив на весь хід розвитку, що призводить до недооцінки можливостей компенсації дефекту за рахунок інших сенсорних систем. Наявність особливостей психічного розвитку дітей з порушеннями зору відмічали ще на початку XX століття. Перебільшення цієї специфіки призвело до того, що пропагувалось твердження про необхідність створення особливого мовлення сліпих, яке б відрізнялось від мовлення людей, які бачать, а в деяких випадках робились неправомірні висновки пpo те, що в результаті ізольованого життя сліпих створюється особливий тип людей. Ці автори стоять на позиції створення специфічного стандарту психічного розвитку, як правило значно нижчого порівняно зі стандартом для людей, які бачать (Хайес, 1953; Тиллмен, 1967; Уліз, 1970 та інші).

Інша група науковців (T. Катсфорт, 1951; Максфілд, 1963; В. Уільямс, 1968; M. Тобін, 1972; M. I. Земцова, В. M. Коган, А. Г. Литвак, Л. I. Солнцева), прослідковуючи динаміку психічного розвитку дітей молодшого віку, дійшли переконання, що помітна різниця в загальному психічному статусі між дітьми з нормальним психофізичним розвитком і дітьми з порушеннями зору поступово згладжується внаслідок покращення динаміки психічного розвитку дітей з відхиленнями. M. Тобін (1972) вказує, що у кожній віковій групі краща дитини з групи незрячих може випередити у своєму розвитку дітей з нормальним зором. Позиція зближення на сучасному етапі дітей з нормальним зором і з його порушеннями поступово переважає, чому сприяє теорія і практика компенсації зорового дефекту.

Часткова або повна втрата зору відображається на розвитку психічної діяльності, викликаючи кількісні і якісні її особливості. Кількісні особливості проявляються головним чином у сфері чуттєвого пізнання: у дитини порушуються зорові відчуття та сприймання, що впливає на формування кількості зорових уявлень, образів уяви тощо.

Якісні особливості проявляються практично у всіх сферах діяльності. Зокрема, змінюється система взаємодії аналізаторів, виникають особливості у формуванні образів уявлень, понять, мовлення, порушується співвідношення образного і понятійного у розумовійдіяльності, спостерігаються особливості емоційного реагування за зовнішні чинники. Порушення зору відображається і на фізичному розвитку особистості через зниження її активності, невмінні виконувати частину рухів, наявності моторної загальмованості, зниження через відсутність тренування м'язової сили тощо.

Причини виникнення якісних особливостей психічного розвитку у дітей з порушеннями зорового аналізатора полягають в тому, що:

* по-перше, послаблюються або повністю порушуються зв'язки між зоровими та іншими системами, які беруть участь у сприйманні. Порушення в історично сформованій системі взаємодії аналізаторів викликають зміни у процесах чуттєвого пізнання, негативно відображаються на рівнях чутливості окремих аналізаторних систем і на процесах сприймання і формування уявлень. Так, порушується зорово-кінестетичний контроль, який відповідає за якісне поєднання рухів руки, оскільки рука одночасно і виконує рух, і контролює його. Таким чином, глибокі порушення зору впливають на якість отримання інформації, яка надходить через інші аналізатори. Внаслідок компенсаторного пристосування порушена система взаємодії аналізаторів перебудовується і починає адекватніше відображати зовнішні впливи;
* по-друге, при глибоких порушеннях зору сітківка ока менше працює і поступово замість розвитку зорових відчуттів та сприймань спостерігається їх більше зниження. Одночасно не розвиваються і дотикові сприймання, які мають виконувати компенсаторну функцію, оскільки наявність навіть незначного залишкового зору загальмовує розвиток активного дотику;
* по-третє, найважливішою причиною недостатньої повноти і точності відображення при порушеннях зору є зниження пізнавальної активності.

**2. Класифікація порушень зорової функції та причини їхнього виникнення**

Порушення зору можуть бути вродженими і набутими.

Вроджена сліпота обумовлюється ушкодженням або захворюванням плоду в період внутрішньоутробного розвитку або виникає внаслідок впливу негативних спадкових факторів.

Набута сліпота в основному виникає внаслідок захворювань органів зору - сітківки, рогівки або захворювань центральної нервової системи (менінгіт, пухлина мозку, менінгоенцефаліт), ускладнень після загальних захворювань організму (кір, грип, скарлатина), травматичних ушкоджень головного мозку або очей.

Розрізняють прогресуючі і стаціонарні порушення зорового аналізатора. При прогресуючих порушеннях відбувається поступове погіршення зорових функцій під впливом патологічного процесу. Наприклад, при глаукомі підвищується внутрішньо очний тиск і відбуваються зміни в тканинах очей. Зір знижується під впливом пухлин головного мозку. При недотриманні санітарно-гігієнічних норм при читанні і письмі відбувається розвиток короткозорості та далекозорості.

До стаціонарних дефектів зору відносять перш за все вроджені вади: мікрофтальм — природжена аномалія розвитку, що характеризується зменшенням розміру одного або обох очей різного ступеня вираження; колобома — дефект райдужної оболонки або судинної оболонки очного яблука; астигматизм — поєднання в одному і тому ж оці різних видів рефракції; катаракта - помутніння кришталика ока. Причинами цих хвороб можуть стати наслідки деяких захворювань або операцій, але при цьому сам процес хворобливого зниження зору припинився.

Дітей з порушеннями зору поділяють на дві групи з психолого-педагогічних позицій.

Сліпота — різко виражений ступінь аномалії розвитку і порушень зорового аналізатора, при якому стає неможливим або дуже обмеженим зорове сприймання дійсності внаслідок відсутності зору або глибокого порушення гостроти центрального зору (від 0 до 0,4), чи звуження поля зору (до 10°-15°) при більш високій гостроті зору. Такий розлад зору призводить до інвалідності.

У соціальному розумінні виділяють:

* практичну сліпоту — втрачається здатність орієнтуватись у навколишньому оточенні, пересуватись без сторонньої допомоги поза оселею, хоча людина може володіти світловідчуттям;
* побутову сліпоту - різко знижується гострота зору загалом (0,02);
* виробничу сліпоту — зір падає настільки, що людина не може працювати навіть за умови застосування будь- яких оптичних засобів;
* професійну сліпоту зір падає настільки, що виконання звичної професійної діяльності стає неможливим.

Сліпі діти це діти з порушеннями зорового аналізатора, у яких повністю відсутні зорові відчуття або має місце незначне світловідчуття або залишковий зір до 0,04 на оці, що краще бачить, з використанням засобів корекції. Сліпі діти поділяються на сліпонароджених і осліплих. Сліпонароджені це діти, які народились сліпими або втратили зір до становлення мовлення, тобто приблизно до 3-х років.

За ступенем порушення зору сліпі діти поділяються на:

* 1. абсолютно (тотально) сліпих, до яких відносяться і діти з залишковим світловідчуттям на рівні розрізнення світла і тіні або зі звуженням поля зору. Поле зору це npocmip,yci точки якого видно при непорушному погляді. B нормі поле зору дорівнює 180° по горизонталі та 110° по вертикалі, але для червоного, синього та зеленого кольорів та для предметного бачення воно звужується також і в нормі. Звуження поля зору до 10° діагностується як сліпота;
  2. частково (парціально) сліпих, до яких відносять дітей із залишковим зоровим сприйняттям, яке дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів; дітей із гостротою зору від 0,01 до 0,04, що дозволяє орієнтуватись під час ходьби, розрізняти на деякій відстані форми предметів та яскраві кольори.

Дослідження залишкового (і ахроматичного, і кольорового) зору у сліпих дітей показало, що залишковий зір не можна розглядати лише як крайній ступінь послаблення нормального зору. Він має неоднакові характеристики залежно від різних клінічних форм. Залишковий зір являє собою деяку інтегральну властивість глибоко ушкодженої зорової системи, особливістю якої є нерівнозначність недостатності різних зорових функцій, лабільність і нестійкість окремих компонентів зорового процесу в цілому, тенденція до настання швидкої втоми.

Як зазначає у своїх дослідженнях Є. П. Синьова, глибокі порушення зору прямо або опосередковано викликають різні особливості психічного розвитку дітей. Так, сліпі діти не можуть безпосередньо сприймати візуальні та просторові ознаки об'єктів і явищ, що негативно відображається на розвитку їхньої рухової активності, ускладнює орієнтацію в просторі, збіднює чуттєвий досвід, перешкоджає розвитку образного мислення.

Своєрідність становища сліпої дитини у середовищі інших поглиблюється помилками у її вихованні, переважно обумовленими явищами гіперопіки. Водночас спостерігаються і протилежні випадки, коли оточення або не рахується з проблемами незрячого, або, навпаки, завищує вимоги до нього Це може викликати небажані відхилення в особистісному становленні дитини — низьку самостійність, негативізм, розбещеність, або навпаки, надмірну самовпевненість чи захисні психічні реакції.

Сліпі діти усвідомлюють свій дефект. Невдачі у різних видах діяльності та у спілкуванні, зумовлені неможливістю використання зору у практичній діяльності, часто викликають у них тяжкі емоційні переживання.

Ha розвиток вищих форм пізнавальної діяльності (логічного мислення і мовлення, довільного запам'ятовування, цілеспрямованої уваги тощо) сліпота відображається опосередковано, викликаючи якісні відмінності, залежно від особливостей зорового сприймання. Спостерігається дисгармонія у взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій. Так, переважанням словесно-логічної форми пізнання над чуттєвою можна пояснити те, що сліпі діти мають іноді досить великий запас абстрактно-словесних, формально правильних, але не наповнених конкретно-предметним змістом знань, спостерігається також певне відставання у розумінні слів із конкретним значенням.

Ha відміну від сліпонароджених, діти, що осліпли після певного періоду нормального розвитку, зберігають зорові уявлення, сформовані у них раніше. Такі сліди зорових уявлень залишаються у свідомості дитини завдяки образній пам'яті і відіграють важливу роль у відновленні образів і предметів під час сприймання їхнього словесного опису. Ступінь збереження зорових уявлень залежить від віку, в якому відбулось порушення зору, від змісту і організації пізнавальної діяльності сліпих дітей. Необхідно відзначити, що образні уявлення у них можуть зберігатись досить довго, навіть протягом усього життя.

Як вже зазначалось, втрачена функція зору компенсується у сліпих дітей за допомогою активної діяльності збережених аналізаторів — слухового, тактильного, смакового, шкіряного та ін. У процесі розвитку в сліпих утворюються нові способи сприймання та аналізу дійсності, орієнтування в просторі, що відіграє відповідну роль у їхній пізнавальній діяльності. Велику роль тут набувають спеціально організоване навчання і виховання сліпих дітей, що попереджає і коригує виникнення вторинних відхилень їхнього розвитку, формує та стимулює компенсаторні процеси. Принципово важливим для забезпечення успішного компенсаторного розвитку сліпих є формування у них високих соціальних мотивів, забезпечення свідомості та активності у різних видах діяльності, виховання настирності та самостійності, оптимізація процесу їхнього спілкування у колективі.

Діти зі зниженим зором — це діти, які мають захворювання очей, що викликає стійке зниження гостроти зору (від 0,05 до 0,4 на оці, що краще бачить, з використанням засобів корекції), або зі звуженням поля зору до 20° від точки фіксації.

Крім зниження гостроти зору та звуження поля зору слабкозорі діти можуть мати й інші відхилення в роботі зорового аналізатора — порушення сприймання кольору і світла, периферійний і бінокулярний зір.

Характеризуючи психічний розвиток дітей зі зниженим зором, Є.П.Синьова зазначає, що його особливості пов'язані передусім з тим, що вони, на відміну від сліпих, мають можливість використовувати з метою сприймання предметів і явищ навколишньої дійсності та просторової орієнтації наявний у них залишковий зір. Але досить глибокі порушення зорової функції зумовлюють такі особливості процесів візуального сприймання, як загальмованість, знижена точність, вузькість огляду. Зоровий дефект при слабкозорості певною мірою ускладнює і процес просторової орієнтації. При цьому потрібно мати на увазі, що недоліки зорової функції у слабкозорих не просто кількісно знижують запас вражень, а й викликають якісну особливість образних уявлень, що пов'язано зі специфікою зорового відображення дійсності за різних форм зниження зору. Так, у дитини зі зниженим зором з порушенням кольоророзрізнення формуються збіднені (з погляду багатства їх кольорових характеристик) уявлення про предмети і явища. Діти, які страждають короткозорістю або далекозорістю, можуть не помітити деяких важливих, але невиразних ознак об'єктів або явищ.

Спеціальні спостереження тифлопедагогів свідчать, що у слабкозорої дитини після того, як вона зрозуміла, що бачить не все і погано, виникають проблеми суто психічного характеру: з одного боку вона не відчуває себе сліпою, з іншого — не відчуває себе повністю зрячою. Невдачі та труднощі в навчанні, грі, спілкуванні часто неправильно оцінюються дитиною, викликають роздратованість, замкнутість, негативізм та інші негативні характерологічні риси.

Причини виникнення зорової патології прийнято поділяти на вроджені і набуті.

Вроджені порушення зорової функції обумовлюються генетичними факторами (наприклад спадковими формами вроджених катаракт) а також — хворобливими впливами на організм у період ембріонального розвитку. У цьому аспекті для вагітної жінки небезпечними є такі фактори, що викликають зорову патологію: токсоплазмоз; захворювання червінкою, особливо в перші місяці вагітності, коли у плоду відбувається формування зорової системи; різні патології під час пологів, що викликають крововиливи в мозок у ділянці очей, переломи та зміщення кісток черепа.

У дослідженнях Л.І.Кирилової відмічаються такі спадкові форми зорової патології: спадкові порушення обміну речовин у вигляді альбінізму; спадкові захворювання, які призводять до порушень розвитку очного яблука вроджений анофтальм, мікрофтальм; захворювання рогової оболонки — дистрофія роговиці; спадкова патологія судинної оболонки — анірідія, колобома судинної оболонки; вроджені катаракти (мають місце вроджені катаракти генетичного походження); окремі форми патології сітківки, дегенерація Штаргардта, атрофія Вебера, вроджена атрофія.

Зорова патологія вродженого перинатального характеру становить 70% випадків від загальної кількості очних захворювань; зорова патологія, що є наслідком грубого ураження центральної нервової системи — 8%; зорова патологія як наслідок безпосередньої травматизації органу зору — 4%. При цьому зорове порушення вродженого характеру часто поєднується з нервово-психічними розладами: парези кінцівок, зниження слуху, порушення мовлення, розумова відсталість, різні порушення центральної нервової системи. 30% дітей з порушеннями зору мають органічну недостатність центральної нервової системи.

За даними K. C. Лебединської, В. M. Мясищева, Л. A. Ho- вікової, Є. П. Синьової та ін. сенсорні відхилення негативно відображаються на протіканні нервових процесів і опосередковують тією чи іншою мірою особливості пізнавальної та поведінкової сфер особистості. Зокрема, при вроджених порушеннях зору у дитини спостерігається відставання у розвитку пізнавальної діяльності, яке набуває характеру вторинних відхилень. Найсуттєвіший вплив відбувається у розвитку уявлень, понять, що необхідно враховувати педагогам під час організації занять з такими дітьми.

Набуті зорові аномалії поширені значно менше, ніж вроджені. У цьому аспекті значну роль відграють досягнення медицини, заходи профілактичного характеру, внаслідок чого практично ліквідовані випадки глибоких порушень зору у дітей, викликані різними інфекціями. Проте набуту зорову патологію можуть викликати ускладнення після таких захворювань організму, як грип, туберкульоз, менінгіт, менінгоенцефаліт, віспа, кір, трахома, туберкульоз очей, скарлатина, а також травматичні пошкодження мозку і очей.

Набуті порушення зору не так глибоко відображаються на розвитку особистості. Велике значення має той факт, наскільки у дитини чи дорослого збереглися уявлення про навколишній світ, наскільки є розвиненими навички практичної діяльності.

3. Навчання і виховання дітей з порушеннями зорової функції у спеціальних закладах

Станом на 2009 рік в Україні працюють 6 шкіл для сліпих дітей, в яких навчаються біля 850 учнів; 29 шкіл для дітей зі зниженим зором, в яких навчаються близько 4400 учнів; 102 дошкільних заклади, в яких виховується близько 8000 дітей із зоровими патологіями різної глибини. Дорослих сліпих людей в Україні налічується близько 70 000.

До спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для сліпих дітей зараховуються діти 6 (7) років:

* з гостротою зору 0,04 Д і нижче на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією;
* з гостротою зору 0,05-0,08 Д на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією, у разі складних порушень зорових функцій, прогресуючих очних захворювань, що призводять до сліпоти.

До спеціальних загальноосвітніх шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей зі зниженим зором зараховуються діти б (7) років:

* з гостротою зору 0,05-0,4 Д на оці, яке краще бачить зі стерпною корекцією; при цьому враховується стан інших зорових функцій (поле зору, гострота зору на близькій відстані, форми та перебіг патологічного процесу);
* з більш високою гостротою зору у разі прогресуючих або частих рецидивних захворювань, а також за наявності астенопічних явищ, що виникають під час читання та письма на близькій відстані.

У всіх випадках діти повинні читати шрифт №9 таблиці для визначення гостроти зору зблизька зі стерпною корекцією звичайним оптичним склом на відстані не ближче 15 см.

Не зараховуються до спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів) для дітей сліпих, зі зниженим зором діти:

* з розумовою відсталістю помірного, тяжкого та глибокого ступеня;
* з глибокими відхиленнями у поведінці;
* із значними порушеннями рухової сфери, які самостійно не пересуваються і не обслуговують себе;
* із стійким денним і нічним енурезом і енкопрезом.

Спеціальні школи (школи-інтернати) для сліпих та дітей зі зниженим зором мають I-III ступені: I ступінь підготовчий клас, 1-4 класи; II ступінь 5-10 класи; 111 ступінь 11-

B основі навчання — програма загальноосвітньої масової школи, адаптована до особливостей психофізичного розвитку (передусім сприймання) дітей з порушенням зорової функції.

У закладах для сліпих дітей учні користуються спеціальними підручниками, посібниками, оптичними засобами для використання залишкового зору, тифлотехнічними приладами і пристроями, рельєфними посібниками і картами тощо. Наповнюваність класів у цій школі — до 6 дітей.

Зміст навчання у школі-інтернаті для дітей зі зниженим зором більшою мірою відповідає змістові освіти у загальноосвітній школі. Проте терміни вивчення освітнього матеріалу збільшуються. Зміст окремих предметів (трудове навчання, малювання, креслення, фізкультура) зазнає деяких змін. Протягом навчання діти проходять професійно-трудову підготовку і одержують професію. Наповнюваність класів у цій школі — до 12 дітей. Велика увага у закладах приділяється дотриманню спеціальної системи гігієнічних заходів з охорони і розвитку неповноцінного зору, нормативам освітлення, режиму зорового навантаження.

Випускники, які отримують атестати про закінчення цих шкіл, мають право вступати до вищих і середніх спеціальних навчальних закладів на спеціальності, одержання яких не протипоказано особам з порушеннями зорової функції.

Для сліпих і дітей зі зниженим зором у поєднанні з первинним порушенням інтелектуального розвитку (розумово відсталих легкого ступеня, із затримкою психічного розвитку) створюються спеціальні (допоміжні) класи. Наповнюваність таких класів — до 6 дітей. Навчання таких дітей відбувається за програмами і навчальними планами відповідного інтелектуальному рівню розвитку типу шкіл.

4. Організація допомоги учням з порушеннями зору в умовах загальноосвітньої школи

Діти із нерізко виразними порушеннями зорової функції цілком можуть навчатись в умовах масової школи. Питання про це вирішується з урахування таких факторів, як:

* конкретний зоровий діагноз і відповідні рекомендації лікаря-офтальмолога;
* рівень соціальної адаптації дитини та її орієнтації у просторі;
* психологічна готовність дитини та її родини до спільного навчання із здоровими дітьми;
* можливість створення школою відповідних умов для дитини та фаховий психолого-педагогічний супровід.

Вчителю, який буде навчати дитину з порушеннями зорової функції, необхідно добре знати її психологічні особливості та варіанти їх проявів у освітньо-виховному процесі. Важливого значення набуває й підготовка учнівського та батьківського колективу до перебування у класі дитини з вадами зору. Дітям слід пояснити, чому один з однокласників буде носити окуляри (чи сказати про інші особливості), налаштувати, чим вони можуть допомогти своєму товаришеві, сформувати у них позитивне ставлення до нього. Так само певну підготовчу роботу слід провести й з дитиною із вадами зору: вона має бути готовою до подолання труднощів, до співпраці з іншими на рівноправних засадах. У дитини з вадами зору часто виникають труднощі спілкування з іншими людьми, особливо ведення діалогу. Допомогу у подолання цієї проблеми можуть надати і вчитель, і психолог, і логопед. Рівень допомоги та її зміст визначається після повного обстеження дитини та спостереження за нею у процесі навчання й виховання.

При наявності у класі дитини з порушеннями зорової функції вчитель у процесі навчання повинен використовувати й певні корекційні прийоми для реалізації індивідуального підходу. Наведемо деякі з них.

***Особливості корекційної роботи у навчанні дітей з вадами зорової функції***

* дитина повинна сидіти так, щоб бачити написане на дошці без напруження і окулярів;
* час від часу їй треба дивитись у вікно;
* робоче місце дитини має бути гарно освітленим;
* в організації робочого місця, обсягу матеріалу, наочності й методів навчання необхідно враховувати конкретний зоровий діагноз. Наприклад, короткозору дитину слід посадити ближче до дошки, а далекозору — подалі;
* наочні посібники мають бути чіткими, яскравими, не дрібними. Якщо вчитель показує завдання на дошці, то він має переконатись, що дитина все бачить. Інакше вона виконає завдання неправильно не через його нерозуміння, а внаслідок неповноцінного його сприймання;
* зорову роботу слід чергувати з усною чи дотиковою, враховуючи підвищену втомлюваність зору;
* для зняття зорової втоми після 10-15 хвилин зорового навантаження виконати спеціальні розслаблюючі вправи;
* не перебільшувати обсяг домашніх завдань, щоб не перевантажувати зір. Наголосимо, що ця вимога стосується як дітей з вадами зору, так і здорових учнів. Адже постійне перевантаження зорової функції може призвести до її порушення;
* у роботі з дітьми використовувати не лише зір, а й збережені аналізатори (тобто у процесі обстеження об'єктів, наочності залучати дотик, нюх, слух);
* враховувати повільність дитини при виконанні письмових завдань, читанні. 3 цією метою коригувати обсяг роботи, щоб учень не відставав від зрячих однокласників; використовувати компенсаторні механізми пам'яті, які сприятимуть підтримці оптимального темпу роботи;
* з метою участі учнів з вадами зору у фронтальній роботі класу для них необхідно підготувати індивідуальний дидактичний матеріал, наприклад, картки, таблиці, схеми;
* слідкувати за поставою дитини: відстань від очей до робочої поверхні має бути не меншою за 30 см, для читання використовувати підставки;
* мовлення вчителя має бути чітким, виразним, зрозумілим; вчитель має вголос коментувати всі свої дії (малювання, показ, письмо га ін.);
* можна використовувати спеціальні адаптивні умови, наприклад, оптичні (окуляри, лінзи, призми), неоптичні (фломастери чорного кольору, кольорові маркери тощо).

Навчання і виховання дитини з вадами зорової функції має бути поєднаним із оздоровленням, корекційними заняттями з розвитку зору, по необхідності — із лікуванням, логопедичними заняттями, психокорекцією.