

**Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича**

Факультет фізичної культури, спорту та реабілітації

(повна назва інституту/факультету)

Кафедра терапії, реабілітації та здоров'язберезжувальних технологій

(повна назва кафедри)

**ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ЛЮДЕЙ З
ВІКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗОРУ**

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти - другий (магістерський)

Виконав:

студент VI курсу, групи 610
спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
спеціалізації 227.01 «Фізична терапія»

(шифр і назва спеціальності)

Василович Іван Іванович

(прізвище та ініціали)

Керівник к.пед.н., доцент Логуш Л.Г.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

До захисту допущено:

Протокол засідання кафедри № ____

від „____” _____ 2025 р.

Зав. кафедри, проф.. _____ **Лідія ДОЦЮК**

Чернівці – 2025

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі представлено результати дослідження ефективності адаптивно-корекційної роботи, спрямованої на розвиток дотику та дрібної моторики як засобу компенсації зорової недостатності у дітей дошкільного віку з косоокістю та амбліопією. Теоретичний аналіз літератури засвідчив наявність порушень сенсомоторного розвитку в цієї категорії дітей, зокрема зниження тактильної чутливості, недорозвитку ручної умілості та зорово-рухової координації.

На основі педагогічного експерименту доведено доцільність систематичної адаптивної роботи, яка передбачає використання вправ для розвитку дотику і дрібної моторики, сенсорної орієнтації та предметно-практичної діяльності. Запропонована програма сприяла покращенню дотикового сприйняття, моторної координації та формуванню компенсаторних способів орієнтування в навколишньому середовищі.

Результати дослідження підтвердили ефективність методики: у дітей експериментальної групи спостерігалось статистично значуще зростання рівня сформованості рухових і сенсорних навичок. Отримані дані обґрунтовують доцільність впровадження програми в практику спеціальних освітніх закладів.

Ключові слова: порушення зору, дошкільний вік, дотик, дрібна моторика, адаптивна фізична культура, корекційна робота.

ABSTRACT

This qualification paper presents the results of a study on the effectiveness of adaptive and corrective interventions aimed at developing tactile perception and fine motor skills as a means of compensating for visual impairment in preschool children diagnosed with strabismus and amblyopia. Theoretical analysis confirmed the presence of pronounced sensorimotor deficits in this group, including reduced

tactile sensitivity, underdeveloped manual dexterity, and insufficient visuomotor coordination.

Based on a pedagogical experiment and the analysis of current literature, the study substantiates the relevance of systematic, targeted corrective work incorporating adaptive physical education sessions focused on tactile training, fine motor exercises, sensory orientation, and practical object manipulation. The proposed program led to improvements in tactile perception, motor coordination, the development of perceptual actions, and compensatory strategies for spatial and object-based orientation.

The research findings demonstrated statistically significant improvement in the experimental group regarding the development of fine motor skills, tactile analysis, visuomotor coordination, and practical skills. These outcomes support the implementation of the developed program in special education settings to enhance the compensatory potential of children with visual impairments.

Keywords: visual impairment, preschool age, tactile perception, fine motor skills, adaptive physical education, corrective intervention.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ АДАПТИВНО-КОРЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ ДЛЯ КОМПЕНСАЦІЇ ЗОРОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ	9
1.1. Етіологія та клінічні прояви порушень зору	9
1.2. Характеристика окремих нозологічних форм зорової патології	10
1.3. Загальні аспекти комплексної реабілітації осіб з порушенням зору ..	12
1.4. Розвиток рухових функцій та тактильних відчуттів у дітей з порушенням зору	14
1.5. Зміст адаптивно-корекційних занять, спрямованих на розвиток тактильного сприйняття та дрібної моторики у дітей з порушеннями зору	18
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	22
2.1. Організація дослідження.....	22
2.2. Методи дослідження.....	23
РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ ...	30
3.1. Зміст адаптивно-корекційних занять, спрямованих на розвиток дотику та дрібної моторики у дітей з порушенням зору	30
3.2. Ефективність реалізації програми розвитку дотику та дрібної моторики у дошкільників із косоокістю та амбліопією	39
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	50
ДОДАТОК	54

ВСТУП

Актуальність дослідження. За останнє десятиліття частка офтальмопатології в загальній структурі захворюваності населення України досягла майже 5%. За даними Мацко В.М. (2021), порушення зору виявляються під час первинних медичних оглядів у кожної третьої дорослої особи та кожної п'ятої дитини [15]. Проблема збереження зору, особливо у молодого населення, набула в Україні важливого медико-соціального значення. На сьогодні сліпота і слабкозорість залишаються основними причинами інвалідності дітей за офтальмологічним профілем, посідаючи четверту позицію в структурі загальної дитячої інвалідності. Частота офтальмозахворювань у дітей віком до 14 років стабільно зростає, а рівень виявлення зниженого зору, за різними даними, коливається від 6,1% до 43,7%. При цьому протягом шкільного навчання кількість дітей зі зниженим зором зростає у п'ять разів [2].

Нозологічний склад офтальмологічної патології, що призводить до сліпоти або суттєвого зниження зору, варіюється залежно від віку. У осіб похилого віку переважають глаукома, атрофія зорового нерва, діабетична ретинопатія, ураження сітківки, катаракта. У дітей та підлітків – порушення рефракції (міопія, гіперметропія, різні типи астигматизму), патологія кришталика (катаракта, афакія), атрофія зорового нерва, аномалії розвитку очного яблука, судин і сітківки, глаукома, наслідки травм [32]. Серед офтальмопатологій, що потребують хірургічного втручання й подальшого реабілітаційного лікування (у тому числі в санаторно-курортних умовах), домінують: міопія (35–40%), катаракта (10–15%) та глаукома (5–7% [26].

Численні особи з порушеннями зору стикаються з фізичними та соціальними бар'єрами, що обмежують їх участь у суспільному житті й реалізацію особистого потенціалу. Особливо гостро постає проблема комплексної реабілітації та соціальної адаптації дітей і молоді зі стійкими зоровими порушеннями, адже первинна патологія впливає не лише на

фізичний розвиток, а й на психоемоційний стан і рівень інтегрованості у соціум. Це обумовлює потребу в удосконаленні організаційної моделі фізичної реабілітації осіб з вадами зору на різних етапах [12].

Для дітей дошкільного віку з порушенням зору дотик, поряд із залишковим зоровим сприйманням, відіграє провідну роль у процесі пізнання навколишнього світу, забезпечує активне просторове орієнтування, слугує одним з основних джерел засвоєння освітньої програми закладу дошкільної освіти, а також сприяє формуванню компенсаторних механізмів предметно-практичної діяльності. У зв'язку з цим постає необхідність чіткого визначення змісту корекційної допомоги, яка реалізується в межах освітнього процесу та має бути спрямована на розвиток здатності до тактильно-кінестетичного аналізу та синтезу ознак і властивостей об'єктів навколишнього середовища, а також на формування умінь ефективного використання дотику у різних видах діяльності. Нагальною залишається потреба в теоретичному уточненні підходів до подолання зорової недостатності у дітей дошкільного віку з порушеннями зору [20].

Додаткову актуальність зазначеного напрямку зумовлює те, що в сучасній науково-методичній базі вже існують програми, спрямовані на розвиток дотику і дрібної моторики у дітей дошкільного віку та молодших школярів, однак більшість з них мають загальний рекомендаційний характер і не враховують специфіку порушень зорової функції.

Мета дослідження: обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність адаптивно-корекційної роботи, спрямованої на розвиток компенсаторних можливостей дотику та дрібної моторики в контексті пізнавальної й предметно-практичної діяльності дітей дошкільного віку з порушеннями зору.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан наукової розробки проблеми компенсації зорової недостатності в дітей з вадами зору та визначити значення дотику як провідного компенсаторного механізму в орієнтації в предметному середовищі.

2. Охарактеризувати зміст методики адаптивно-корекційної фізичної культури, спрямованої на розвиток дотику та дрібної моторики у дітей дошкільного віку з порушенням зору.

3. Визначити особливості розвитку тактильної чутливості та дрібної моторики у дітей дошкільного віку з вадами зору.

4. Дослідити вплив адаптивно-корекційних занять на формування компенсаторних тактильних функцій та розвиток дрібної моторики в дітей дошкільного віку з порушенням зору.

Об'єкт дослідження: процес адаптивної фізичної культури дітей дошкільного віку з порушеннями зору.

Предмет дослідження: зміст та організація адаптивно-корекційних занять, спрямованих на розвиток дотику і дрібної моторики як засобу компенсації зорової недостатності у дітей з вадами зору.

Методи дослідження

1. **Теоретичні методи:** аналіз і узагальнення науково-методичної літератури з питань компенсації порушень зору; вивчення вітчизняного та зарубіжного досвіду адаптивної фізичної культури і корекційної роботи з дітьми з вадами зору; аналіз змісту адаптивно-корекційних занять; статистична обробка та інтерпретація отриманих результатів.

2. **Емпіричні методи:** аналіз медичної документації з метою формування груп з однаковими нозологічними характеристиками порушення зору; – аналіз педагогічної документації та змісту методичних матеріалів з

адаптивної фізичної культури для дітей з порушенням зору; педагогічне спостереження; проведення педагогічного експерименту (констатувального, формувального та контрольного етапів).

Структура й обсяг роботи: кваліфікаційна робота структурована за класичною схемою і складається з вступу, трьох розділів, висновків та списку використаної літератури, що включає 33 найменування, та додатку. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи за другим (магістерським) рівнем вищої освіти складає 55 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ОБГРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ АДАПТИВНО-КОРЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ ДЛЯ КОМПЕНСАЦІЇ ЗОРОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ДІТЕЙ

1.1. Етіологія та клінічні прояви порушень зору

Етіологія порушень зору

Порушення зору можуть виникати внаслідок широкого спектра причин, що класифікуються за ендogenousними (внутрішніми) та екзогенними (зовнішніми) чинниками. До основних етіологічних факторів належать:

Генетичні порушення – спадкові захворювання зорового аналізатора: пігментна дегенерація сітківки, атрофія зорового нерва, вроджена глаукома.

Вроджені аномалії розвитку – аномалії будови очного яблука, кришталика, рогівки, судинної оболонки та зорового нерва.

Інфекційні захворювання – внутрішньоутробні інфекції (цитомегаловірус, краснуха, токсоплазмоз), а також постнатальні ускладнення (герпетичні ураження, кон'юнктивіт, увеїт).

Травми органа зору – механічні ушкодження, опіки, проникаючі поранення, черепно-мозкові травми з ураженням зорового нерва.

Соматичні захворювання – цукровий діабет (діабетична ретинопатія), артеріальна гіпертензія (гіпертензивна ангіопатія), системний червоний вовчак.

Вікові дегенеративні зміни – вікова макулодегенерація, катаракта, глаукома, що виникають унаслідок старіння організму.

Зорові перевантаження та несприятливі умови навчання/праці – тривала робота на близькій відстані, надмірне використання гаджетів, недостатнє освітлення, статичне навантаження [23].

Клінічні прояви зорової патології

Клінічна симптоматика офтальмопатологій відображає характер і локалізацію ураження. Найбільш поширені прояви включають:

Зниження гостроти зору (поступове або раптове) – може бути наслідком порушення рефракції, помутніння оптичних середовищ або ураження сітківки чи зорового нерва.

Порушення полів зору – скотоми, концентричне звуження або втрата периферичного зору; типово для глаукоми, новоутворень, уражень зорового шляху.

Світлобоязнь, слъозотеча, різі в очах – ознаки запальних процесів або кератопатій.

Двоїння в очах (диплопія) – пов'язане з порушенням рухомості очних яблук чи іннервації м'язів.

Нистагм – мимовільні ритмічні рухи очей, часто супроводжує вроджені або набуті патології зорового аналізатора.

Спотворення зображення (метаморфопсії) – характерні при ураженнях макули.

Зорові галюцинації або ілюзії – можуть бути проявом нейроофтальмологічної патології (ураження зорової кори) [32].

1.2. Характеристика окремих нозологічних форм зорової патології

У дорослому віці найбільш поширеними є глаукома, катаракта, діабетична ретинопатія та дегенеративні захворювання сітківки. В осіб старшого віку глаукома та атрофія зорового нерва часто призводять до необоротної сліпоти. У дітей переважають рефракційні аномалії – міопія, гіперметропія, астигматизм – та вроджені патології кришталика, сітківки й зорового нерва [33].

Міопія (короткозорість). Міопія є найбільш поширеним порушенням рефракції, при якому зображення фокусується перед сітківкою, внаслідок чого віддалені об'єкти виглядають розмитими. Часто виникає в дитячому та підлітковому віці, прогресує протягом шкільного періоду. Причинами є

спадкові фактори, зорове перенавантаження, слабкість акомодативного апарату. Ускладненнями міопії можуть бути дегенеративні зміни сітківки, крововиливи, відшарування сітківки.

Гіперметропія (далекозорість). При гіперметропії зображення фокусується за сітківкою, що призводить до труднощів у розгляданні об'єктів поблизу. У дитячому віці часто буває компенсованою за рахунок акомодатії, але в міру віку симптоми посилюються. Може супроводжуватись головним болем, втомою очей, розвитком косоокості.

Астигматизм. Астигматизм характеризується нерівномірним заломленням променів через порушення форми рогівки або кришталика. Супроводжується розмитістю зору на будь-якій відстані, напруженням очей, головним болем. Часто комбінується з міопією або гіперметропією.

Глаукома. Глаукома – хронічне прогресуюче захворювання, яке супроводжується підвищенням внутрішньоочного тиску, порушенням кровообігу в диску зорового нерва та його атрофією. Характеризується поступовим звуженням полів зору, що без лікування призводить до повної сліпоти. Розрізняють відкритокутову та закритокутову форми. Часто довгий час перебігає безсимптомно.

Катаракта. Катаракта – це помутніння кришталика, що призводить до зниження прозорості оптичної системи ока. Основні симптоми: поступове погіршення зору, туман перед очима, зниження контрастної чутливості, складнощі при читанні. Найчастіше є віковою, але може бути вродженою або травматичною.

Діабетична ретинопатія. Це специфічне ураження сітківки, яке виникає як ускладнення цукрового діабету. Характеризується мікроангіопатією сітківкових судин, крововиливками, утворенням нових, тендітних судин, що можуть призвести до відшарування сітківки. Є провідною причиною сліпоти в осіб працездатного віку в розвинених країнах.

Атрофія зорового нерва Атрофія зорового нерва виникає внаслідок хронічного порушення трофіки та провідності нервових волокон. Причинами можуть бути ішемія, запалення, травма, глаукома. Клінічно проявляється звуженням полів зору, зниженням гостроти зору та змінами кольоросприйняття. Діагноз підтверджується офтальмоскопією та ОКТ.

Вікова макулярна дегенерація (ВМД) – провідна причина необоротної втрати зору у людей старше 60 років. Уражається макула – центральна зона сітківки, відповідальна за чітке бачення. Розрізняють суху (атрофічну) та вологу (ексудативну) форми. Основні симптоми: викривлення прямих ліній, центральна скотома, зниження центрального зору.

1.3. Загальні аспекти комплексної реабілітації осіб з порушенням зору

Комплексна реабілітація осіб із порушеннями зору – це багатокомпонентний процес, який охоплює медичну, фізичну, психологічну, соціальну та професійну складові. Основна мета такої реабілітації – не лише компенсувати втрату зорових функцій, а й забезпечити максимальну адаптацію особи до умов життя, що змінюються, підвищити якість життя, сприяти її інтеграції в суспільство [1].

Згідно з даними МОЗ України та ВООЗ, актуальність розвитку системи реабілітації зумовлена збільшенням кількості осіб із зоровими порушеннями, зокрема серед дітей та людей похилого віку. Дані досліджень за 2015–2025 роки свідчать про те, що комплексна реабілітація повинна ґрунтуватися на мультидисциплінарному підході [4], включаючи лікарів-офтальмологів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, педагогів-дефектологів, соціальних працівників.

Медичний компонент передбачає фармакологічну терапію, хірургічне лікування, апаратні методи корекції та профілактику ускладнень. Після стабілізації стану акцент зміщується на інші складові відновлення [14].

Фізична реабілітація включає програму індивідуалізованих фізичних вправ, спрямованих на корекцію постави, рівноваги, координації, просторової орієнтації та моторного планування. За даними європейських оглядів (WHO Europe, 2022), участь у програмі фізичної активності знижує рівень тривожності, депресивних розладів і покращує психофізіологічні параметри адаптації осіб з вадами зору [32; 33].

Психологічна підтримка є невід’ємною складовою, оскільки особи з інвалідністю зору часто стикаються з почуттям ізоляції, страхом, втратою соціальної ролі. Психокорекційна робота передбачає як індивідуальні, так і групові форми взаємодії з фахівцем, спрямовані на підвищення самооцінки, розвиток навичок емоційної саморегуляції, подолання бар’єрів у комунікації [13].

Педагогічна та когнітивна реабілітація охоплює навчання орієнтуванню у просторі, навичкам самообслуговування, користуванню допоміжними засобами (лінійки Брайля, програми озвучування екрана, мобільні застосунки для орієнтації). За даними дослідження [25], важливо поєднувати традиційні методи з інноваційними технологіями, зокрема телереабілітаційними платформами.

Соціальна адаптація охоплює допомогу у працевлаштуванні, профорієнтацію, включення до культурного й освітнього середовища. Українські дослідження [2; 10] підкреслюють важливість створення інклюзивного середовища, у якому особа з вадами зору не лише отримує допомогу, а й реалізує свій потенціал у суспільстві.

Особливе значення надається індивідуалізації реабілітаційних програм, що мають враховувати вік, рівень ураження, наявність супутніх захворювань, соціальні й психологічні умови. Наприклад, підлітки з прогресуючою міопією потребують не лише вправ для зниження акомодативного навантаження, а й роботи з психологом [30], тоді як особи похилого віку з віковою дегенерацією макули – підтримки в розвитку залишкового зору та просторової орієнтації.

Успішна реалізація комплексної реабілітації потребує координації між усіма учасниками процесу: фахівцями, родичами, представниками соціальних служб. За результатами метааналізу [28], моделі реабілітації, що передбачають активну участь родини та мультидисциплінарної команди, є значно ефективнішими у досягненні довготривалих результатів.

Сучасні підходи до реабілітації осіб з порушеннями зору мають бути комплексними, доказово обґрунтованими, індивідуалізованими та інтегрованими в соціальний контекст. Вони мають ґрунтуватися на актуальних дослідженнях, відповідати національним і міжнародним стандартам реабілітації.

1.4. Розвиток рухових функцій та тактильних відчуттів у дітей з порушенням зору

Вроджені або рано набуті захворювання зорового аналізатора значно обмежують обсяг інформації, яку дитина сприймає із зовнішнього світу, що своєю чергою призводить до виражених відхилень у психічному та сенсомоторному розвитку вже на ранніх етапах дитинства. Відсутність або обмеження зорового сприйняття унеможливорює повноцінне оволодіння властивостями предметів, уповільнює формування уявлень і понять, а також викликає затримку у розвитку низки навичок, зокрема моторних [6].

У дітей з глибокими порушеннями зору дослідження предмета за допомогою дотику є обов'язковим етапом перед тим, як рука може пристосуватись до його форми та розміру. Слід зазначити, що у дітей з повною та частковою втратою зору відзначається суттєва різниця у розвитку сенсорних функцій. При частковому дефекті страждає насамперед та функція, що безпосередньо залежить від ураженого органу. У слабозорих дітей зорове орієнтування часто залишається домінуючим у процесах пізнання, хоча воно може бути неточним, фрагментарним, спотвореним [5].

Такі діти, покладаючись переважно на зір, не усвідомлюють компенсаторної ролі дотику. Зниження рухової активності, надмірна або знижена м'язова напруга негативно впливають на розвиток дотикової чутливості та ручної моторики, що, у свою чергу, ускладнює виконання практичних завдань. Зокрема, у дітей з косоокістю й амбліопією відмічається недостатній розвиток зорово-моторної координації, дотикової чутливості, ручної умілості та відсутність сформованих цілеспрямованих рухових дій.

Таким чином, порушення зору спричиняють:

- труднощі у сприйнятті сенсорної інформації про об'єкти навколишнього світу, що впливає на ефективність предметної діяльності;
- недостатній розвиток дотикової чутливості, координації рухів рук, ручної моторики;
- труднощі у формуванні зорово-рухової координації, навіть за умов наявності часткової зорової функції, яка зберігає провідну роль у процесах пізнання і орієнтації.

Корекційна робота, що передбачає розвиток сенсорного досвіду за рахунок активізації збережених аналізаторів, має сприяти подоланню зорової недостатності. Особлива увага в цьому контексті приділяється формуванню дотикових відчуттів та дрібної моторики, з урахуванням особливостей їх розвитку у дітей з порушенням зору [31].

Аналіз анатомо-фізіологічних особливостей дотику свідчить, що компенсація зорового дефіциту можлива за умов: усвідомлення дитиною значущості дотику у пізнанні світу; підготовленості руки до дотикового обстеження; формування тактильно-рухових дій. Було виявлено, що діти з порушенням зору, в яких провідним залишається зоровий аналізатор, рідко вдаються до використання інших органів чуття, зокрема дотику, для доповнення сенсорного досвіду. Це утруднює пізнання власного тіла, особливостей рухових дій і їхнього узгодження з навколишнім середовищем. Навіть у старшому дошкільному віці діти в основному застосовують дотик

лише для визначення форми (до 70%) і, рідше, величини (близько 43%) предметів.

У дітей з порушенням зору, як правило, не сформоване цілісне уявлення про руку: вони не розрізняють її частини, не знають назв пальців і не усвідомлюють функцій кисті, зокрема можливостей її використання для дотикового обстеження предметів. Більшість науковців вважає, що рівень шкірної чутливості у дітей із вадами зору не перевищує такий у зрячих однолітків. Однак у дітей із тяжкими порушеннями зору в процесі спеціально організованої діяльності поступово формуються компенсаторні здібності до складних тактильних диференціацій, які дозволяють визначати просторові характеристики об'єктів та їх пропорційні відношення [27].

З огляду на це можна припустити, що розвиток дотикових функцій не залежить безпосередньо від ступеня зорової недостатності, а може бути вдосконалений шляхом цілеспрямованого та систематичного тренування. Дані аналізу літературних джерел засвідчують, що для формування ефективного тактильного сприйняття необхідне вміння керувати кистями та пальцями, виконуючи як ізольовані, так і комплексні рухи, які забезпечують обстеження предметів у процесі дотику [8].

Втім, зниження зорової функції істотно гальмує розвиток моторики у дітей. У дошкільному віці це проявляється насамперед у недостатньому рівні загальної моторики, тоді як розвиток тонких рухів (дрібної моторики) затримується ще більше. Діти відчують труднощі у згурпуванні пальців відповідно до характеристик предмета, з яким працюють. Успішність моторної корекції у дошкільників з монокулярним зором великою мірою залежить від інтеграції зорового та кінестетичного контролю, чого можна досягти за допомогою спеціально підібраних методів, що зменшують м'язову та емоційну напругу [7].

Значну роль у корекційній роботі має відігравати формування у дітей чіткого уявлення про будову та функціональні можливості руки, розвиток мікродинамічних рухів, формотворчих дій та координації рухів кисті.

Наукові спостереження підтверджують, що навіть у молодшому шкільному віці сліпі діти слабо володіють навичками тактильного обстеження: їм важко встановити цілісне уявлення про предмет, пов'язати його частини у єдину структуру тощо. У них недостатньо розвинена аналітико-синтетична діяльність у сфері дотикового сприйняття [13].

Проте науковці звертають увагу на високі можливості використання активного дотику для здійснення вимірювальних дій у сліпих дітей. Вони опановують альтернативні способи визначення параметрів об'єктів, зокрема використовуючи як умовні мірки пальці, кисті, долоні або відстань між пальцями. У той час як дошкільники із вадами зору демонструють обмежений обсяг орієнтовних дій під час ознайомлення з предметами, навички аналізу таких характеристик, як текстура, матеріал, температура, вага або рельєф поверхні, не формуються спонтанно й потребують спеціального навчання [19].

Таким чином, організація корекційної роботи повинна бути спрямована на активне формування способів дотикового обстеження предметів, що дозволить дітям більш точно і повноцінно сприймати їх сенсорні характеристики.

У процесі компенсації зорових порушень суттєве значення має міжаналізаторна взаємодія, за якої стимуляція одного аналізатора підвищує чутливість іншого. Комбіноване використання збереженого зору та дотику дозволяє досягти значно вищих результатів у впізнаванні об'єктів. Якість дотикового сприйняття та точність ідентифікації об'єктів дітьми з вадами зору безпосередньо залежать від рівня сформованості навичок обстеження, уміння відчувати, виділяти сенсорні ознаки та узагальнювати їх.

Доповнення зорового аналізу тактильними, слуховими або рухово-тактильними сигналами сприяє формуванню цілісного уявлення про об'єкт та його просторові характеристики у дітей з монокулярним зором. Формування узагальнених сенсорних образів у дошкільників з косоокістю та амбліопією можливе лише за умови спеціально організованого навчального

процесу, що реалізується через практичну діяльність, орієнтовану на засвоєння прийомів і способів дотикового аналізу предметів [8].

1.5. Зміст адаптивно-корекційних занять, спрямованих на розвиток тактильного сприйняття та дрібної моторики у дітей з порушеннями зору

У дітей із порушеннями зору провідна роль у розвитку процесів сенсорного сприйняття належить предметно-практичній діяльності, яка слугує основою для вдосконалення пізнавальних функцій. Обмеження зорової функції зумовлює зростання значущості суглобово-м'язових і тактильних відчуттів у сенсорній структурі відображення навколишнього світу. У зв'язку з цим особливе значення надається формуванню навичок дотикового сприйняття об'єктів і оволодінню дітьми практичними діями із залученням тактильно-рухового аналізатора [22].

Організація навчання предметно-практичним діям передбачає використання дотику як основного джерела інформації для просторово-рухової орієнтації, а також формування адекватного рухового образу предмета, базованого на суглобово-м'язовій чутливості.

Активне дотикове сприйняття є невід'ємною складовою всіх видів діяльності дітей із зоровою депривацією. Дотик, у ряді випадків, є точнішим і повнішим, ніж зір, у відображенні властивостей об'єктів. Значущу компенсаторну роль у пізнанні форми предметів і довкілля відіграють продуктивні види діяльності – зокрема, ліплення, малювання та конструювання. Вони сприяють розвитку уявлень про предметні властивості через активацію дотикової чутливості, ручної моторики, пальцевого гнозопраксису, а також зорово-моторної координації при виконанні маніпулятивних дій [16].

Таким чином, практична взаємодія з предметами та явищами навколишнього середовища виступає ключовим чинником розвитку дотику

як компенсаторного механізму при зоровій недостатності у дітей дошкільного віку.

До основних напрямів корекційної діяльності, спрямованої на розвиток дотикового сприйняття, належать:

1. Формування готовності рук до обстеження об'єктів дотиком;
2. Організація обстеження з використанням сенсорних еталонів;
3. Формування прийомів і способів дотикового дослідження та сприйняття;
4. Засвоєння навичок застосування дотику в продуктивній діяльності;
5. Використання дотикового сприйняття у побуті та грі.

Аналіз наукових джерел дозволив виокремити основні методологічні орієнтири корекційної роботи, яка спрямована на компенсацію зорової недостатності через розвиток дотику [10].

Діяльнісний підхід передбачає:

- організацію сенсорно насиченої практичної діяльності, що стимулює аналіз і класифікацію властивостей предметів і явищ;
- забезпечення активної предметної взаємодії на основі дотикових відчуттів;
- інтеграцію дотику в домінуючі для дошкільників види активності.

Згідно із сучасними уявленнями, ефективна компенсація порушень зору можлива лише за умов системного підходу до організації корекційної роботи, спрямованої на розвиток дотикового аналізатора і дрібної моторики.

Корекційна робота як педагогічна система реалізується у межах навчально-виховного процесу, на спеціалізованих корекційних заняттях, а також у побутових умовах. Її структура має бути внутрішньо погодженою, логічно впорядкованою та цілеспрямовано скерованою на розвиток диференційованого сприйняття предметних ознак. З огляду на це доцільним є впровадження предметно-практичної діяльності як провідного засобу компенсації зорової дисфункції [10].

Таким чином, системний підхід до організації корекційної роботи з дітьми із зоровими порушеннями передбачає комплексне врахування низки ключових чинників. Насамперед, йдеться про необхідність урахування структурних складників компенсації зорової недостатності за участю дотикового аналізатора, сукупності умов, що забезпечують розвиток дотику та дрібної моторики як провідного компенсаторного механізму, а також взаємозалежності і взаємодоповнюваності форм корекційної діяльності, спрямованої на розвиток цих сенсомоторних функцій у дітей молодшого дошкільного віку з такими офтальмологічними патологіями, як косоокість і амбліопія.

Крім того, підтверджено необхідність впровадження індивідуалізованого та диференційованого підходів до освітньо-виховного процесу дітей з різним ступенем зорової дисфункції (повна втрата зору, залишковий зір, косоокість, амбліопія). Такі підходи мають ґрунтуватися на врахуванні особливостей пізнавальної діяльності кожної категорії дітей та специфіки сприйняття навколишнього середовища, що притаманна всім дітям з порушеннями зору [21].

Успішне формування компенсаторних механізмів і соціально-адаптивного потенціалу дітей із косоокістю та амбліопією значною мірою залежить від рівня індивідуалізації та диференціації корекційно-реабілітаційних заходів. Індивідуальний підхід реалізується як у межах групової роботи з дітьми зі схожими особливостями, так і в рамках індивідуального навчання, коли дитина не може бути включена в колективну форму взаємодії. Диференційований підхід передбачає адаптацію навчального процесу до особливостей кожної дитини, включно з темпом засвоєння матеріалу, інтенсивністю корекційного впливу та рівнем складності завдань.

Такий підхід дозволяє об'єднувати дітей у групи як за принципом подібності когнітивних і сенсомоторних характеристик, так і за принципом

відмінностей з метою адресного впливу на окремі аспекти розвитку, що вимагають корекції [4].

Таким чином, реалізація індивідуального та диференційованого підходів у процесі компенсації зорової недостатності передбачає дотримання низки ключових принципів. Зокрема, адаптивно-корекційна діяльність має ґрунтуватися на оптимальному поєднанні індивідуалізованих та диференційованих форм організації навчального і виховного процесу. При цьому особливу увагу слід приділяти врахуванню індивідуальних особливостей розвитку тактильного сприйняття і дрібної моторики кожної дитини, а також її здатності до використання дотику в межах різних видів діяльності.

У межах корекційної роботи, спрямованої на розвиток дотику та дрібної моторики як компенсаторних механізмів у дітей із косоокістю та амбліопією, провідними методологічними засадами виступають: діяльнісний підхід, системний підхід, а також принципи індивідуалізації та диференціації педагогічного впливу.

Аналіз наукових джерел підтверджує, що ефективність корекційного впливу у дітей молодшого дошкільного віку з порушеннями зору, зокрема з амбліопією та косоокістю, досягається за умови спрямованості роботи на:

- формування знань про роль і можливості дотику як засобу пізнання об'єктивної дійсності;
- оволодіння компенсаторними прийомами та способами предметної діяльності, які забезпечують виділення сенсорних характеристик об'єктів, контроль і корекцію рухових дій за допомогою тактильно-рухової інформації;
- розвиток умінь застосовувати здобуті навички в характерних для віку формах діяльності – ігровій, побутовій, навчальній тощо [20].

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Дослідження виконано на базі спеціального дошкільного навчального закладу №17 «Паросток» для дітей з вадами зору м. Чернівці. У дослідженні взяло участь 12 дітей віком 3-4 роки з порушеннями зору, що мають діагноз «косорокість» і «амбліопія».

Дослідження було проведене у три основні етапи:

- Перший етап (жовтень 2023 – січень 2024 року). Відбувався аналіз і узагальнення наукової літератури та клінічних рекомендації, присвяченої питанням фізичної терапії осіб з порушенням зору, описанню проблеми адаптивно-корекційної роботи з дітьми з порушенням зору в спеціальних освітніх закладах. Було окреслено актуальність проблеми, сформульовано завдання дослідження та створено список літературних джерел.

- Другий етап (лютий – серпень 2024 року). Під час цього етапу визначалися дослідницькі методи, відповідні поставленим завданням. Вивчалися особливості дрібної моторики, виділення ознак і властивостей предметів при використанні зору, використання дотику в процесі продуктивної, ігрової і побутової та діяльності, проведені аналіз медичних карт, педагогічні спостереження, отримані вихідні дані про особливості тактильного обстеження при аналізі та ідентифікації форми, величини, конфігурації предметів в умовах дотиково-зорового сприйняття досліджуваної категорії дітей. Сформовано основну і контрольну групи. Здійснено аналіз індивідуальних медичних карток, проведено опитування й обстеження для виявлення факторів ризику, особливостей перебігу хвороби й оцінки стану здоров'я учасників.

- Третій етап (вересень 2024 – травень 2025 року). Був присвячений перевірці ефективності програми фізичної терапії в умовах відділення реабілітації КНП «Міська дитяча поліклініка» м. Чернівці. На цьому етапі

також здійснювалося узагальнення отриманих результатів, апробація їх у практичній діяльності, написання та оформлення кваліфікаційної роботи.

2.2. Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань було використано ряд методів дослідження:

1. Інформаційно-аналітичні методи (Аналіз і узагальнення даних науково-методичної літератури; дослідження медичних карт дітей)

2. Педагогічні методи (анкетування; педагогічне спостереження; дослідження дрібної моторики; вивчення особливостей тактильної чутливості; педагогічний експеримент).

3. Методи математичної статистики (обчислення частки різних рівнів досліджуваних показників у контрольній та основній групах дітей з порушенням зору).

Інформаційно-аналітичні методи дослідження

Аналіз науково-методичних джерел здійснювався за такими ключовими напрямками:

- визначення актуальності теми дослідження в контексті сучасної спеціальної педагогіки та реабілітації дітей з порушеннями зору;
- вивчення особливостей сенсорного сприйняття у дітей із зоровою недостатністю;
- аналіз існуючих програм і методичних підходів до адаптивно-корекційної роботи з дітьми, які мають порушення зору.

Педагогічні методи дослідження

Одним із напрямків дослідження було вивчення медичної документації. Аналіз медичних карт дітей проводився з метою отримання загальної медико-соціальної характеристики кожного учасника дослідження.

Оцінювалися такі параметри, як етіологія і тип зорового порушення, особливості раннього розвитку, належність до тієї чи іншої групи здоров'я, стан нервово-психічної сфери, а також індивідуальні психологічні особливості (вподобання, рівень комунікативності, форми соціальної взаємодії тощо).

Вивчення особливостей маніпулятивної діяльності з дрібними предметами

Оцінка рівня ручної умілості та швидкості виконання дій із дрібними предметами здійснювалася за допомогою низки вправ, спрямованих на вивчення сформованості дрібної моторики, координації рухів пальців, а також точності та ефективності маніпуляцій [9].

1. «Катання кульки долонею» Дитині пропонувалося здійснювати кругові рухи відкритою долонею зі зведеними пальцями, перекичуючи маленьку кульку протягом 7 секунд. Проба виконувалася у трьох варіантах: правою рукою, лівою рукою та одночасно обома руками. Вправа дозволяла оцінити рівень симетричності, точності рухів та контроль над ними.

2. «Збери родзинки в мисочку» Дитині пропонувалося по черзі зібрати розсипані родзинки та помістити їх у миску. Завдання дозволяло спостерігати за точністю захоплення, переважною участю великого та вказівного пальців, координацією рухів і концентрацією уваги.

3. «Збери кубики в коробку» Аналогічно до попереднього завдання, дитина мала зібрати невеликі кубики, використовуючи обидві руки по черзі. У цьому випадку домінує повне охоплення предмета всіма пальцями із чітким протиставленням великого пальця, що дозволяє оцінити рівень сформованості цілісних маніпулятивних дій.

Обидві останні проби давали змогу проаналізувати особливості формування різних типів захоплення (двопальцеве, трипальцеве, повне охоплення), а також ефективність інтеграції рухових і сенсорних компонентів діяльності.

Вивчення тактильної диференціації та заміщення зорової інформації

Для оцінки здатності дитини до використання дотику як компенсаторного каналу сприйняття застосовувалися методики, спрямовані на виділення та ідентифікацію властивостей предметів без опори на зір [9].

1. «Знайди той самий килимок» Дитині демонструвався зразок одного з чотирьох килимків, кожен із яких мав відмінну структуру поверхні. Завданням було дотиком вибрати з набору відповідний за тактильними характеристиками килимок. Кожен учасник виконував 4 спроби з різними зразками, що дозволяло оцінити здатність до тактильної диференціації, запам'ятовування та точності обстеження.

2. «Будиночки та віконця» Дитині пропонувалося порівняти два будиночки з різними типами поверхні. Після цього необхідно було підібрати до кожного будиночка по два віконця, що відповідали б за структурою матеріалу. Вправа дозволяла оцінити вміння дитини використовувати дотик для розрізнення та співвіднесення предметів за матеріальними характеристиками.

Вивчення особливостей дотикового обстеження при ідентифікації предметів

З метою дослідження рівня розвитку зорово-тактильної інтеграції та точності аналізу предметів за допомогою дотику було застосовано низку діагностичних проб. Вони дозволяли оцінити здатність дитини до розпізнавання геометричних форм, об'єму та розміру предметів, а також до зорово-дотикової координації [9].

1. Ідентифікація плоских геометричних фігур. Кожному учаснику послідовно пред'являлися чотири плоскі геометричні фігури (наприклад, коло, квадрат, трикутник, прямокутник) для ознайомлення шляхом зорового або дотикового сприйняття. Після цього дитина мала визначити фігуру серед

варіантів. Усього виконувалося вісім відповідей (по чотири в кожному типі сприйняття).

2. Ідентифікація об'ємних геометричних тіл. Аналогічно до попередньої проби, дитині демонструвалися п'ять тривимірних геометричних тіл (наприклад, куля, куб, циліндр, конус, піраміда) з подальшим завданням на впізнавання. Загальна кількість відповідей становила десять (по п'ять у кожному виді сприйняття).

3. Ідентифікація величини плоских геометричних фігур. Після ознайомлення з шістьма фігурами різного розміру (візуально або дотиком) дитина повинна була ідентифікувати задану за величиною фігуру серед кількох варіантів. Було отримано дванадцять відповідей (по шість у кожному режимі пред'явлення).

4. Ідентифікація величини об'ємних тіл. Після попереднього ознайомлення із зразком (наприклад, середнього розміру куб), дитина мала знайти серед трьох запропонованих фігур (мала, середня, велика) ту, що відповідає за розміром. Всього проводилося шість проб у кожному варіанті сприйняття (разом 12 відповідей).

5. Ідентифікація предметів побутового призначення. У цій вправі дітям пропонувалися п'ять об'єктів у стандартному порядку й фіксованому положенні (наприклад, ложка, м'яч, олівець, іграшкова машинка, гудзик). Після ознайомлення в одному сенсорному каналі (зорово або дотиково) дитина мала розпізнати ці предмети серед аналогічних варіантів. Було зібрано десять відповідей (по п'ять у кожному вигляді сприйняття).

Вивчення особливостей використання дотику в процесі продуктивної, ігрової та побутової діяльності

Для комплексної оцінки рівня сформованості навичок використання дотику як компенсаторного засобу в різних видах діяльності у дітей з порушеннями зору застосовувалися спеціально підібрані завдання, що охоплюють продуктивну, ігрову та побутову сфери. Завдання спрямовані на

виявлення ступеня залученості дотикового аналізатора до виконання практичних дій, точності маніпуляцій, просторової організації рухів, а також координації «рука-око» або «рука-дотик» у разі зниженого зору [9].

Продуктивна діяльність

1. «Склади будиночок з частин» – складання будиночка за зразком з окремих геометричних фігур. Завдання оцінює просторову уяву, моторне планування та тактильний контроль при зіставленні елементів.

2. «Башточка» – послідовне викладання п'яти однакових кубиків один на один із точним суміщенням граней. Аналізується моторна точність і стабільність дотикового контролю.

3. «Ворота» – побудова конструкції з чотирьох кубиків (по два з кожного боку) та цеглинки (перемичка зверху). Завдання оцінює вміння орієнтуватися в площині й вибудовувати об'єкт із заданою симетрією.

Графомоторні та сенсомоторні завдання

4. Копіювання вертикальної прямої лінії – дитина копіює зразок безперервної прямої лінії, що йде згори донизу.

5. Копіювання горизонтальної прямої лінії – копіювання лінії зліва направо.

6. Копіювання кола – виконання замкненого кола за зразком.

7. «Доріжка» – проведення пальцем по попередньо створеному рельєфному або візуальному контуру.

8. Обведення контурного зображення грибка фломастером – завдання спрямоване на розвиток зорово-моторної координації або її тактильної компенсації.

Ігрова діяльність

9. Збирання пірамідки – нанизування кілець різного діаметру в правильній послідовності. Завдання дозволяє оцінити тактильне розрізнення розміру та моторне планування.

10. Нанизування бус – робота з дрібними предметами на точність і координацію пальцевих рухів, розвиток терпіння та ритму.

Побутова діяльність

11. «Укладемо ляльку спати» – розстібання гудзиків на одязі ляльки, що розташована навпроти дитини. Завдання спрямоване на оцінку тонкої моторики, тактильної чутливості та побутових навичок.

12. «Лялька пішла на прогулянку» – застібання гудзиків у зворотному порядку. Дозволяє оцінити точність, послідовність дій і сформованість побутових маніпуляцій.

Педагогічний експеримент

Педагогічний експеримент виступав основним методом дослідження, спрямованим на перевірку ефективності впровадження занять із розвитку дрібної моторики та тактильної чутливості у дітей молодшого дошкільного віку з порушеннями зору, зокрема з косоокістю та амбліопією. Організація дослідження базувалася на використанні методики «Розвиток дотику і дрібної моторики (у молодших дошкільнят з косоокістю і амбліопією)», а також на подальшій оцінці динаміки досліджуваних показників.

Форми організації занять: Заняття проводилися в груповій та індивідуальній формах. У групи об'єднували дітей (по 2–4 особи) із приблизно однаковим рівнем сенсомоторного розвитку, що сприяло ефективному дозуванню навантаження і застосуванню диференційованого підходу. Групові корекційні заняття відбувалися один раз на тиждень у першій половині дня.

До структури занять інтегрувалися спеціальні вправи та ігрові методики, що сприяли розвитку умінь використовувати дотик у процесі продуктивної, ігрової та побутової діяльності.

Індивідуальні заняття носили пропедевтичний характер: вони були спрямовані на підготовку дитини до опанування програмного матеріалу під час групової роботи. Такі заняття проводилися в ранкові або вечірні години, тривалість одного становила 10–15 хвилин. Частота індивідуальних занять

визначалась індивідуальними особливостями дотикового сприйняття та активністю дитини у відповідних видах діяльності.

Інтеграція у загальну структуру занять: Розвиток дотику та дрібної моторики здійснювався також у межах інших адаптивно-корекційних занять — зокрема, із розвитку зорового сприйняття, просторової орієнтації та соціально-побутових навичок. Таким чином, сенсомоторний компонент формувався як складова частина комплексної корекційної роботи, що сприяло цілісному розвитку дітей з порушенням зору.

Математико-статистична обробка даних

Усі отримані в процесі дослідження емпіричні дані було піддано обробці з використанням загальноприйнятих методів математичної статистики. Статистичний аналіз результатів здійснювався з метою перевірки достовірності виявлених змін та ефективності впровадженого педагогічного впливу.

Для аналізу використовувалася ліцензована статистична програма STATISTICA 6.0 (StatSoft, USA), яка забезпечила розрахунок середніх арифметичних значень, стандартних відхилень, а також дозволила провести порівняльний аналіз динаміки показників за допомогою відповідних критеріїв. Рівень статистичної значущості результатів оцінювався за допомогою р-значення, з критичним рівнем $p \leq 0,05$.

РОЗДІЛ 3

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ У ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

3.1. Зміст адаптивно-корекційних занять, спрямованих на розвиток дотику та дрібної моторики у дітей з порушенням зору

Стимулювання дотикового сприйняття об'єктів у процесі практичної орієнтації в навколишньому середовищі можливе лише за умови спеціально організованої та цілеспрямованої адаптивно-корекційної діяльності. З цією метою було застосовано програму «Розвиток дотику і дрібної моторики (у молодших дошкільників з косоокістю і амбліопією)».

Програма має на меті сформувати в дітей молодшого дошкільного віку з косоокістю й амбліопією уявлення про властивості навколишніх об'єктів і компенсаторні способи взаємодії з ними за допомогою тактильно-рухових відчуттів.

Досягнення цієї мети передбачає виконання таких завдань:

1. Розширення уявлень дитини про власне тіло і його функціональні можливості.
2. Стимулювання розвитку дрібної моторики та рухових дій, необхідних для дотикового аналізу й маніпуляції з предметами.
3. Формування навичок виявлення сенсорних характеристик об'єктів за допомогою дотику.
4. Ознайомлення з прийомами активного доторку під час обстеження предметів і їх зображень.
5. Розвиток зорово-дотикових стратегій дослідження предметів.
6. Формування просторової орієнтації й здатності до предметних дій на основі дотику та пропріоцептивної інформації.
7. Закріплення вмінь використовувати дотик і дрібну моторику у повсякденній практиці.

Для реалізації зазначених завдань необхідно створити відповідні умови:

- накопичення сенсомоторного досвіду на полісенсорній основі;
- впровадження системного та послідовного навчання компенсаторним способам пізнання в межах корекційних, загальноосвітніх занять та самостійної діяльності;
- стимулювання предметно-практичної активності на основі взаємодії залишкового зору й дотику, а також узагальнення набутих навичок у нових контекстах.

Ураховуючи структуру процесу компенсації, його логічну послідовність і специфіку на кожному етапі, програма «Розвиток дотику і дрібної моторики» включає п'ять розділів, кожен з яких відображає ключові напрями корекційної роботи:

1. Підготовка руки до дотикового обстеження предметів.
2. Освоєння сенсорних еталонів при дотиковому аналізі.
3. Формування цілісного дотикового сприйняття та обстеження об'єктів.
4. Застосування дотикових навичок у продуктивній діяльності.
5. Залучення дотику в ігрових і побутових діях.

Послідовне втілення вказаних етапів формує логічну структуру компенсаторного навчання — від початкової підготовки дитини до активного застосування дотикових способів взаємодії в різних сферах діяльності.

Програма розрахована на 6 місяців роботи та містить 24 теми, наприклад: «Урожай», «Іграшки», «Дерева», «Птахи», «Одяг» тощо. Навчальний матеріал поділено на два етапи тривалістю по три місяці з поступовим ускладненням завдань на другому етапі.

Форми корекційної роботи включають:

1. Корекційні заняття:

- а) як окремі заняття, присвячені розвитку дотику та дрібної моторики;

б) як складові частини інших занять із розвитку зорового сприймання, просторової орієнтації та соціально-побутових навичок;

2. Корекційно-орієнтовані загальноосвітні заняття з включенням відповідних вправ;

3. Організована самостійна діяльність дітей під керівництвом дорослого з метою закріплення навичок у повсякденних умовах.

Заняття, спрямовані на розвиток дотику та дрібної моторики у дітей з порушенням зору, реалізовувалися у двох основних формах — груповій та індивідуальній. Діти об'єднувалися у групи по 2–4 особи відповідно до приблизно однакового рівня сенсомоторного розвитку. Групові корекційні заняття проводилися один раз на тиждень у першій половині дня. До складу деяких занять входили спеціальні вправи й ігрові елементи, що були спрямовані на вдосконалення навичок використання дотику в побутовій та ігровій діяльності.

Індивідуальні заняття мали пропедевтичний характер і готували дитину до засвоєння матеріалу на групових заняттях. Вони проводилися у ранкові та вечірні години, тривали 10–15 хвилин. Частота таких занять визначалася індивідуально з урахуванням рівня розвитку дотикового сприйняття й особливостей тактильної активності дитини у різних видах діяльності.

Програмою було передбачено включення завдань на розвиток дотику та дрібної моторики до змісту адаптивно-корекційних занять із формування зорового сприйняття, просторової орієнтації та соціально-побутових навичок. У цих заняттях вони виступали як складові інтегрованої структури.

Заняття з розвитку зорового сприйняття сприяли активізації дотикового дослідження предметів із використанням сенсорних еталонів [12]. На цих заняттях дітей навчали організовувати перцептивну діяльність для виділення інформативних ознак об'єкта, розпізнавання його зображення (в тому числі з різних ракурсів та в умовах ускладненого сприйняття), формування образу, а також диференціювання за такими характеристиками, як розмір, форма, структура й якість — із залученням дотиково-рухового аналізатора.

Заняття з просторової орієнтації були спрямовані на навчання практичним діям із предметами, аналізу їх будови, сприйняттю предмета в різних просторових положеннях та взаємозв'язках за допомогою дотику. Значна увага приділялася формуванню вмінь орієнтуватися в межах площини столу та аркуша паперу на основі суглобово-м'язових відчуттів [17].

На заняттях із соціально-побутового орієнтування продовжувалося формування навичок дотикового дослідження предметів і використання дотику у звичних життєвих ситуаціях. Діти вчилися впізнавати об'єкти, проводити їх аналіз за допомогою зору й дотику, встановлювати взаємозв'язки між ними, розрізняти за сенсорними ознаками, а також опановували прийоми дій з предметами під контролем зору або лише за участі дотиково-рухового аналізатора. Особливу увагу приділяли техніці виконання дій, формуванню способів контролю та корекції рухів.

Однією з важливих складових корекційної роботи виступала корекційна спрямованість загальноосвітніх занять. У межах кожної тематичної одиниці вихователь реалізовував заходи, спрямовані на формування в дітей навичок використання набутих компенсаторних способів дії під час загальноосвітніх занять (наприклад, під час ліплення, конструювання, аплікації, малювання, математики, ознайомлення з довкіллям).

Досягнення корекційної спрямованості загальноосвітніх занять забезпечувалося завдяки таким методичним підходам [22]:

- впровадженню спеціалізованих методичних прийомів, які передбачають опору на дотикове сприйняття;
- використанню дидактичних матеріалів, адаптованих для бісенсорного (зорово-дотикового) сприйняття, а також тренажерів;
- організації навчальної діяльності на основі тактильно-рухових відчуттів, як компенсаторних механізмів;
- застосуванню індивідуального й диференційованого підходів, залежно від рівня сформованості моторних, зорових і дотикових функцій.

Адаптивно-корекційна діяльність у межах самостійної активності дітей під керівництвом дорослого давала змогу багаторазово повторювати та закріплювати засвоєний матеріал у різних контекстах та умовах. Вихователь заохочував дітей до свідомого використання в ігровій, побутовій чи продуктивній діяльності способів дії, опанованих під час корекційних і загальноосвітніх занять. При цьому враховувалися індивідуальні можливості й інтереси кожної дитини, добиралися відповідні ігри, навчальні матеріали, тренажери.

Залучення дітей до пізнання навколишнього світу в межах різних видів діяльності сприяло сенсорному розвитку, формуванню цілісного уявлення про об'єкти довкілля, а також розширенню можливостей ефективного використання дотику в повсякденному житті [15].

Розподіл навчального матеріалу адаптивно-корекційної програми на тиждень за кожною темою та в межах трьох основних організаційних форм — корекційних, загальноосвітніх занять і самостійної діяльності.

Організовуючи роботу з формування дотикового сприйняття та розвитку дрібної моторики у дітей з порушенням зору, важливо створити відповідні умови для ефективного сприймання тактильних властивостей предметів. До таких умов належать:

- підтримання оптимального температурного режиму в приміщенні (в межах 16–20°C);
- забезпечення належного стану шкіри на подушечках пальців, адже сухість, мозолі або ушкодження можуть знижувати чутливість, викликати дискомфорт при торканні та погіршувати якість сприймання;
- початок занять після ретельного миття рук у теплій воді — це сприяє розслабленню м'язів кисті та підвищенню тактильної чутливості;
- проведення масажу кистей, передпліч або спеціальної гімнастики для рук і пальців до початку заняття (особливо за наявності значного обсягу навчального матеріалу);

- обмеження безперервного часу тактильного навантаження до п'яти хвилин;
- створення мотиваційно-ігрової атмосфери та позитивного емоційного тла під час заняття.

Добір наочності та навчальних матеріалів для занять також відбувався з урахуванням низки вимог:

1. Іграшки або фігури мають мати достатній колірний контраст із фоном.
2. Використовувалися:
 - тактильно насичені матеріали, які чітко відображають властивості предметів (форма, пропорції, фактура, матеріал);
 - рельєфні зображення з чітко вираженим контуром (висота рельєфу — не менше 1 мм);
 - графічні зображення, розмір яких відповідає анатомічним особливостям руки дошкільника.
3. Слід уникати складних ракурсів у зображеннях предметів, оскільки це ускладнює сприймання для дітей із порушенням зору.
4. Не рекомендується демонструвати кілька предметів або зображень однакових розмірів, які в реальному житті мають різні габарити, — це може викликати сенсорну дезорієнтацію.
5. Матеріали, що використовуються під час занять (іграшки, зображення, допоміжні засоби), мають бути приємними на дотик — це можуть бути глина, гума, м'який пластик, текстиль, хутро, крупа, пісок, бісер, шорсткий або брайлівський папір тощо.
6. Усі навчальні засоби та іграшки повинні відповідати естетичним вимогам і мати достатню міцність.

З огляду на трансформувальний вплив навколишнього середовища на дітей із порушеннями зору, у груповому приміщенні було організовано простір із використанням ігор, іграшок та дидактичних матеріалів, які відображають не лише візуальні, але й тактильні сенсорні характеристики

об'єктів. Залучення предметів із різноманітних матеріалів (дерево, метал, пластик, тканини, гума тощо), що відрізняються за формою та розміром, сприяло систематичному тренуванню у розрізненні, класифікації та диференціації сенсорних ознак предметного світу, представлених у різних модальностях.

Частина дидактичних матеріалів та іграшок, які сприяють розвитку тактильного сприйняття та дрібної моторики, була зосереджена у спеціально облаштованій зоні — «сенсорному куточку». Тут розміщувалися натуральні об'єкти, муляжі, предметні іграшки з різних текстур, спеціальні тренажери для розвитку дрібної моторики, мозаїки різних розмірів, набори намиста й гудзиків, котушки для намотування ниток, застібки різного типу (гудзики, кнопки, гачки), а також комплекти стрічок та шнурів для відпрацювання навичок зав'язування. Важливу роль у розвитку тактильної диференціації відігравали ігри, аналогічні за принципами до матеріалів Монтессорі [9].

Склад предметного наповнення сенсорного куточка регулярно оновлювався відповідно до тематики навчальних занять, змісту засвоєного матеріалу, з урахуванням зони актуального та найближчого розвитку дитини. Наповнення змінювалося також залежно від накопиченого сенсорного досвіду дитини та необхідності його узагальнення.

Під час проєктування предметно-ігрового простору для дитини з порушенням зору створювалися умови для активної взаємодії з іграшками-маніпуляторами (збірно-розбірні піраміди, вкладиші), а також із предметами, що дозволяли виконувати дії з нанизування, застібання, зав'язування, пересування, укладання, розкладання та збирання. Такі види діяльності сприяли не лише розширенню моторного досвіду взаємодії з предметами, але й розвитку зорово-моторної координації, активізували пізнавальну активність та опанування нових способів дій [20].

З метою уточнення уявлень дітей про властивості об'єктів навколишнього середовища — їх форму, розмір, просторову орієнтацію, а також для розвитку формотворчих рухів руки, зорово-моторних зв'язків і

контрольно-коригувальних дій на основі дотику, було забезпечено умови для проведення систематичних занять із ліплення, малювання з використанням трафаретів, а також конструювання з різноманітних матеріалів (дерев'яні, пластикові, модульні конструкції типу LEGO тощо).

Адаптивно-корекційна робота, спрямована на вдосконалення дотикового сприйняття і дрібної моторики у дітей молодшого дошкільного віку з косоокістю та амбліопією, реалізовувалася поетапно. У процесі навчання діти поступово опановували низку дій: тактильне обстеження предмета, сенсорний аналіз його структури та будови, розпізнавання і диференціацію серед інших об'єктів, оперування ним відповідно до його функціональних властивостей. У подальшому діти навчалися свідомому використанню компенсаторних способів пізнання і дій з предметами у різних видах практичної діяльності [10].

Методика розвитку дотику та дрібної моторики

На початку навчального року (вересень-жовтень), у період адаптації дітей до умов закладу дошкільної освіти, під час ігрової діяльності впроваджувалися спеціальні дидактичні вправи, спрямовані на формування базових уявлень про будову руки та її функціональні можливості. Дітей ознайомлювали з анатомією руки, назвами пальців, можливістю виконання різноманітних дій руками з предметами або без них, а також з розпізнаванням знайомих об'єктів і визначенням їх властивостей.

Із листопада в структуру корекційних занять системно включалась робота з розвитку дрібної моторики та підготовки руки до освоєння дотикових способів сприймання. Розвинуте дотикове сприйняття тісно пов'язане з моторною активністю руки, що вимагає формування її рухливості через спеціальні вправи, з урахуванням анатомо-фізіологічної структури органу дотику.

Кожне заняття розпочиналося з масажу рук і пальців та виконання вправ для їх розігріву (2–3 хвилини). Систематичне застосування масажу

сприяло покращенню еластичності зв'язкового апарату, активізації рецепторних і провідникових функцій, посиленню зв'язків між корою головного мозку та м'язово-судинною системою. Використовувалися базові техніки класичного масажу (розминання, вижимання, розтирання, струшування, погладжування, постукування) та вправи для самомасажу долонь, тильної поверхні рук і пальців. Для підтримання зацікавленості застосовувалися предмети стимуляції: масажні кільця та м'ячі різного розміру і жорсткості, волоські горіхи, олівці, а також наповнювачі для сенсорних контейнерів (крупка, пісок, намистини тощо) [29].

Окрім пальчикових ігор, активно використовувалися спеціалізовані ігрові вправи, спрямовані на розвиток контрольованих рухів руки, зап'ястя та пальців. Їх структура включала:

- рухи руками у різних напрямках (витягування, згинання, стискання);
- вправи на протиставлення пальців (до великого пальця, між собою, до долоні);
- рухи паралельного, зустрічного і зворотного характеру обома руками;
- моделювання рухів, які використовуються у побуті або для дослідження предметів;
- вправи на об'єднання рухових елементів;
- дії, типові для щоденної діяльності дитини.

Ці вправи створювали основу для формування довільної моторної активності та підготовки до оволодіння навичками дотикового дослідження предметів [24].

Адаптивно-корекційна діяльність, спрямована на розвиток дотикового дослідження із застосуванням сенсорних еталонів, передбачала навчання дітей виділенню характеристик об'єктів (форми, величини, поверхні) під час змістовної предметно-практичної діяльності. Ознайомлення з еталонами здійснювалося поступово: спочатку через демонстрацію зразків, а надалі — через систематичне розв'язання практичних завдань з об'єктами з різних матеріалів (дерево, тканина, пластик, метал тощо), різних форм і будови.

Особлива увага приділялася активним діям дітей: дослідження, співставлення, добір пар за аналогією, закріплення ознак у пам'яті. Для цього використовувалися прийоми накладання, прикладання, співвіднесення. Дотикове сприймання формувалося через пальцеві, кистьові й долонні способи дослідження. Доцільним було залучення обох рук для одночасного обстеження, що підвищувало якість сприйняття і сприяло точнішому визначенню об'ємності, напрямків і взаєморозміщення частин об'єкта [19].

3.2. Ефективність реалізації програми розвитку дотику та дрібної моторики у дошкільників із косоокістю та амбліопією

З метою оцінки результативності впровадженої адаптивно-корекційної програми з розвитку дотику та дрібної моторики у дітей дошкільного віку з офтальмопатологією було проведено контрольне обстеження. До вибірки увійшли 12 дітей віком 3–4 років із клінічно встановленими діагнозами "косоокість" та "амбліопія", які відвідували спеціалізований дошкільний заклад №17 «Паросток» у місті Чернівці.

Для порівняння вихідного та підсумкового рівнів розвитку досліджуваних функцій проводилося комплексне обстеження учасників до початку реалізації програми та після її завершення. Діагностичні процедури охоплювали такі аспекти:

- рівень сформованості дрібної моторики;
- здатність до виділення сенсорних ознак та властивостей предметів за зоровим сприйняттям;
- ефективність тактильного обстеження під час аналізу та ідентифікації форми, розміру та конфігурації предметів у контексті дотиково-зорового сприйняття;
- особливості використання дотикової інформації у продуктивній, ігровій та побутовій діяльності.

Усі зазначені параметри оцінювалися за єдиними критеріями, що дозволило здійснити зіставлення результатів за однотипними завданнями. Для кількісної інтерпретації дані було переведено у номінативну шкалу оцінювання, в межах якої рівень виконання завдань класифікувався як високий, середній або низький. У межах кожної групи респондентів визначався усереднений рівень сформованості кожного параметра.

Для оцінки статистичної достовірності змін, що відбулися, та порівняльного аналізу динаміки результатів у різних групах застосовувалися методи математичної статистики. Це дало змогу об'єктивно оцінити ефективність запропонованої програми та підтвердити наявність позитивних змін у дітей, які брали участь в адаптивно-корекційних заняттях.

Аналіз динаміки зміни особливостей дрібної моторики в ході навчання показує, що в ОГ спостерігаються значні зміни за всіма показниками (таблиця 3.1).

Встановлено, що в ОГ відсоток дітей, що мають низький рівень кінестетичної організації пальців до проведення колекційної роботи значимо вище, ніж після. Різниця становить 50%. Можна говорити про значне зниження відсотка дітей з низьким значенням показника. Відсоток дітей з високим рівнем збільшився з 15% до 35%. Хоча різниця (20%) не є значущою, це збільшення також підтверджує гіпотезу про поліпшення досліджуваного параметра під впливом впливу колекційної програми.

У КГ відсоток дітей, що мають низький рівень кінестетичної організації пальців при першому і другому тестуванні статистично однаковий. Різниця становить 15%. Аналогічно, що відсоток дітей з високим рівнем при другому вимірі статистично не змінився, в порівнянні з першим виміром. Різниця (10%) не є значущою, що говорить про незначній зміні даного параметра в контрольній групі.

Встановлено істотність змін (до і після колекційної роботи) по параметру «дії з дрібними предметами» в ОГ: відсоток дітей з низьким рівнем знизився на 33,4%, а з високим рівнем підвищився на 41,7%. В

результаті формуючого експерименту за всіма пробам («кулька», «родзинки», «кубики») відсоток дітей з низьким рівнем виконання значимо знижений, а відсоток дітей з високим рівнем значимо підвищився. У КГ відсоток дітей, як з низьким рівнем, так і з високим рівнем не змінився.

Таблиця 3.1

Аналіз динаміки зміни особливостей дрібної моторики в основній і контрольній групах

Завдання		Рівень	Основна група			Контрольна група		
			% долі в ОГ		Приріст, %	% долі в КГ		Приріст, %
			до	після		до	після	
Кінестетична організація рухів пальців рук		низький	60,0	10,0	-50	55,0	40,0	-15
		високий	15,0	35,0	+20	10,0	20,0	+10
Дії з дрібними предметами	«кулька»	низький	65,0	20,0	-45	70,0	35,0	-35
		високий	0,0	40,0	+40	5,0	15,0	+10
	«родзинки»	низький	35,0	2,0	-30	30,0	15,0	-15
		високий	25,0	65,0	+40	25,0	45,0	+20
	«кубики»	низький	25,0	0,0	-25	30,0	5,0	-25
		високий	15,0	60,0	+45	20,0	40,0	+20

Можна вважати, що в умовах самостійної діяльності діти з порушеннями зору певною мірою здатні спонтанно формувати базові навички маніпуляцій із дрібними предметами. Проте без цілеспрямованого адаптивно-корекційного впливу їхні дії, як правило, залишаються обмеженими, недиференційованими, недостатньо координованими й малоефективними. Завдяки ж системній роботі в основній групі (ОГ) було досягнуто суттєвого прогресу: у дітей сформувалися адекватні способи захоплення дрібних предметів, відпрацьовано навички їх переміщення, а також закріплено вміння здійснювати контроль та корекцію рухів руки під

час виконання дій. Рухи стали більш координованими, ритмічними, функціонально доцільними.

Навчально-корекційна робота сприяла також позитивним зрушенням у сфері сенсорного аналізу. Зокрема, у процесі виконання завдань на розпізнавання характеристик поверхонь і співвіднесення їх з відповідними еталонами в основній групі не було зафіксовано жодного випадку низького рівня сформованості навичок. Загальний приріст за цим показником склав 65%. Частка дітей, які досягли високого рівня, зросла на 50% та 30% відповідно, що свідчить про ефективність запропонованої програми розвитку дотику та дрібної моторики (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Аналіз динаміки зміни особливостей виділення ознак і властивостей предметів при використанні зору в основній і контрольній групах

Завдання	Рівень	Основна група			Контрольна група		
		% долі в ОГ		Приріст, %	% долі в КГ		Приріст, %
		до	після		до	після	
Розпізнавання якості різних поверхонь	низький	65,0	0,0	-65	70,0	30,0	-40
	високий	0,0	50,0	+520	5,0	10,0	+5
Співвідношення якості поверхні з еталоном	низький	65,0	0,0	-65	60,0	25,0	-35
	високий	20,0	50,0	+340	15,0	25,0	+10

Якісні зміни у здатності до виділення ознак та властивостей предметів за участю зору проявилися у зростанні активності дітей у використанні дотику для уточнення візуального образу. У процесі обстеження об'єктів спостерігалось формування у дітей дій прикладання та зіставлення, що істотно підвищувало точність і повноту сприйняття. Отримані результати

дають підстави стверджувати, що в ході реалізації корекційної програми в основній групі (ОГ) діти оволоділи навичками використання руки як компенсаторного інструмента зорової недостатності.

У контрольній групі (КГ) також зафіксовано позитивну динаміку — зменшення частки дітей із низьким рівнем сформованості досліджуваного показника на 40% та 35% відповідно. Статистичний аналіз підтвердив достовірність змін, що сталися в обох групах у результаті проведення програми.

Динаміку змін особливостей дотику в умовах візуально-дотикового та тактильно-зорового сприйняття у дітей ОГ і КГ детально проілюстровано в таблиці 3.3.

За підсумками виконання завдань корекційної програми діти обох груп продемонстрували високий рівень сформованості навичок ідентифікації форми об'ємних геометричних тіл. Зокрема, в жодній з груп не виявлено дітей з низьким рівнем розвитку цього вміння; приріст показника становив 70% у основній групі (ОГ) та 65% у контрольній групі (КГ). Частка дітей з високим рівнем досягла 80% в ОГ та 75% у КГ. Отримані результати, ймовірно, пов'язані з тим, що діти дошкільного віку широко застосовують об'ємні фігури у практичній діяльності, де форма є одним із ключових чинників оперування предметами.

Разом з тим, в обох групах залишаються складнощі в ідентифікації величини об'ємних тіл. Частка дітей із низьким рівнем сформованості цього вміння статистично не відрізняється між групами (різниця складає 5% в ОГ і 10% в КГ). Динаміка приросту частки дітей з високим рівнем є помірною: 20% в ОГ та 10% в КГ. Така тенденція зумовлена тим, що величина не є абсолютною характеристикою і сприймається лише у зіставленні з іншими об'єктами. Якщо при аналізі площинних форм діти успішно використовують прийом накладання, то у випадку з об'ємними об'єктами цей прийом практично непридатний. Опанування сенсорних прийомів порівняння об'ємних тіл із залученням умовних мірок і суглобово-м'язової чутливості у

дітей дошкільного віку є ускладненим та потребує додаткового часу і практики.

Таблиця 3.3

Аналіз динаміки змін особливостей дотику в умовах візуально-дотикового і тактильно-зорового сприйняття в основній і контрольній групах

Завдання	Рівень	Основна група			Контрольна група		
		% долі в ОГ		Приріст, %	% долі в КГ		Приріст, %
		до	після		до	після	
Ідентифіка-ція форми плоских фігур	низький	60,0	10,0	-50	60,0	30,0	-30
	високий	15,0	35,0	+20	10,0	15,0	+5
Ідентифіка-ція форми об'ємних тіл	низький	70,0	0,0	-70	65,0	0,0	-65
	високий	10,0	80,0	+70	10,0	75,0	+65
Ідентифіка-ція розмірів плоских фігур	низький	50,0	20,0	-30	45,0	30,0	-15
	високий	5,0	30,0	+25	10,0	20,0	+10
Ідентифіка-ція розмірів об'ємних тіл	низький	30,0	25,0	-5	35,0	25,0	-10
	високий	15,0	35,0	+20	5,0	15,0	+10
Ідентифіка-ція предметів	низький	65,0	5,0	-60	65,0	25,0	-40
	високий	10,0	45,0	+35 4	20,0	25,0	+5

Якісний аналіз отриманих результатів дає підстави стверджувати, що діти основної групи опанували базові прийоми тактильного й візуального обстеження об'єктів, навчилися співвідносити сенсорну інформацію, отриману за допомогою різних аналізаторів. Під час обстеження діти використовують обидві руки, їхні рухи стали координованими, цілеспрямованими, що свідчить про зростання ефективності дотикового сприйняття. Це дозволяє дітям з порушеннями зору точно виділяти сенсорні

характеристики, які є основою для формування повноцінного зорового образу об'єкта.

Отримані позитивні зміни підтверджують ефективність адаптивно-корекційної програми, зокрема щодо розвитку вмінь дошкільнят із порушенням зору застосовувати тактильні та суглобово-м'язові відчуття у процесі продуктивної, ігрової та побутової діяльності (див. таблицю 3.4).

Аналіз результатів контрольного дослідження засвідчив наявність вираженої позитивної динаміки у формуванні виконавчих навичок у дітей основної групи (ОГ) за всіма показниками. Під впливом впровадження адаптивно-корекційної програми спостерігається покращення результатів у виконанні завдань, пов'язаних із конструюванням та створенням композицій із геометричних фігур. Зокрема, при складанні зображення будиночка з геометричних фігур та побудові башточки з кубиків діти з низьким рівнем підготовленості не були виявлені (приріст склав 25%). При виконанні завдання зі спорудження воріт деякі труднощі зберігаються: 10% дітей демонструють низький рівень, проте зафіксовано статистично достовірне покращення. Частка дітей із високим рівнем виконання становить відповідно 55%, 65% та 40%, що підтверджує ефективність реалізованої програми.

У контрольній групі (КГ) показники за відповідними видами діяльності залишилися майже незмінними: частка дітей із низьким рівнем виконання при первинному та повторному обстеженні відрізняється несуттєво (на 15%, 10% та 20%), а приріст у категорії високого рівня є статистично недостовірним (близько 10%), що свідчить про обмежену ефективність звичайної педагогічної практики без цілеспрямованої корекційної підтримки.

Результати, наведені у таблиці 3.4, засвідчують, що під впливом адаптивно-корекційної програми в ОГ значно покращились вміння застосовувати тактильно-рухові відчуття при виконанні графічних завдань. Так, при копіюванні вертикальних і горизонтальних ліній, зображення кола та обведенні предметного контуру кількість дітей із низьким рівнем виконання знизилась на 25%–65%, а із високим – зросла на 15%–35%. У КГ

значущі зміни зафіксовано лише для завдань на копіювання прямих ліній і обведення зображень: у цих видах діяльності зменшилась частка дітей із низьким рівнем, однак кількість дітей із високим рівнем залишилася майже незмінною (приріст 5%–15%).

Таблиця 3.4

Аналіз динаміки змін особливостей використання дотику у процесі ігрової, побутової та продуктивної діяльності в основній і контрольній групах

Завдання		Рівень	Основна група			Контрольна група			
			% долі в ОГ		Приріст, %	% долі в КГ		Приріст, %	
			до	після		до	після		
Складання картинки з геометричних фігур		низький	25,0	0,0	-25	20,0	5,0	-15	
		високий	20,0	55,0	+30	20,0	30,0	+10	
Створення конструкцій з будівельного матеріалу	«ворота»	низький	25,0	0,0	-25	25,0	15,0	-10	
		високий	20,0	65,0	+45	15,0	25,0	+10	
	«башта»	низький	45,0	10,0	-35	40,0	20,0	-20	
		високий	15,0	40,0	+25	15,0	25,0	+10	
	Копіювання елементарних фігур	«верти- кальні лінії»	низький	65,0	0,0	-65	60,0	30,0	-30
			високий	10,0	35,0	+20	10,0	15,0	+5
«горизон- тальні лінії»		низький	75,0	25,0	-50	70,0	45,0	-25	
		високий	0,0	15,0	+15	0,0	5,0	+5	
«коло»		низький	40,0	15,0	-25	30,0	40,0	-10	
		високий	5,0	40,0	+35	10,0	15,0	+5	
Обведення по контуру		низький	40,0	15,0	-25	65,0	30,0	-35	
		високий	5,0	40,0	+35	5,0	10,0	+5	
Збирання пірамідки		низький	30,0	5,0	-25	35,0	20,0	-15	
		високий	0,0	50,0	+50	5,0	15,0	+10	
Нанизування бус		низький	40,0	5,0	-35	35,0	20,0	-15	
		високий	10,0	40,0	+30	10,0	20,0	+10	
Застібання, розстібання гудзиків на одязі ляльки		низький	50,0	0,0	-50	45,0	15,0	-30	
		високий	15,0	45,0	+30	15,0	30,0	+15	

Якісний аналіз виконання завдань дозволяє зробити висновок, що діти ОГ демонструють більшу впевненість і координованість у рухах. Їхні дії відзначаються плавністю, ритмічністю та точністю, діти легко змінюють напрям руки під час малювання. Водночас, у дітей обох груп зорово-моторна координація залишається недостатньо сформованою, що виявляється у виходженні за межі лінійних орієнтирів, невпевненому відтворенні протяжності ліній. Це, ймовірно, пов'язано з віковими особливостями учасників дослідження, а також із наявністю монокулярного зору, який обмежує можливості просторової орієнтації.

У результатах аналізу виконання завдань, пов'язаних із маніпулюванням дрібними предметами (збирання пірамідки, нанизування намистинок), в основній групі (ОГ) спостерігається достовірне зменшення кількості дітей із низьким рівнем сформованості навичок (на 25% і 35% відповідно) та суттєве зростання частки учасників із високим рівнем (до 50% та 40%). У контрольній групі (КГ) також простежується позитивна динаміка, однак зміни мають незначний характер, оскільки приріст у категорії високого рівня становив лише 10%–15%.

Близько половини дітей ОГ продемонстрували сформованість раціональних маніпулятивних дій з урахуванням властивостей предметів, що проявлялось у використанні обох рук при виконанні завдань: ліва рука виконувала стабілізуючу функцію, дозволяючи здійснювати точні коригувальні рухи при переміщенні предметів у просторі.

Статистично підтверджено суттєві позитивні зміни у виконанні побутових дій, зокрема застібання та розстібання гудзиків: у ОГ кількість дітей із низьким рівнем зменшилася на 50%, водночас частка дітей із високим рівнем збільшилась на 30%. У КГ, хоча й спостерігається зниження відсотка дітей із низьким рівнем на 30%, показник високого рівня залишився незмінним (середній приріст становив лише 15%), що свідчить про обмежену ефективність корекційної роботи без цілеспрямованого втручання.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз особливостей розвитку дотику у дітей із зоровими порушеннями засвідчив низький рівень розвитку тактильної чутливості, недосконалість моторики пальців і кистей, порушення зорово-сенсорної інтеграції, відсутність сформованих навичок маніпулятивної діяльності та неуміння цілеспрямовано використовувати дотик у практичній діяльності. Підвищення компенсаторної ролі дотику в умовах зорової недостатності можливе лише за умови впровадження системної адаптивно-корекційної роботи, що передбачає розвиток готовності руки до дотикового обстеження, формування вмінь аналізу предметів та застосування дотику у побутовій і ігровій діяльності.

2. Спрямування корекційного впливу на підготовку руки до дотику, використання сенсорних еталонів, формування вмінь доцільного обстеження предметів і застосування дотику в практичній діяльності сприяє розвитку тактильної чутливості та дрібної моторики у дітей з порушенням зору. Це, у свою чергу, формує компенсаторні механізми орієнтації у навколишньому середовищі. Основними формами організації адаптивно-корекційної роботи є: самостійні заняття з розвитку дотику й моторики; включення відповідного змісту в заняття зі зорового сприймання, просторової і соціально-побутової орієнтації; корекційна складова загальноосвітніх занять; діяльність дітей під керівництвом дорослого в самостійному режимі.

3. Порушення зору визначають специфіку розвитку дитини, спричиняючи виникнення низки вторинних ускладнень: зниження обсягу сенсорної інформації про навколишнє середовище, труднощі у формуванні практичних дій із предметами, порушення моторики рук, координації "око—рука" та ускладнення технічного виконання рухових дій. Попри функціональні обмеження, зорове сприйняття продовжує відігравати

провідну роль у процесі пізнання світу та орієнтування в ньому, потребуючи підтримки з боку дотику як компенсаторного механізму.

4. Впровадження програми розвитку дотику і дрібної моторики у дітей дошкільного віку з косоокістю і амбліопією сприяло суттєвому покращенню компенсаторних умінь та рухових навичок у представників основної групи порівняно з контрольною. Зафіксовано достовірне покращення моторної координації, формування правильного захоплення предметів, розвиток точності перенесення предметів і корекції рухів рук. Відзначено підвищення здатності до тактильного аналізу властивостей предметів, зокрема форми, величини та структури, що свідчить про ефективність використаної адаптивно-корекційної методики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арешина, Ю., Копитіна, Я., Перепеченко, Л., & Скрипка, І. (2017). Педагогічний компонент впливу комплексної програми фізичної терапії людей з особливими потребами, які мають порушення зору. Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт, (28), 104–110.
2. Баннікова, Р. О., & Бутов, Р. С. (2012). Сучасні підходи до проблеми комплексної реабілітації слабозорих дітей шкільного віку. Теорія і методика фізичного виховання і спорту, (3), 47–51.
3. Білобров, Ю. М. (2023). Санаторна реабілітація дітей із порушеннями зору: ефективність і перспективи. Український журнал фізичної медицини та реабілітації, 29(1), 45–51.
4. Боднар, І. Р. (2020). Інтегрований реабілітаційний підхід у роботі з дітьми, що мають офтальмологічні порушення. Вісник фізичної реабілітації, 26(2), 33–38.
5. Бочелюк, В. Й., & Панов, М. С. (2019). Психологічні особливості реадaptaції дітей дошкільного віку з особливими потребами. У В. Й. Бочелюк (Ред.), Психологічні особливості професійної реадaptaції тифлопедагога в умовах сучасного соціуму (с. 98–141). Запоріжжя: Просвіта.
6. Бутов, Р. С. (2013). Характеристика функціонального стану слабозорих дітей шкільного віку в умовах спеціалізованого навчального закладу. Молода спортивна наука України, 3, 40–45.
7. Вихованець, С. (2013). Аналіз захворювань опорно-рухового апарату підлітків із порушенням зору. Молода спортивна наука України, 17(3), 61–66.
8. Герасименко, Т. М., & Шевчук, Л. І. (2020). Формування компенсаторних можливостей у дітей з амбліопією. Логопедія: теорія і практика, (1), 63–70.
9. Демчук, С., & Романова, В. (2015). Характерні особливості просторової орієнтації дітей 6–10 років із депривацією зору. Вісник ЧНПУ, Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт, 129(1), 79–82.

10. Діти з порушенням зору в умовах інклюзивної освіти : навч. метод. посіб. / Н.М. Алєєва, Ю.В. Барінов [та ін.] / за наук. ред. Є.П. Синьової, С.О. Рикова.– Київ : Кафедра, 2016.– 212с.
11. Дунда, І. І. (2019). Інклюзивні принципи у реабілітації дітей з інвалідністю. Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету. Серія: Педагогіка, 2(83), 64–68.
12. Захаров, О. С. (2022). Програми санаторно-курортної реабілітації осіб з порушеннями зору: принципи організації. Український вісник медико-соціальної експертизи, 3(1), 19–25.
13. Комар, Т. В. (2018). Соціально-психологічна адаптація дітей з обмеженими можливостями в сучасних умовах. Актуальні проблеми психології, IX(11), 118–127.
14. Копитіна, Я., Кукса, Н., Мирна, А., & Мирний, Д. (2023). Практичне застосування допоміжних засобів реабілітації з метою попередження побутового травматизму незрячих та осіб із залишковим зором. Україна. Здоров'я нації, (3), 86–92.
15. Костюк, О. В. (2020). Санаторна терапія у комплексній реабілітації пацієнтів із зоровими дисфункціями. Медичні перспективи, 25(3), 89–95.
16. Мацко, В. М. (2021). Сучасні підходи до фізичної реабілітації дітей зі зниженим зором. Фізична активність, здоров'я і спорт, 10(1), 15–22.
17. Микитюк, О. М. (2018). Засоби фізичної терапії для дітей з патологією зорової системи. Український журнал педіатричної реабілітації, 6(2), 27–31.
18. Молоткова Н. А. (2021). Диференційований підхід у формуванні рухових дій у дітей з порушеннями зору. Наукові записки НаУКМА. Педагогіка, 212(2), 115–120.
19. Моргун, Т. В. (2019). Корекція постави у дітей з порушенням зорового сприйняття. Журнал фізичної культури і спорту, 7(1), 78–84.

20. Москаленко, Н. В., Ковтун, А. О., Алфьоров, О. А., Кравченко, О. І., та ін. (2013). Загальні основи адаптивного фізичного виховання: навчальний посібник. Дніпропетровськ: ДДІФК.
21. Романенко, С. М. (2022). Особливості адаптації дітей з амбліопією в освітньому просторі. Актуальні проблеми корекційної освіти, (17), 28–34.
22. Савлюк, С. (2016). Особливість розвитку координаційних здібностей дітей молодшого шкільного віку з депривацією зору в процесі фізичного виховання. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(11), 108–125.
23. Черних, Л. А. (2017). Готовність до школи старших дошкільників із порушенням зору як передумова їх соціальної адаптації. *Науковий вісник ХДУ. Серія: Психологічні науки*, 5(1), 203–207.
24. Eltony, M., McConnell, E., & Szlyk, J. (2021). Psychological adjustment in visually impaired youth: A structured review. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 115(1), 56–72. <https://doi.org/10.1177/0145482X20982167>
25. Ferrell, K. A., & Bruce, S. M. (2017). Physical education and motor development for children with visual impairments. In *Foundations of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth* (2nd ed., pp. 213–229). AFB Press.
26. Ferrell, K. A. (2016). Growth and development of young children with visual impairments. *Infants & Young Children*, 29(1), 60–72. <https://doi.org/10.1097/IYC.0000000000000054>
27. Kocur, I., & Resnikoff, S. (2017). Visual impairment and blindness in Europe and Central Asia: What we know and what we have to learn. *British Journal of Ophthalmology*, 101(8), 1043–1045.
28. Kolarik, A. J., Pardhan, S., Cirstea, S., & Moore, B. C. J. (2017). A summary of research investigating echolocation abilities of blind and sighted humans. *Hearing Research*, 354, 58–64.
29. Liu, Y., Yu, Y., & Wang, Y. (2020). Effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in persons with visual impairment: A meta-analysis. *Disability and Health Journal*, 13(2), 100883.

30. Pogribna, V. O., & Lytvynenko, I. V. (2023). Development of tactile perception and fine motor skills in preschoolers with visual impairments. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 31(1), 56–64.
31. Shpak, A. A., Zabolotnyi, D. I., & Redka, V. M. (2018). Effectiveness of complex sanatorium treatment in children with myopia. *Ophthalmology Journal*, 13(2), 21–26.
32. Steinman, B. A., LeJeune, B. J., & Kline, D. (2020). Physical activity interventions in youth with visual impairments: A systematic review. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 37(2), 172–189.
33. WHO Regional Office for Europe. (2021). Rehabilitation in health systems: Guide for action. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350397>
34. WHO. (2022). World report on vision. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>

ДОДАТОК

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича
(повне найменування вищого навчального закладу)

Факультет фізичної культури, спорту та реабілітації
(назва інституту / факультету)

Кафедра терапії, реабілітації та здоров'язберезувальних технологій
(назва кафедри)

МЕТОДИЧНА КАРТА ЛЕКЦІЙНОГО ЗАНЯТТЯ

теми №7 «**Фізична терапія та соціальна адаптація дітей з патологією зору**»
освітнього компоненту «**Клінічний реабілітаційний менеджмент у педіатрії**»

Тема: «Фізична терапія та соціальна адаптація дітей з патологією зору»

Мета заняття: ознайомити студентів з алгоритмом проведення та складниками фізичної терапії при неврологічних дисфункціях.

Спеціальні (фахові, предметні) компетентності

СК 01. Здатність пояснити пацієнтам, клієнтам, родинам, членам міждисциплінарної команди, іншим медичним працівникам потребу у заходах фізичної терапії, ерготерапії, принципи їх використання і зв'язок з охороною здоров'я.

СК 04. Здатність враховувати медичні, психолого-педагогічні, соціальні аспекти у практиці фізичної терапії, ерготерапії.

СК 08. Здатність ефективно реалізовувати програму фізичної терапії та/або ерготерапії.

СК 09. Здатність забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/або ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта.

СК 11. Здатність адаптовувати свою поточну практичну діяльність до змінних умов.

СК 14. Здатність знаходити шляхи постійного покращення якості послуг фізичної терапії та ерготерапії

Студент повинен досягнути таких результатів навчання:

ПР 01. Демонструвати готовність до зміцнення та збереження особистого та громадського здоров'я шляхом використання рухової активності людини та проведення роз'яснювальної роботи серед пацієнтів/клієнтів, членів їх родин, медичних фахівців, а також покращенню довкілля громади.

ПР 04. Застосовувати у професійній діяльності знання біологічних, медичних, педагогічних та психосоціальних аспектів фізичної терапії та ерготерапії.

ПР 08. Діяти згідно з нормативно-правовими вимогами та нормами професійної етики.

ПР 12. Застосовувати сучасні науково-доказові дані у професійній діяльності.

ПР 13. Обирати оптимальні форми, методи та прийоми, які б забезпечили шанобливе ставлення до пацієнта/клієнта, його безпеку/захист, комфорт та приватність.

ПР 16. Проводити інструктаж та навчання клієнтів, членів їх родин, колег і невеликих груп.

ПР 17. Оцінювати результати виконання програм фізичної терапії та ерготерапії, використовуючи відповідний інструментарій, та, за потреби, модифікувати поточну діяльність.

ПР 18. Оцінювати себе критично, засвоювати нову фахову інформацію, поглиблювати знання за допомогою самоосвіти, оцінювати й представляти власний досвід, аналізувати й застосовувати досвід колег.

Обладнання та матеріали:

- Мультимедійне обладнання

План заняття:

I. Вступ

Ознайомлення студентів з темою та метою заняття, основними завданнями, що стоять перед ними.

II. Основна частина

Викладення основних питань лекційного заняття:

1. Етіологія та клінічні прояви порушень зору.
2. Характеристика окремих нозологічних форм зорової патології.
3. Загальні аспекти комплексної реабілітації осіб з порушенням зору.
4. Розвиток рухових функцій та тактильних відчуттів у дітей з порушенням зору.
5. Зміст адаптивно-корекційних занять, спрямованих на розвиток тактильного сприйняття та дрібної моторики у дітей з порушеннями зору

III. Підсумок заняття.

Критерії оцінювання:

За активну участь у обговоренні питань, які винесені на лекційне заняття, студент може отримати сумарно 1 бал.