МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ЗДОРОВ’Я ТА ТУРИЗМУ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ЕРГОТЕРАПІЇ

**Кваліфікаційна робота**

**магістра**

на тему: «МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЗАКЛАДУ»

Виконав: студент ІІ курсу, групи 8.2272

спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

спеціалізації 227.1 «Фізична терапія»

освітньо-професійної програми «Фізична терапія»

Коваль Карина Сергіївна

Керівник доцент, к.пед.н. Бессарабова О.В.

Рецензент доцент, мед.н. Кальонова І.В

Запоріжжя- 2023

ЗМІСТ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Реферат……………………………………………………………………… | | | 5 |
| Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень та термінів... | | | 6 |
| Вступ……………………………………………………………………….... | | | 7 |
| 1 | Огляд літератури………………………………………………………... | | 10 |
|  | 1.1 | Стан здоров’я дітей на сучасному етапі в України ……......…… | 10 |
|  | 1.2 | Загальне поняття спеціалізованого реабілітаційного центру, його структура та функції ………………..………………………….. | 14 |
|  | 1.3 | Характеристика засобів реабілітації для дітей з різними нозологічними формами ……………….………………………….. | 21 |
| 2 | Завдання, методи та організація дослідження……………………….. | | 32 |
|  | 2.1 | Завдання досліджень …………………………………………...….. | 32 |
|  | 2.2 | Методи досліджень ………………………………………………... | 32 |
|  | 2.3 | Програма комплексної реабілітації ……………………………... | 38 |
|  | 2.4 | Організація досліджень…………………………………………... | 40 |
| 3 | Результати дослідження …………………………………………......….. | | 43 |
| Висновки………………………...…………………………………………… | | | 53 |
| Перелік посилань…………………………………………………………… | | | 54 |

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота – 61 сторінок, 6 таблиць, 4 рисунки, 60 літературних джерел.

Об’єкт дослідження: процес реабілітації дітей з особливими потребами в умовах спеціалізованого закладу.

Мета дослідження – оцінка ефективності застосування комплексної програми реабілітації для дітей з особливими потребами в умовах спеціалізованого закладу.

Методи дослідження – аналіз і узагальнення науково-методичних джерел з теми дослідження, педагогічне спостереження; реабілітаційні методи дослідження – тестування рівня психологічного розвитку дітей та фізичного розвитку дітей; методи математичної статистики.

В роботі проаналізовано медичні картки дітей з особливими потребами (з ЗПР – 44 %, з ДЦП/парапарезом – 40 %, з аутизмом – 16 % дітей які брали участь в дослідженні), вивчено традиційний підхід до реабілітації таких дітей в умовах спеціаізованого закладу, проведено оцінку поточного стану дітей в процесі проведення реабілітаційної роботи, доведено ефективність застосування засобів реабілітації при комплексному підході серед дітей з особливими потребами.

В роботі показано, що реабілітаційна робота в умовах спеціаізованого закладу, що включає визначення загальних та корекційних завдань і засоби реабілітації сприятиме покращенню стану здоров’я та корекції недоліків як у психологічного так і фізичного розвитку дітей не залежно від виду відхилення.

ДІТИ, ОСОБЛИВІ ПОТРЕБИ, РЕАБІЛІТАЦІЯ, СПЕЦІАІЗОВАНИЙ ЗАКЛАД, КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, МАСАЖ, ФУНКЦІОНАЛЬНА ГІМНАСТИКА

ABSTRACT

Thesis – 61 pages, 6 tables, 4 figures, 60 literary sources.

Object of study: the process of rehabilitation of children with special needs in a specialized institution.

The purpose of the study is to evaluate the effectiveness of the implementation of a comprehensive rehabilitation program for children with special needs in a specialized institution.

Research methods – analysis and generalization of scientific and methodological sources on the topic of research, pedagogical observation; medical and biological research methods – testing the level of psychological development of children and physical development of children; methods of mathematical statistics.

Medical cards of children with special needs were analyzed (44% with CRA, 40% with cerebral palsy / paraparesis, 16% with autism), traditional approach to rehabilitation of such children in a specialized institution was conducted, assessment of the current state of children in the process of rehabilitation work, proved the effectiveness of the use of rehabilitation means in a comprehensive approach among children with special needs.

The paper shows that rehabilitation work in a specialized institution, including the definition of general and corrective tasks and means of rehabilitation, will improve the health and correction of defects in both psychological and physical development of children, regardless of the type of deviation.

CHILDREN, SPECIAL NEEDS, REHABILITATION, SPECIALIZED INSTITUTION, COMPLEX APPROACH, PHYSICAL THERAPY, MASSAGE, FUNCTIONAL GYMNASTICS

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ,

ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ООП – особливі обмежені потреби;

ООН – організація об’єднаних націй;

ЗПР – затримка фізичного розвитку;

ПД – початок дослідження;

КД – кінець дослідження;

ФР – фізичний розвиток;

ФР– фізична реабілітація;

КР – комплексна реабілітація;

ЛФК – лікувальна фізична культура;

В – вік;

М – метри;

ЖЄЛ – жеттєва ємність легень;

ЧД – частота дихання.

# ВСТУП

У системі цінностей, якими дорожить будь-яка цивілізована нація, особливе місце відводиться здоров’ю людей. Протягом багатовікової історії людства на різних етапах розвитку суспільства вивченню проблем здоров’я завжди приділялася велика увага. Представники різних наук та фахів робили спроби проникнути в таємниці феномену здоров’я, визначити його сутність для того, щоб навчитися вміло керувати ним, економно «використовувати» здоров’я протягом усього життя та знаходити засоби для його збереження [5].

Здоров’я нації визначається насамперед станом здоров’я її дітей. Дані численних досліджень показують, що джерело виникнення відмінностей у здоров’ї дорослих треба шукати в їхньому дитинстві. Здоров’я дітей є інтегральним показником загального благополуччя суспільства, а також тонким індикатором усіх соціальних та екологічних негараздів. Останнім часом ситуація зі здоров’ям дітей наблизилась до критичної: підвищується рівень загальної захворюваності та поширеність захворювань окремих органів і систем. Цьому сприяє зростання інтенсивності впливу на здоров’я дітей і підлітків факторів екологічного та медико-соціального ризику, погіршення структури харчування, зниження ефективності проведення традиційних профілактичних заходів. Важливою особливістю сучасності є стрімке зростання кількості та зміна співвідношення факторів ризику, які впливають на гомеостатичні, імунологічні показники, розвиток і стан здоров’я дитини [10].

У сучасних умовах стан здоров’я дітей має неабияке значення, оскільки саме від стану здоров’я підростаючого покоління залежить розвиток суспільства у майбутньому. Результати різноманітних досліджень свідчать про наявну тенденцію погіршення показників здоров’я дітей та підлітків в Україні. Спостерігається кількісне зростання функціональних розладів, гострої та хронічної соматичної захворюваності, синдрому дезадаптації, вроджених вад розвитку, морфофункціональних відхилень, зростає число дітей-інвалідів, викликає чималу стурбованість і той факт, що збільшується кількість дітей із розладами психіки та поведінки, відповідно зменшується група здорових дітей.

Це можна пов’язувати не тільки з погіршенням екологічної ситуації, зниженням рівня соціального забезпечення та медичної культури населення, а і з недостатніми можливостями поширених методик оцінки стану здоров’я дітей для виявлення патологічних відхилень у дитини на донозологічному етапі. Наявність виражених несприятливих тенденцій у стані здоров’я підростаючого покоління зумовлює потребу у прийнятті якісно нових рішень під час організації та проведення медикопрофілактичних заходів [19].

Збереження і відновлення здоров’я дітей України стає надзвичайно важливою справою, оскільки це – наше майбутнє і одне з головних джерел повноцінного життя, щастя, радості, успіху. Воно є не лише особистим надбанням людини, але й суспільним багатством, одним із найважливіших показників добробуту народу. Динаміка зростання показників дитячої інвалідності за останні роки є однією з найвагоміших соціальних проблем нашої держави. Якщо у 2020 році на 10 тисяч дитячого населення України показник інвалідності становив 149,8, то вже на початок 2023 року цей показник склав 207,6 та тенденція до зростання зберігається. Ефективним рішенням даної проблеми є застосування системи ранньої реабілітації. Сучасні принципи проведення реабілітаційних заходів виходять з принципу комплексності та єдності біологічних та соціально-психологічних методів впливу [25].

Об’єкт дослідження: процес реабілітації дітей з особливими потребами в умовах спеціалізованого закладу.

Мета дослідження – оцінка ефективності застосування комплексної програми реабілітації для дітей з особливими потребами в умовах спеціалізованого закладу.

1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

## 

## 1.1 Стан здоров’я дітей на сучасному етапі в Україні

У системі цінностей, якими дорожить будь-яка цивілізована нація, особливе місце відводиться здоров’ю людей. Протягом багатовікової історії людства на різних етапах розвитку суспільства вивченню проблем здоров’я завжди приділялася велика увага. Представники різних наук та фахів робили спроби проникнути в таємниці феномену здоров’я, визначити його сутність для того, щоб навчитися вміло керувати ним, економічно «використовувати» здоров’я протягом усього життя та знаходити засоби для його збереження [1].

Здоров’я нації визначається насамперед станом здоров’я її дітей. Дані численних досліджень показують, що джерело виникнення відмінностей у здоров’ї дорослих треба шукати в їхньому дитинстві [2]. Здоров’я дітей є інтегральним показником загального благополуччя суспільства, а також тонким індикатором усіх соціальних та екологічних негараздів [3].

Останнім часом ситуація зі здоров’ям дітей наблизилась до критичної: підвищується рівень загальної захворюваності та поширеність захворювань окремих органів і систем. Цьому сприяє зростання інтенсивності впливу на здоров’я дітей і підлітків факторів екологічного та медико-соціального ризику, погіршення структури харчування, зниження ефективності проведення традиційних профілактичних заходів. Важливою особливістю сучасності є стрімке зростання кількості та зміна співвідношення факторів ризику, які впливають на гомеостатичні, імунологічні показники, розвиток і стан здоров’я дитини.

У сучасних умовах стан здоров’я дітей має неабияке значення, оскільки саме від стану здоров’я підростаючого покоління залежить розвиток суспільства у майбутньому. Результати різноманітних досліджень свідчать про наявну тенденцію погіршення показників здоров’я дітей та підлітків в Україні [4, 5, 6]. Статистичні дані свідчать про зростання за останні 10 років захворювань серед дітей України на 20 %, поширеність хронічних захворювань в 2,87 рази, на 22,9 % збільшився контингент дітей-інвалідів. Найбільш поширеними є хвороби ендокринної системи (збільшенням в 3,5 рази), хвороби крові та кровотворних органів (в 2,8 рази), хвороби системи кровообігу (в 1,8 рази), хвороби сечостатевої системи (в 1,0 рази), вроджені вади розвитку зросли на 77,6 %, хвороби нервової системи – на 43,4 %. Залишається високою загальна захворюваність дітей. Спостерігається кількісне зростання функціональних розладів, гострої та хронічної соматичної захворюваності, синдрому дезадаптації, вроджених вад розвитку, морфофункціональних відхилень, зростає число дітей інвалідів, викликає чималу стурбованість і той факт, що збільшується кількість дітей із розладами психіки та поведінки, відповідно зменшується група здорових дітей [7–10].

## Це можна пов’язувати не тільки з погіршенням екологічної ситуації, зниженням рівня соціального забезпечення та медичної культури населення, а і з недостатніми можливостями поширених методик оцінки стану здоров’я дітей для виявлення патологічних відхилень у дитини на донозологічному етапі.

Збереження і відновлення здоров’я дітей України стає надзвичайно важливою справою, оскільки це – наше майбутнє і одне з головних джерел повноцінного життя, щастя, радості, успіху. Воно є не лише особистим надбанням людини, але й суспільним багатством, одним із найважливіших показників добробуту народу [12].

У літературі існує багато визначень поняття «здоров’я». Вперше офіційне визначення здоров’я подав Річард Сігеріст (США) на початку 1940 р.: «Здоров’я – це не просто відсутність хвороб: це щось позитивне, радість життя, бадьоре сприйняття особистістю всієї відповідальності, покладеної на людину життям». Він зазначав, що ми повинні сприймати здоров’я не тільки як фізичний чи душевний стан людини, але і як соціальне явище. Це надихнуло експертів Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ) на визначення поняття «здоров’я» у контексті концепції Р. Сігеріста, що й було в 1946 р. прийнято як частину преамбули Статуту ВООЗ: «Здоров’я - е стан цілковитого фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб» [13].

Отже, здоров’я – це природний стан організму, який характеризується врівноваженістю його з навколишнім середовищем і відсутністю яких-небудь хворобливих станів [14], де врівноваженість організму із зовнішнім середовищем – це ступінь його пристосованості, адаптованості до умов біологічного та соціального середовища, дієздатності.

Такий підхід до характеристики здоров’я особливо важливий стосовно дітей, оскільки врівноваженість із зовнішнім середовищем забезпечує своєчасність росту та розвитку дитячого організму. Це дає можливість відвідувати дошкільні та шкільні заклади і оволодівати знаннями та навичками, відповідними до їх віку, без виникнення ознак дезадаптації. Процеси зростання і розвитку дитини підпорядковані певним біологічним законам, але одночасно і детерміновані факторами зовнішнього середовища [18–20].

На сьогодні неможливо зрозуміти та визначити якість здоров’я дитини окремо від її соціального стану, конкретного середовища та місця проживання. Орієнтовну функціонально-структурну модель факторів, які впливають на здоров’я людини [21]. Вплив цих факторів протягом життя дитини змінюється. Тобто здійснюється складна і постійна взаємодія, коли в одних випадках переважає спадкова основа, в інших – вплив оточуючого середовища. Так, у перші місяці життя дитини переважають біологічні фактори, а в наступні вікові періоди – соціально-гігієнічні та медико-організаційні. Вплив біологічних та соціально-гігієнічних факторів на процес формування здоров’я дитини в основному залишається на рівні сім’ї [22]. Тому здоров’я дитини слід розглядати як відповідний біологічному віку стан життєдіяльності, гармонійної єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, що зумовлені генетичними факторами і впливом зовнішнього середовища, формуванням адаптаційно-пристосувальних реакцій у процесі росту [16, 17]

На сучасному етапі розвитку нашого суспільства однією з актуальних проблем є пошук дійових факторів оздоровчого впливу на школярів. Тривожні тенденції збільшення контингенту у спеціальних медичних групах свідчать не тільки про проблематичність їх подальшого всебічного розвитку, а й про можливі перспективи зростання кількості молоді зі зниженою працездатністю і ранньою інвалідністю [33].

Таким чином, аналізуючи дані літератури, можна зробити висновок, що в останні десятиріччя стан здоров’я та фізичного розвитку дитячого населення України погіршується. Проблеми сьогодення ставлять перед нами нові завдання. Комплексний підхід до оцінки стану здоров’я дітей, впровадження нових оздоровчих технологій дадуть змогу попередити зростання функціональних порушень та органічної патології у школярів [33].

1.2 Загальне поняття реабілітаційного центру, його структура та функції

Динаміка зростання показників дитячої інвалідності за останні роки є однією з найвагоміших соціальних проблем нашої держави. Якщо у 1999 році на 10 тис дитячого населення України показник інвалідності становив 149,8, то вже на 2014 рік показник склав 207,6 та тенденція до зростання зберігається [1].

Ефективним рішенням даної проблеми є застосування системи ранньої реабілітації. Сучасні принципи проведення реабілітаційних заходів виходять з принципу комплексності та єдності біологічних та соціально-психологічних методів впливу, що зумовлює виникнення у стаціонарі «психотерапевтичної» атмосфери з наближенням її до умов життя у родині, школі, збереження контакту з батьками, влаштування позакласних культурно-масових заходів та інше. Соціальна проблема для дітей з вадами розвитку та їх родин перш за все замкнена на відсутності можливості спілкування із однолітками. Також вагомою складовою є неможливість (неспроможність) обслуговувати себе у побуті або навчатися таким навичкам.

Збоку дитини-інваліда – інтеграція, навчання, можливість працевлаштування – є основними складовими для формування буття та подальшого дорослого життя.

Архітектурний продукт покликаний вирішити більшу частину проблем – навчально-реабілітаційні центри. Навчально-реабілітаційні центри для дітей та підлітків з фізичними вадами повинні виконувати важливу функцію у соціальній, лікувальній та педагогічній сфері суспільства. За складом приміщень вони є досить складними та розвинутими. Усю різноманітну, багатофункціональну організацію реабілітаційних центрів доцільно об’єднати в три функціональні блоки:

1. Блок реабілітації, що складається з приміщень медично-соціальної реабілітації і психолого-педагогічної допомоги;

2. Блок розміщення, що складається з приміщень приймального та консультативного відділення, відділення денного перебування і стаціонару, що включає відділення цілодобового перебування і відділення «мати і дитина»;

3. Блок управління, що складається з приміщень служб управління та служб організації реабілітаційної діяльності.

Реабілітаційний центр для дітей і підлітків з обмеженими можливос-тями доцільно розміщувати в одній будівлі або у комплексі об’єктів, що пов’язані між собою та зосереджені на одній ділянці. Така принципова схема демонструє основні функціональні завдання центру реабілітації. Звичайно, найвагомішою частиною є блок реабілітаційних заходів, який поєднує у собі відділення медично-соціальної реабілітації та відділення психолого педагогічної допомоги [51]. Ці відділення, у свою чергу, мають свої організаційно-функціональні моделі та розвинутий склад приміщень. Блок розміщення складається з приймального та консультаційного відділення, відділення денного перебування (денного стаціонару), та стаціонару (відділення цілодобового перебування та відділення «мати та дитина»). Місткість реабілітаційного центру визначається кількістю місць у денному і цілодобовому стаціонарах. У денних стаціонарах кількість ліжок може бути орієнтовно прийняте рівним 20 % кількості місць (пропускній спроможності) денного стаціонару.

Слід зазначити, що реабілітаційний заклад з таким повним набором функцій, які відображені у відповідних функціональних блоках, доцільно проектувати найбільшим за місткістю – рекомендований показник місткості – до 200 осіб. Характерною ознакою такого центру є наявність санаторного відділення, тобто відділення, яке призначене для цілодобового перебування дітей та підлітків-інвалідів самих, або із батьками, протягом певного часу отримання реабілітаційних процедур у повному обсязі. Такий період може тривати від 3 до 6 місяців: у залежності від конкретного діагнозу та необхідного курсу реабілітації конкретної дитини, що має вади розвитку. Як відомо, робота із дітьми, що мають вади опорно-рухового апарату, є дуже важкою та пов’язана із наявністю певної кількості персоналу. Зрозуміло, що при збільшенні кількості дітей, котрі відвідують реабцентр, зростає і кількість фахівців та персоналу. Також багато залежить від спеціального завдання на проектування [27]. Так, додатковими функціями, що можуть виникнути є: групи приміщень іпотерапії (лікування дітей за допомогою спілкування із конями) повинні виникнути на території центру окремим блоком; більш розвинутий склад приміщень басейну та спорту за рахунок виникнення додаткових спеціалізованих (спортивних) функцій; більш розвинутий блок приміщень для трудової профорієнтації тощо. Зважаючи на все вищезгадане, розташовувати такий реабілітаційний комплекс рекомендовано на окремих ділянках, як правило, в межах населених пунктів, у районах, що озеленені, далекі від промислових і комунальних підприємств, залізничних колій, автодоріг з інтенсивним рухом та інших джерел забруднення і шуму.

Але в умовах, що склалися, необхідно пропонувати потенціальним користувачам більш адаптовані до їх потреб реабілітаційні ланки. Центр створюється з розрахунку одна установа на 1 тис. дітей з обмеженими можливостями, що проживають у місті або районі. За наявності в місті або районі менше 1 тис. дітей з обмеженими можливостями створюється один центр. Також необхідно дещо розгалузити номенклатуру закладів реабілітаційних центрів у залежності від розміщення в планувальній структурі міста або району та їх місткості. Склад приміщень відповідно до показників місткості змінюється та уточнюється, як правило, згідно передпроектного аналізу ситуації та спеціального завдання. Менші за місткістю реабілітаційні осередки доцільно проектувати таким чином, щоб формувати мережу подібних закладів. Наступною ланкою рекомендовано визначити реабілітаційний центр місткістю до 80 дітей. Це має бути самостійно функціонуючий заклад, у якому також відбуваються основні процеси реабілітації, та згідно із принципом інтеграції, його пропонується розташовувати у структурі міста або району. Структурно-функціональна модель такого комплексу зазнає певних змін, а саме: відділення медично-соціальної реабілітації дещо скорочується у складі – особливе значення надається приміщенням для ЛФК та масажу, а групи приміщень басейну скорочуються або відсутні; пропадає санаторне відділення; склад груп приміщень для занять досить гнучкий та повинен бути викладений у спеціальному завданні на проектування тощо. Наступні ланки реабілітаційних осередків ще більше відповідають принципу інтеграції та доступності, це – інтегровані блоки та групи реабілітаційних приміщень, що можуть функціонувати у звичайних дитячих закладах та бути вбудованими або прибудованими до них [60].

Безумовно, не можна залишити без уваги соціально-психологічну складову процесу реабілітації. Так, заклади, про які йдеться, є спеціалізованими та адаптованими для користування ними дітьми, що мають вади розвитку. Але це ні в якому разі не повинно значити – ізольованими. Навпаки, іх призначення треба трактувати у соціальному сенсі як центри спілкування дітей з вадами розвитку та дітей, здоров’я яких вважається в межах норми. Приміщення актового залу, кінозалу та відеотеки, читального залу з бібліотекою, комп’ютерного класу та інтернет-кафе, буфету, приміщення для занять малюванням, живописом, ліпленням, плетінням та м’якою іграшкою, тобто усі приміщення для занять та дозвілля, які спонукають до формування соціальних та комунікативних навичок треба зробити доступними для спільного використання як для дітей з функціональними обмеженнями, так і для здорових дітей. Такі заклади будуть служити моделлю для втілення ідеї доступності та формування і втілення у практику принципів «універсального дизайну». Метою створення центрів медично-соціальної реабілітації є якомога більш повна адаптація дітей з іншими можливостями як до оточуючого середовища, так і до соціуму.

Зміст фізичної реабілітації.

Фізичні реабілітологи надають послуги приватним особам та населенню загалом, метою яких є максимально можливий розвиток, підтримання та відновлення втрачених або послаблених рухових функцій та працездатності організму впродовж усього життя.

Це включає також надання послуг у випадках, коли повноцінне функціонування рухового апарату та дієздатність можуть бути послаблені чи втрачені внаслідок старіння перенесеної травми захворювання або негативного впливу навколишнього середовища. Повноцінне функціонування рухового апарату є ключовим у понятті «здорова людина».

Фізична реабілітація займається визначенням та покращенням якості життя та функціонування в потенційно можливих межах, застосовуючи методи заохочення, профілактики, лікування/втручання і реабілітації. Цей процес включає в себе досягнення фізичного, психологічного, емоційного і соціального благополуччя.

Фізична терапія передбачає взаємодію між фізичними терапевтами, пацієнтами/клієнтами, іншими фахівцями галузі охорони здоров’я, членами родини, доглядачами і громадою в процесі визначення потенційних можливостей відновлення чи дотримання рухових функцій та окреслення мети, використовуючи унікальні знання і навички фізичних терапевтів.

Фізичні реабілітологи мають відповідну кваліфікацію для виконання таких професійних обов’язків:

* проведення комплексного обстеження/оцінки/визначення потреб окремого пацієнта/клієнта або потреб групи клієнтів
* встановлення діагнозу, визначення прогнозів і плану заходів
* надання консультації в рамках своєї компетенції та визначення того, коли пацієнтам/клієнтам слід звернутися до інших медичних фахівців
* впровадження програми втручання/лікування, складеної фізичним терапевтом
* визначення очікуваних результатів будь-якого втручання/лікування
* надання рекомендацій для самостійного функціонування

Ґрунтовні знання фізичних реабілітологів про тіло, потреби і можливості його рухового апарату мають ключове значення для здійснення діагностики і втручання.

Практичні заходи будуть відрізнятися в залежності від того, з якою метою застосовуватимуться методи фізичної терапії: для пропаганди здорового способу життя, профілактики, лікування/втручання чи реабілітації.

Фізична реабілітація – це комплекс послуг, які надаються виключно фахівцями з фізичної терапії та ерготерапії, або під його керівництвом і контролем. Вона включає в себе обстеження/вивчення, оцінку, діагностування, прогнозування, планування догляду/втручання та повторне обстеження.

Оцінка включає:

* обстеження окремих пацієнтів/клієнтів або груп клієнтів з фактичними або потенційними порушеннями, руховими розладами, функціональними вадами шляхом збору анамнезу, діагностування з використанням спеціальних аналізів і замірів
* оцінку результатів обстеження окремих пацієнтів/груп та/або навколишнього середовища на основі аналізу та синтезу в процесі клінічного обґрунтування з метою визначення посередників/виконавців і перешкод на шляху до досягнення оптимального функціонування організму людини.

Діагностика і прогнозування є результатом обстеження і оцінки. Вони представляють результати клінічного обґрунтування з урахуванням додаткової інформації від інших фахівців, в разі необхідності; можуть бути виражені в якості певної дисфункції рухового апарату або охоплювати комплекс вад, обмеження функцій організму, втрату працездатності, розлади в результаті негативних впливів навколишнього середовища, неповносправність.

Прогнозування (включає план догляду/втручання) починається з визначення потреб у догляді/втручанні та, як правило, веде до розробки плану догляду/втручання, в тому числі визначення конкретної реальної мети у співпраці з пацієнтом/клієнтом, членами родини чи опікуном. В іншому разі, може виникнути потреба скерувати пацієнта/клієнта до іншої установи чи медичного фахівця, у випадках, які не належать до компетенції фізичного терапевта.

Втручання/лікування здійснюється і моделюється для досягнення попередньо узгоджених цілей і може включати в себе мануальну терапію; фізичні вправи; фізичні, електротерапевтичні та механічні засоби; рухові вправи; забезпечення допоміжними засобами; навчання та консультування пацієнтів; ведення документації, координацію і спілкування. Втручання/лікування може бути спрямоване на запобігання порушенням, обмеженням активності, втраті працездатності, інвалідності і травматизму, в тому числі на зміцнення і підтримання здоров’я, якості життя, працездатності і гарного самопочуття у будь-яких вікових чи соціальних групах. Повторне обстеження вимагає визначення результатів.

1.3 Характеристика засобів фізичної реабілітації для дітей з різними нозологічними формами

До засобів реабілітації відносять процедури фізичної терапії, ерготерапії, лікувальної гімнастики, ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну ходьбу, тренувально-оздоровчі заходи, самостійні заняття фізичними вправами по завданню, механотерапію, райттерапію, гімнастику у воді та т.п.

Процедура (заняття) функціональної гімнастики є основною формою проведення реабілітації. У підготовчій частині процедури здійснюється підготовка хворого до основної частини, до зростаючого фізичного навантаження. З позицій фізіології м’язової діяльності, у підготовчій частині відбувається залучення, тобто мобілізація вегетативних функцій, що відстають у початковому періоді роботи від рухового апарату, створюється їхній синергізм, що забезпечує найкращу дію засобів реабілітації. В основній частині заняття зважуються головні лікувальні і лікувально-виховні задачі, що полягають у впливі як на уражені органи і системи, так і на весь організм хворого. Для їх реалізації використовують загальнорозвиваючі і спеціальні для даного захворювання вправи. Крім того, можуть застосовуватися вправи з предметами і на снарядах, рухливі ігри з різним психофізіологічним навантаженням, прикладні вправи. У заключній частині поступово знижується фізичне навантаження. Вправи, використовувані в заключній частині, повинні сприяти прискоренню процесів відновлення, нормалізації функції серцево-судинної і дихальної систем [ 40].

Розрізняють чотири методи проведення процедур лікувальної гімнастики: індивідуальний, малогруповий, груповий і консультативний.

Індивідуальний метод застосовують до більш тяжких хворих з обмеженими руховими можливостями, яким необхідна стороння допомога при рухах.

При малогруповомуметоді заняття проводяться у палаті з групою хворих (6 – 8 осіб) зі схожим функціональним станом.

Груповийметод є найбільш поширеним; при ньому, як правило, прагнуть підбирати в одну групу хворих з однорідними захворюваннями і, що особливо важливо, зі схожим функціональним станом. Заняття проводять у кабінеті ФР, чисельність хворих сягає 13-15 осіб.

Консультативний самостійний метод застосовують тоді, коли хворого виписують з лікарні або йому важко регулярно відвідувати лікувальну установу. Тоді хворий займається лікувальною гімнастикою вдома, періодично відвідуючи лікаря з метою повторного огляду та одержання вказівок щодо подальших занять.

Ранкова гігієнічна гімнастикавиводить організм хворого після нічного сну зі стану загальмованості фізіологічних процесів, підвищує загальний тонус хворого, додає йому бадьорого настрою і допомагає організмові перейти у діяльний стан. Ранкова гігієнічна гімнастика є також важливим лікувально-профілактичним засобом за умови регулярного її застосування як невід’ємної частини режиму дня. Тривалість гігієнічної гімнастики повинна бути не більше 10-30 хв, в комплекс включають 9-16 вправ (для окремих м’язових груп, дихальні вправи, вправи для тулуба, на розслаблення, для м’язів черевного пресу); протипоказані статичні вправи, що викликають напругу і затримку дихання. Всі гімнастичні вправи повинні виконуватися у вільному темпі, з поступово зростаючою амплітудою, із залученням в роботу спочатку дрібних м’язів, а потім крупніших. Кожна вправа повинна нести певне функціональне навантаження. Рекомендується починати гігієнічну гімнастику повільною ходьбою, яка з початку заняття викликає рівномірне посилення дихання і кровообігу, «настроює» на майбутнє заняття, а в кінці занятті сприяє рівномірному зниженню навантаження, відновленню дихання.

Різновиди лікувальної ходьби.Заняття лікувальною ходьбою проводять за загальною схемою занять. В окремих випадках ходьбу сполучають із гімнастичними вправами (рухами рук, рідше тулуба і ніг, дихальними вправами). Основна частина, залежно від лікувальних задач і клінічних даних, може складатися з різних варіантів ходьби з розвантаженням (на «ходилках», з милицями, з палками); вправ, направлених на відновлення нормального механізму ходи або на формування найбільш повноцінних компенсацій порушеної ходьби; дозованої ходьби з метою відновлення адаптації до ходьби або з метою лікувального впливу переважно на серцево-судинну систему, на обмін речовин і т.п. Дозування навантаження здійснюється за рахунок зміни ступеня опорного розвантаження, числа кроків за хвилину, довжини кроків, пройденої відстані [25].

Варіантом лікувальної ходьби з дозуванням є прогулянки. Їх використовують для закріплення лікувального ефекту, досягнутого на заняттях лікувальною гімнастикою або лікувальною ходьбою, та з метою найшвидшого відновлення загальної адаптації хворих до виробничо-побутових умов.

Механотерапія.У практиці відновного лікування використовують різні види апаратів (маятникові, блокові, імпровізовані і такі, яким надають руху за допомогою мотора), застосовуючи їх переважно при стійких рухових порушеннях на пізніх етапах лікування травм і захворювань опорно-рухового апарату і нервової системи.

Основними показаннями для призначення механотерапії є стійкі контрактури, обмеження рухливості суглобів у пізній термін після травм, після перенесеного артриту, а також після тривалої іммобілізації.

Вправи на механотерапевтичних апаратах добре доповнюють лікувальну гімнастику і забезпечують підвищення лікувального ефекту за рахунок кращої локалізації дії вправ, більш точного дозування навантаження, збільшення розтягуючого впливу чи інтенсивності напруження м’язів і т.д. В окремих випадках апарати дозволяють виконувати пасивні рухи або рухи з допомогою.

Класифікація механотерапевтичних апаратів (В.А. Епіфанов, 1997):

– апарати, що допомагають враховувати і точно оцінювати ефективність відновлення руху (кутоміри, динамометри, гоніометри та ін.);

– апарати, що допомагають виділяти окремі фази довільних рухів, – підтримуючі, фіксуючі апарати (блокові пристосування для виділення рухів в окремих суглобах);

– що допомагають дозувати механічне навантаження при рухах (паралельні бруси для пересування, підвісна дорога для навчання ходьби і багато ін.);

– комбіновані апарати.

Класифікація механотерапевтичних апаратів (В.І. Довгань, І.Б. Темкин, 1981):

– що допомагають враховувати і точно оцінювати якість руху і рухового відновлення – «діагностичні» апарати і апарати з біологічним зворотним зв’язком;

– що допомагає виділяти окремі фази довільних рухів – що підтримують, фіксують;

– що допомагають дозувати механічне навантаження при виконанні рухів і вправ - тренувальні апарати і тренажери;

– комбіновані апарати, що дозволяють моделювати не тільки окремі рухи, але і цілісні локомоторні акти, у тому числі і з використанням стабілографічних платформ і зворотного зв’язку.

По конструкції механотерапевтичні апарати діляться на:

апарати блокового типу, призначені для дозованого зміцнення різних м’язових груп верхніх і нижніх кінцівок;

апарати маятникового типу, призначені для відновлення рухливості і збільшення об’єму в різних суглобах кінцівок;

при використанні апарату хворим проводить активні рухи в суглобі, які посилюються завдяки інерційним силам, що виникають при русі маятника.

Також механотерапевтичні апарати можна класифікувати за характером виконуваного руху.

Пасивної дії– коли рухи хворого здійснюються за допомогою спеціального приводу (мотора), який полегшує рухи.

Активної дії– коли хворий приводить в дію апарат за рахунок м’язового зусилля.

Навантаження на суглоб і м’язові групи дозується при зміні: ваги вантажу і положення його на штанзі, кута, під яким встановлений маятник, частоти вимушених коливань, тривалість процедури.

Також окрім різноманітності механотерапевтичних апаратів, для вправ користуються простими пристосуваннями, такими як медболи, гімнастичні палиці, шведські стінки і ін.

Тренажери для механотерапії, рекомендовані для проведення індивідуальних занять і групових занять в залах механотерапії з комплексним оснащенням у відділеннях реабілітації неврологічного, ревматологічного, ортопедо-травматологічного профілю стаціонарів, санаторно-курортних і реабілітаційних центрах, поліклініках і т.д [38].

Тренувально-оздоровчі заходи (прогулянки – пішохідні, на лижах, на човнах, на велосипедах; ближній туризм – пішохідний, на човнах, на велосипедах від одного до трьох днів; оздоровчий біг (біг підтюпцем), ігрові заняття у санаторіях та інших лікувально-профілактичних закладах для підвищення емоційного тонусу; плавання, веслування, катання на ковзанах, велосипеді тощо; вправи у воді – гімнастика у воді, плавання, ігри у воді, які проводяться у відкритих і закритих басейнах, кінезогідротерапевтичних ваннах, а також у прибережній смузі водоймищ у вигляді комплексу фізичних вправ, плавання, купання).

У санаторно – курортних умовах можуть використовуватися з лікувальною метою також пішохідні, лижні, водні та інші короткочасні туристські походи.

Гімнастику у воді, як правило, проводять у басейнах і ваннах з підігрітою водою (відповідно до 26-280 С і 36-380 С), обладнаних поручнями, драбинами та іншими пристроями для занять. Її можна проводити індивідуальним, малогруповим і груповим методами. Тривалість занять – від 20 до 30 хв.

Дозування фізичного навантаження в реабілітації.

Під дозуванням фізичного навантаження у ФР слід розуміти встановлення сумарної дози «величини» фізичного навантаження при застосуванні як однієї фізичної вправи, так і будь-якого комплексу (процедура лікувальної гімнастики, прогулянки тощо). Основними критеріями дозування навантаження при проведенні занять ФР є:

– тривалість процедури, курсу лікування;

– кількість вправ; кількість повторень;

– вибір вихідних положень (лежачи, сидячи, стоячи, у русі, полегшених, утруднених та ін.);

– вибір темпу рухів (повільний, нормальний, швидкий, прискорений, максимальний);

– вибір амплітуди (мала, середня, велика);

– вибір ритму (звичний, незвичний);

– вибір характеру вправ (прості, складні, полегшені, обтяжені, звичні, незвичні тощо);

– вибір характеру навантаження (принцип розсіяності або концентрації фізичного навантаження, його убування або наростання, рівномірність або переривчастість і т.д.);

– вибір ступеня напруження нервово-м’язової системи, якого досягають двома шляхами: вольовими зусиллями і шляхом обтяження (вагою власного тіла, використанням вправ із предметами, на снарядах, із партнерами, долаючи опір, на координацію та ін.);

– використання емоційності, яка полегшує виконання вправ;

– регуляція співвідношення між спеціальними, загальнорозвиваючими, дихальними вправами і паузами для відпочинку.

При проведенні процедури лікувальної гімнастики можна застосовувати різні вихідні положення:

Лежачи: на спині, на боці, на животі, на функціональному ліжку.

Сидячи: напівсидячи, сидячи на ліжку, сидячи на стільці з опорою на спинку стільця або без опори.

Стоячи: основна стійка, стоячи з опорою чи без неї, стоячи на чотирьох кінцівках, на колінах та ін.

Рухаючись: кроком (на носках, на п’ятах, на зовнішньому чи внутрішньому склепінні стопи, перехресно, приставним кроком, у напівприсяді, стрибками, зі зміною напрямку) і бігцем (біг підтюпцем, видрібцем, з високим підніманням стегна, із захоплюванням гомілки, з викиданням прямих ніг вперед або назад, перехресно, приставними кроками, зі зміною напрямку та ін) [33].

Планування та облік лікувального впливу фізичних вправ.

Ефективне використання фізичних вправ з лікувальною метою вимагає продуманого плану їх проведення, підпорядкованого динаміці захворювання.

Для гострих захворювань відповідно до основних закономірностей їх перебігу виділяють три періоди.

Перший період (функціональний)відповідає фазі мобілізації організмом фізіологічних заходів боротьби з хворобою і формування тимчасових компенсацій. Основні задачі у цьому періоді – стимуляція фізіологічних механізмів боротьби з хворобою, сприяння формуванню найбільш повноцінних тимчасових компенсацій, профілактика ускладнень.

Другий період (щадний) має місце у фазі зворотного розвитку змін, викликаних хворобою, і формування постійних компенсацій при незворотності цих змін. Основні задачі лікувального використання фізичних вправ у цей період – сприяння найшвидшій ліквідації патологічних порушень різних функцій, морфологічних змін у тканинах і формування постійних компенсацій.

Третій період (тренувальний) відповідає фазі одужання і реабілітації. Основні задачі у цьому періоді – сприяння ліквідації залишкових функціональних і морфологічних порушень, викликаних хворобою, і відновлення адаптації до звичних виробничо-побутових навантажень і умов; при необоротних порушеннях – закріплення сформованих постійних компенсацій.

Плануваннязастосування вправ на той чи інший період здійснюється наступним чином:

– підібрані для досягнення лікувальних цілей фізичні вправи розподіляють у порядку їх зростаючої складності, з дотриманням вимог переходу від простого до складного, від легкого до важкого та з урахуванням імовірного ходу розвитку хвороби; уточнюється їх приблизне дозування: число повторень, відстань при ходьбі, тривалість окремої вправи (за одне заняття) тощо;

– визначають різновиди занять (лікувальна гімнастика, гігієнічна гімнастика та ін.), порядок їх проведення (щодня, 2–3 рази на день, через день і т.п.), їх місце в режимі дня, сполучення з іншими лікувальними засобами і методами (до чи після них, і яких саме; з перервою, що триває ту чи іншу кількість хвилин і т.п.);

– пишуть приблизні плани занять по кожному з намічених різновидів, де визначають оптимальне чергування вправ, приблизну тривалість заняття і т.п.

Запланована послідовність виконання вправ і приблизних занять є схемою. Залежно від стану хворого і реакцій його на вправи варіюють навантаження, виключають або доповнюють окремі вправи. При погіршенні стану хворого від більш складних вправ переходять до більш простих.

У кожному новому періоді здійснюють планування, ґрунтуючись на динаміці розвитку хвороби і даних впливу лікувального застосування фізичних вправ у попередньому періоді. Варто підкреслити, що стійкість формування і закріплення набутих умовних рефлексів має вирішальне значення для успішного лікувального застосування фізичних вправ як з метою нормалізації функцій, так і з метою формування компенсацій. Необхідно також пам’ятати, що вегетативні компоненти рухової навички формуються і закріплюються значно повільніше, ніж нервово-м’язові, і тому вимагають більш тривалого систематичного застосування фізичних вправ [5].

Облік лікувального впливу фізичних вправ.Головне завдання обліку лікувального впливу фізичних вправ – виявлення змін у стані хворого та у розвитку патологічних процесів з метою правильного планування і своєчасного коригування добору і методики вправ. Методи обліку залежать від захворювання і використовуваних засобів лікувальної фізичної культури. Вони повинні давати можливість визначати вплив фізичних вправ у процесі їх виконання, після виконання та в результаті їх тривалого застосування. При використанні механізмів тонізуючого впливу (наприклад, на хворого, що перебуває на постільному режимі) враховують пожвавлення міміки, посилення звучності голосу, констатоване хворим полегшення дихання, зміни об’єктивних показників діяльності серцево-судинної і дихальної систем [41]. При використанні вправ, що мобілізують допоміжні механізми кровообігу у хворого на інфаркт міокарду, їх вплив може враховуватися за змінами забарвлення шкіри і слизових (як показників зменшення або наростання кисневого голодування), за числом вдихів і за зміною характеру дихання (поглиблення і більш рідке дихання – сприятлива ознака), за числом серцевих скорочень і характером пульсу (більш рідкий пульс, поліпшення його наповнення, зникнення аритмії – наслідок сприятливого впливу).

Облік найближчої післядії лікувального застосування фізичних вправ може здійснюватися шляхом спостереження за виразністю і стійкістю змін у загальному стані, ступенем і тривалістю змін у діяльності серцево-судинної системи, за появою задишки, пітливості тощо, зменшенням або збільшенням скарг, у тому числі на біль різної локалізації, сили і тривалості і т.д.

Облік віддаленої післядії занять здійснюється шляхом опитування, спостережень і обстеження [42].

Для обліку впливу фізичних вправ можуть бути використані і функціонально-діагностичні методи (одержані при цьому дані оцінюються на підставі зіставлення результатів на початку і наприкінці періоду спостереження). У хворого з інфарктом міокарда таким методом буде, наприклад, дослідження електрокардіограми до занять, під час занять і безпосередньо після занять лікувальною гімнастикою. У хворого, який переніс струс мозку, це ортостатична проба [22]. Нормалізація проби поряд із зникненням запаморочення і нудоти, зменшенням виразності головних болів дає достатньо даних для виявлення позитивного впливу занять і внесення відповідних доповнень у їх методику.

Дозування та добір засобів і форм ФР залежить від режиму рухової активності хворого.

Режими рухової активності.

Руховий режим є складовим елементом лікувального режиму, а ФР – частиною рухового режиму.

У режимі рухової активності використовуються всі засоби, форми, методи і методичні принципи ФР, призначувані у відповідному дозуванні залежно від клінічного перебігу хвороби, стану функціональних можливостей і адаптаційних здібностей організму хворого. Вони є основою раціональних режимів.

Для призначення ФР хворим різного профілю пропонуються уніфіковані режими рухової активності. Призначення нового режиму рухової активності здійснюється з появою адаптації хворого до фізичного навантаження попереднього режиму.

В умовах профільованих санаторіїв та поліклініках для лікування хворих використовують три види режимів, що передбачаютьпослідовне і поступове удосконалеання фізичних можливостей хворих для виконання побутових і виробничих навантажень, – щадний, щадно-тренувальний і тренувальний [51].

Проаналізувавши літературні джерела, можна зробити висновк, що для того щоб дітям молодшого шкільного віку покращити рівень фізичного здоров’я необхідно забезпечити реабілітаційним процесом якомога більшу кількість дітей-інвалідів та їх батьків, необхідно розробити систему формування мережі подібних закладів максимально наближеною до потреб відвідувачів та розрахувати її таким чином, щоб вона могла бути доступною як для великого потоку дітей (у місті, обласному центрі, районі), так і для одної чи двох осіб, які мешкають у районному центрі або селі. Безумовно, така система передбачає виникнення диференціації у системі закладів реабілітації: від малого наповнення до будівель великої місткості.

# 2 ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

## 2.1 Завдання дослідження

Мета дослідження – оцінка ефективності застосування комплексної програми реабілітації для дітей з особливими потребами в умовах спеціалізованого закладу.

Виходячи з мети нами вирішувались наступні завдання:

1. Проаналізувати спеціальну літературу з галузі фізичної реабілітації, корекційної педагогіки та психології з проблеми дослідження.

2.  Виявити відхилення в стані здоров’я та психофізичному розвитку дітей з особливими потребами спеціалізованого закладу.

3. Визначити засоби реабілітації, спрямовані на покращення соматичного стану та відновлення і корекцію вторинних недоліків у психофізичному розвитку дітей з особливими потребами.

4. Провести реабілітаційні заходи та дослідити ефективність їх застосування в процесі комплексної реабілітації дітей дітей з особливими потребами в умовах спеціалізованого закладу.

## 2.2 Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань в роботі використовувалися наступні методи:

1. Аналіз науково-методичної літератури з досліджуваної проблеми та документальних даних;
2. Реабілітаційні методи дослідження:

- тестування рівня психологічного розвитку дітей;

- фізичного розвитку дітей.

1. Методи математичної статистики.

2.2.1 Реабілітаційний метод тестування рівня психофізичного розвитку дітей

На початку дослідження нами проаналізовані індивідуальні медичні картки, протоколи ПМПК, психолого-педагогічні характеристики дітей із особливими потребами. Збиралися анамнестичні дані шляхом бесід з викладачами, дефектологами, психологами. За допомогою цього обиралися засоби фізичної терапії, розроблялася комплексна програма фізичної реабілітації з урахуванням індивідуальних психофізичних особливостей дітей даної категорії.

Для визначення рівня психофізичного розвитку школярів із особливими потребами використовували тести, що характеризують стан уваги, мислення, рухової пам’яті, мовлення, дрібної моторики кистей та пальців рук, статичної координації рухів.

Всі тестові завдання проводилися в ігровій формі з використанням наочного матеріалу.

Увага у дітей є однією з ведучих психічних функцій. На думку спеціалістів-психологів, властивості уваги найбільш важливі в процесі здійснення дітьми пізнавальної діяльності. Зміна провідних властивостей уваги є одним із основних проявів зниження працездатності та зросту втоми у дітей.

Психолого-педагогічні дослідження засвідчують, що активізація уваги в тому чи іншому навчально-виховному процесі суттєво змінює його якість і перетворюється на цілеспрямовану діяльність особистості. На думку фахівців, така увага дуже важлива для здійснення дітьми пізнавальної діяльності. Вочевидь, не сформованість у дитини на необхідному етапі онтогенезу уваги може стати причиною негативного впливу на опанування різним навчальним матеріалом, особливо при ЗПР.

Методика дослідження уваги була спрямована на вивчення довільної уваги, її переключення та об’єм.

Тест «Знайди відмінності». Досліджуваному пропонувались два малюнки, однакові за сюжетом, але які мали 10 відмінностей. Досліджуваному необхідно було знайти їх. Ознайомлюючи дітей з малюнками, ми ставили за позначку виявити сформованість або не сформованість процесу порівняння. Час не обмежувався, але фіксувався. Визначався відсоток дітей у яких була порушена увага.

Також застосовували тестове завдання на діагностику рівня розвитку мислення. Для цього нами підібране відповідне завдання:

Тест «Нісенітниця». Досліджуваному був запропонований рисунок. Після його уважного розгляду дитиною експериментатор запитував: «Що зображено на малюнку?», «Як ти гадаєш, буває так чи ні?».

Якщо в дитини виникали утруднення їй надавалася допомога:

Стимулююча. Допомагали дитині почати відповідати, подолати можливу невпевненість. Підбадьорювали дитину, показували своє позитивне відношення до її висловів, ставили питання, спонукаючи до відповіді: «Чи сподобалася тобі картинка?», «Що сподобалося?», «Добре, молодець, правильно міркуєш».

Спрямовуюча. Якщо спонукаючих питань виявлялося недостатньо, щоб викликати активність дитини, ставили прямі питання: «Смішна картинка?», «Що в ній смішного?».

Навчальна. Разом з дитиною розглядали якийсь фрагмент картинки, і виявляли його безглуздість: «Подивися, що отут намальоване?», «А таке може бути в житті?», «Тобі не здається, що отут щось переплутане?», «А ще отут є що-небудь незвичайне?».

При оцінці результатів виконання дітьми даного тестового завдання враховувалось:

а) включення дитини в роботу, зосередженість, відношення до неї, самостійність;

б) розуміння і оцінка ситуації в цілому;

в) планомірність опису картинки;

г) характер словесних висловів.

Критерії оцінювання:

I рівень – дитина відразу включається в роботу. Правильно і узагальнено оцінює ситуацію в цілому: «Отут все переплутано», «Плутанина якась». Доводить зроблене узагальнення аналізом конкретних фрагментів. Фрагменти аналізує в певному порядку (зверху вниз або зліва праворуч). У роботі зосереджений, самостійний. Вислови ємкі і змістовні.

II рівень – діти ситуацію оцінюють правильно, але рівень організованості, самостійності у роботі недостатній. У ході виконання завдання потребують стимулюючої допомоги. При описі картинки фрагменти виділяють хаотично, випадково. Описують те, на що впав погляд. Дитині часто важко в пошуку потрібних слів.

III рівень – оцінити правильно і узагальнено ситуацію дитина сама не в змозі. Її погляд довго блукає по картинці. Щоб дитина почала відповідати, потрібна направляюча участь педагога. Засвоєний з її допомогою спосіб аналізу застосовується при описі, оцінці інших фрагментів, але робота йде дуже мляво. Активність дитини доводиться весь час стимулювати.

IV рівень – дати правильну оцінку ситуації дитина не може. Стимуляцію, що направляє допомога «не бере». Зразок аналізу, даний педагогом, не засвоює, не може перенести його в нову ситуацію, застосувати при аналізі інших фрагментів.

Рухова чи моторна пам’ять – це пам’ять на рухи. За її допомогою запам’ятовуються як поодинокі, так і комплексні рухи.

Дослідження рухової пам’яті передбачало визначити рівень правильності, чіткості, послідовності виконання рухів згідно з інструкцією.

ТЕСТ 1. Повторити за педагогом вправи для рук: руки вперед, угору, в обидва боки, а далі виконати їх самостійно.

ТЕСТ 2. Повторити за педагогом названі вище рухи за виключенням одного «забороненого».

Критерії оцінювання:

І рівень – правильне, чітке, послідовне виконання рухів за інструкцією з першого разу;

ІІ рівень – спостерігаються незначні помилки під час виконання тестових завдань, але при повторному виконанні дитина правильно і послідовно виконує рухи;

ІІІ рівень – дитина краще запам’ятовує початок і кінець даного тестового завдання. Під час відтворення рухів спостерігається вповільнення чи прискорення їх темпу. Збій у руховій програмі розпочинається вже з третього чи навіть з другого руху, при цьому відзначаються труднощі переходу від одного рухового елементу до іншого, а також недостатньо повне відтворення матеріалу;

ІV рівень – спостерігається зниження продуктивності запам’ятовування рухового матеріалу, недостатня його усвідомленість; дитина неспроможна перейти від одного рухового елементу до іншого, спостерігаються заміни рухів, зайві та спотворені рухи.

Психолого-педагогічні дослідження вказують на те, що у дітей із особливими потребами спостерігається затримка окремих сторін мовленнєвого розвитку. Нами досліджувався рівень сформованості словникового запасу в дітей із особливими потребами, під час чого зверталася увага і на правильне вимовляння окремих звуків. Так досліджуваному за 1 хвилину пропонувалося скласти якомога більше слів на звук З (чи інший звук).

Критерії оцінювання:

І рівень – дитина склала 6–7 слів на запропонований педагогом звук, правильне вимовляння нею всіх звуків у словах;

ІІ рівень – дитина склала 4–5 слів на запропонований педагогом звук, правильне вимовляння нею всіх звуків у словах;

ІІІ рівень – дитина склала 2–3 слова на запропонований педагогом звук, порушення звукової сторони мовлення;

ІV рівень – дитина склала 1–2 слова на запропонований педагогом звук, значні порушення звукової сторони мовлення.

Дослідження рівня розвитку дрібної моторики дітей передбачало з’ясування якості і ступеня диференціації рухів пальців та кистей рук.

ТЕСТ 1. Скласти пальці в кільце, розкрити долоні.

ТЕСТ 2. «Пальчики вітаються» – поперемінно з’єднувати всі пальці руки з великим пальцем спочатку правою рукою, потім лівою, далі обома руками одночасно.

ТЕСТ 3. «Дощик» – кисть руки лежить на столі, пальці зігнуті. Поперемінно постукувати пальцями по столі.

ТЕСТ 4. «Віяло» – почергово загинати в кулака по одному пальцю.

Критерії оцінювання:

І рівень – достатньо висока координація рухів пальців та кистей рук, одночасність, точність, швидкість і правильність виконання рухів; достатньо високий рівень регуляції рухів під час прискорення темпу і при виконанні більш складних завдань.

ІІ рівень – дитина виконує тестові завдання у відповідному темпі і ритмі, але спостерігаються: нечіткість рухів і збільшення кількості помилок наприкінці випробування; деякі труднощі у виконанні завдань, пов'язаних із кінестетичною організацією рухів, перетворенням окремих рухових актів на плавні;

ІІІ рівень – спостерігається напруженість чи розкутість рухів пальців під час виконання завдань, намагання ритмічно виконувати тестові завдання, але в повільному темпі;

ІV рівень – страждають усі досліджувані параметри моторики кистей і пальців рук. Фіксуються характерні вияви: уподібнення, заміна рухів іншими, недосконала координація, напруженість чи розкутість рухів пальців, порушення темпоритмічної сторони виконання завдань.

Нами досліджувалася статична координація рухів. Статична координація рухів характеризує рівень розвитку функцій статичної рівноваги, тобто збереження рівноваги в різних положеннях стоячи на місці.

ТЕСТ 1. Поставити стопи ніг на одній лінії так, щоб носок однієї ноги торкався п’ятки іншої, руки витягнути вперед. Стояти із закритими очима протягом 5 секунд (двічі для кожної ноги).

ТЕСТ 2. «Журавель». В. п. – стійка на одній нозі, друга нога зігнута в коліні та торкається стопою колінного суглобу першої ноги, стегно відведене на зовні, руки на поясі. Стояти із закритими очима протягом 5 секунд (двічі на кожній нозі).

Критерії оцінювання:

I рівень – тривалість, статичність запропонованої пози, її утримання;

II рівень – дитина протягом тривалого часу, але з напругою утримує позу іноді балансує тулубом, але зберігає рівновагу;

III рівень – наявність значних утруднень у збереженні рівноваги, поява тремору кінцівок, балансування тулубом, руками, хитання головою, зрушення з місця або ривки в бік, падіння;

IV рівень – неспроможність збереження статичної рівноваги.

Відповідно до критеріїв оцінювання за кожним з показників нараховувались бали: I рівень – 4 бали, II рівень – 3 бали, III рівень – 2 бали, IV рівень – 1 бал.

2.2.2 Програма реабілітації для дітей спеціалізованого закладу

Програма реабілітації для дітей була складена педагогічним колективом Комунального закладу «Запорізька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 2» Запорізької обласної ради та затверджена Районним відділом освіти.

Головним завданням Закладу є мультидисциплінарний підхід. В основі заняття з дітьми під час реабілітації лежало використання біологічної функції організму – руху. Кожна фізична вправа на заняттях має здійснювати корегувальний, розвивальний або тренувальний вплив на органи та системи організму учнів. За сукупність фізичне навантаження повинно мати тимчасовий, відстрочений та кумулятивний тренувальні ефекти. Тому при призначенні занять фізичної терапії потрібно визначити (крім медичних свідчень) корегувальний, розвивальний та тренувальний потенціал видів вправляння, які включаються до змісту заняття.

Структура заняття за запропонованою програмою складається із чотирьох взаємопов’язаних частин, зміст кожної з яких має корегувальний, розвивальний і тренувальний ефекти завдяки акцентованому підбору реабілітаційних принципів, методів навчання та формам організації роботи вихованців.

Виходячи із зазначеного вище переліку порушень та розладів у стані здоров’я, такі учні вимагають особливої медико-педагогічної уваги, тому заняття з фізичної терапії набувають особливого значення для формування та збереження здоров’я зазначеного контингенту дітей.

Аналіз реального стану проведення занять з фізичної терапії у системі організації реабілітаційного простору у центрі надав такої інформації:

1. з метою підтримки здоров’я учнів з особливими потребами, корекції та усунення недоліків у руховій сфері учнів, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, забезпечення формування навичок збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров’я учнів реабілітологом використовуються різні часткові методики, які розроблені відповідно до нозологічних ознак захворювання певного контингенту учнів;
2. програми, за якими працюють реабілітологи, відповідають сучасним вимогам щодо створення реабілітаційної роботи у центрі та забезпечують корегувальний, розвивальний, тренувальний ефекти;
3. методика навчання дітей з особливими потребами, які відвідують заняття, заснована на принципах активної свідомої участі дітей у навчально-реабілітаційному процесі.

Методичні вказівки:

* вправи, які були включені до комплексів, є заздалегідь знайомими дітям, не новими; хоча поєднання різних знайомих вправ у нову зв’язку передбачається;
* принцип усунення різких переходів у коливанні навантаження передбачає створення умов для утримання інтенсивності роботи дітей у межах комфортної зони;
* метод пояснювально-спонукальний передбачає забезпечення навчальної роботи дітей з опорою на певні схематичні пояснення, без довготривалого вербального супроводження, що надає можливість кожній дитині відобразити власну рухову схему в своїй дії;
* дозування: кожна вправа у змісті комплексу має виконуватися впродовж 10-20 с; повторення серійне – 2-4 серії; пауза між серіями – 10-20 с; пауза між вправами – не більш 5 с; тривалість цієї частини заняття – 22-25 % часу від тривалості самого заняття;
* ЧСС утримуємо в межах комфортної зони, 135-150 уд/хв.

Вихованню уваги сприяла музика, яка змінювалася за характером, динамікою, темпом, ритмом, контрастністю регістрів, формою музичного твору, що регулювало зміну рухів. Розвитку активної уваги також сприяли організаційні умови проведення зайняття: оформлення кабінету реабілітації де відбувається заняття, розташування обладнання, використання сигналів.

Дослідження полягало у впровадженні розробленої нами реабілітаційної програми з фізичної терапії для дітей із особливими потребами основної групи. Він був одним із основних методів у наших дослідженнях і ґрунтувався на характері і рівнях відновлення і поліпшення психофізичного стану дітей із особливими потребами.

2.2.3 Методи математичної статистики

В дослідженні використовувались наступні методи математичної статистики: метод середніх величин, вибірковий метод, критерій достовірності Стьюдента. Отримані в результаті дослідження матеріали були піддані математичній обробці на персональному комп’ютері з використанням програми Microsoft Excel.

## 2.3 Організація дослідження

Дослідження проводилось з лютого по листопад 2023 року на базі Комунального закладу «Запорізька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 2» Запорізької обласної ради.

Головною метою діяльності закладу є – підвищення функціонального стану організму дітей та корекція наявних порушень; реалізація права на освіту дітей з особливими освітніми потребами, зумовленими складними вадами розвитку, їх інтеграція в суспільство шляхом здійснення комплексних реабілітаційних заходів, спрямованих на відновлення здоров’я, здобуття освіти відповідного рівня [35].

Головними завданнями Закладу мультидисциплінарний підхід, а саме:

– надання комплексної педагогічної, психологічної, корекційно-розвиткової допомоги дітям, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, тривалого лікування й реабілітації;

– забезпечення права дітей із складними вадами розвитку на здобуття певного освітнього рівня спеціальної освіти відповідно до їх можливостей, здібностей з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку;

– забезпечення в процесі навчання та виховання системного кваліфікованого психолого-медико-педагогічного супроводу дітей з урахуванням стану їх здоров’я, особливостей психофізичного розвитку;

– надання реабілітаційних послуг згідно з індивідуальною програмою реабілітації дитини-інваліда;

* сприяння фізичному і психічному розвитку дітей.

В дослідженні брали участь 28 дітей віком 10-12 років з різними формами захворювання. Найбільше обстежуваних було чоловічої статі – 65 %, а жіночої – 35 % (рис. 2.1).

Щодо розподілу дітей за діагнозами, то найбільшу частку становили діти з ЗПР – 44 %, з ДЦП/парапарезом – 40 %, з аутизмом – 16 % дітей які брали участь в дослідженні (рис. 2.2).

Досліджувані були розподiленi методом випадкової вибірки на основнy (20 осіб) і контрольну групу (8 осіб).



Рис. 2.1 Розподіл досліджуваних дітей за статтю



Рис. 2.2 Розподіл дітей за діагнозами

Діти контрольної групи займалися тільки загальноприйнятим комплексом з фізичної реабілітації. Діти основної групи, займалися за індивідуальною програмою яка включала спеціально розроблену програму комплексної реабілітації.

Комплексна реабілітаційна програма мала такі загальні та реабілітаційні завдання.

Загальні завдання:

- збереження та укріплення соматичного й психоневрологічного здоров’я, загартування організму;

- активізація функцій дихальної системи;

- покращення функцій опорно-рухового апарату;

- попередження, корекція порушеної постави;

- профілактика та корекція плоскостопості;

- оволодіння основними руховими навиками та вміннями.

Реабілітаційні завдання:

- розвиток уваги, рухової пам’яті, мислення;

- розвиток дрібної та загальної моторики;

- розвиток статичної координації рухів.

Таким чином, упроваджена в корекційно-реабілітаційний процес комплексна експериментальна програма реабілітації сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із особливими потребами основної групи та корекції вторинних недоліків у їх психофізичному розвитку, що надасть можливість більш успішно адаптуватися до нових соціальних умов, шкільного навчання.

3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою вивчення стану проблеми проаналізовано медичні картки дітей. Аналізуючи протоколи визначили, що: специфічні розлади розвитку мовлення (F 80) спостерігаються в 57% дітей; змішані специфічні розлади розвитку (F 83) в 43%; загальні розлади розвитку (F 84) в 21%; легка ступінь розумової відсталості (F 70) в 14% дітей.

Аналізуючи результати дослідження психофізичного розвитку дітей із особливими потребами шкільного віку, виявили, що для них характерний недостатній рівень розвитку досліджуваних функцій (табл. 3.1, рис. 3.1).

Під час проведення дослідження виявлено що всі діти із особливими потребами мають низьку концентрацію уваги, підвищену відволікаємість, її нестійкість. Наявність сторонніх подразників викликало значне уповільнення виконання завдання і збільшувало кількість помилок. Часто, відчуваючи труднощі під час виконання завдання, діти переключалися на іншу справу, не пов’язану з необхідною діяльністю, або переймалися своїми думками. Також у дітей спостерігалось недостатність, обмеженість, фрагментарність знань про довкілля.

Таблиця 3.1

Розподіл дітей спеціалізованого закладу за рівнями показників психофізичного розвитку (%)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані функції | Кількість дітей, % | | | |
| І рівень | ІІ рівень | ІІІ рівень | ІV рівень |
| Мислення, бали | - | - | 21 | 79 |
| Рухова пам’ять, бали | - | - | 14 | 86 |
| Мовлення, бали | - | - | 36 | 64 |
| Дрібна моторика,  бали | - | - | 57 | 43 |
| Статична координація рухів, бали | - | - | 64 | 36 |

Враховуючи данні літературних джерел про недостатню сформованість процесів мислення у дітей із особливими потребами, ми досліджували загальні показники даної психічної функції у дітей із зазначеною патологією медичного спеціалізованого центру.

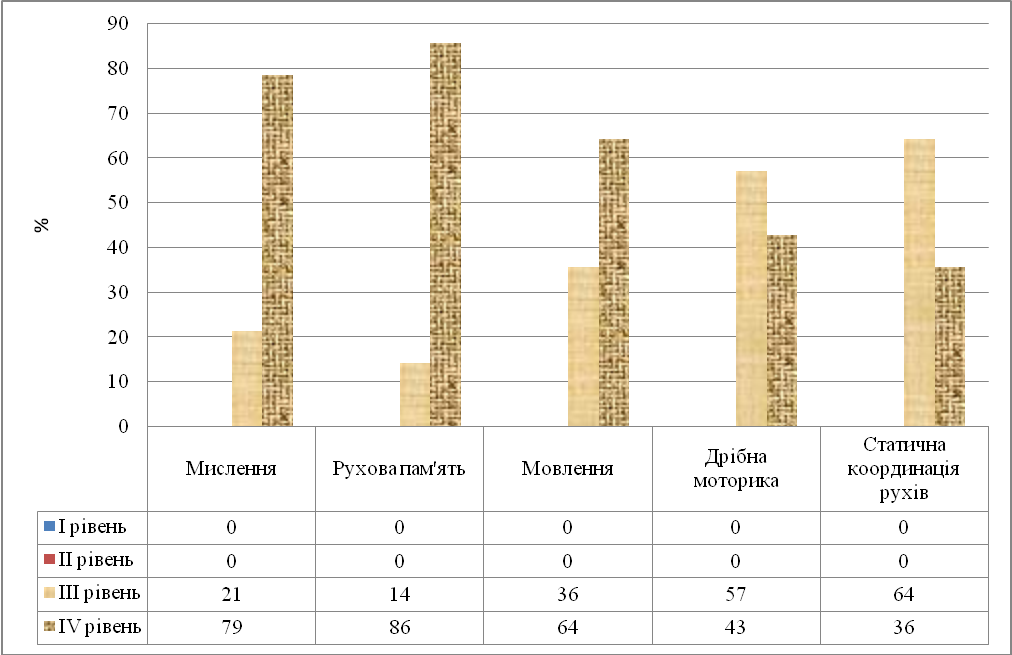


Рис. 3.2 Розподіл дітей за рівнями показників психофізичного розвитку на початку дослідження

У школярів із особливими потребами спостерігалося відставання в розвитку всіх форм мислення. Не були сформовані основні розумові операції – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення.

Так, дітей І і ІІ рівнів розвитку мислення на початковому етапі експерименту не виявлено. Показники ІV рівня переважали показники ІІІ рівня на 58%.

Вивчення процесів пам’яті у дітей показало їх недостатню продуктивність, малий об’єм, неточність і труднощі у відтворенні. Дослідження рухової пам’яті дітей із особливими потребами засвідчило зниження продуктивності запам’ятовування рухового матеріалу. Діти краще запам’ятовували початок і кінець завдання. З поміж особливостей процесу запам’ятовування варто наголосити на недостатній усвідомленості навчального матеріалу. У процесі відтворення рухів спостерігалися вповільнення їх темпу чи, навпаки, прискорення, аритмічність.

Збій у руховій програмі починався вже з третього, а інколи із другого руху; при цьому відзначилися труднощі переходу від одного рухового елементу до іншого. Також спостерігалися й інші помилки: недостатньо повне відтворення матеріалу, повторення, перекручування рухів, зайві та спотворені рухи.

Дітей І і ІІ рівнів розвитку рухової пам’яті також не виявлено. Показники ІV рівня переважали показники ІІІ рівня на 72%.

Дослідження розвитку мовлення дітей з даною патологією містила не грубі порушення, як вимови, так і граматичної будови. Для багатьох дітей були характерні недоліки звукопромовляння свистячих і шиплячих звуків, порушення вимови звуку «р», яке обумовлене млявістю артикуляції. У дітей спостерігався збіднений словарний запас, відчувалися утруднення у пошуку потрібного слова на запропонований педагогом звук. Аналіз медичної документації свідчать про те, що у дітей із особливими потребами спостерігалися ознаки загального недорозвинення мови.

Результати констатуючого етапу дослідження засвідчили, що при виконанні тестового завдання на визначення рівня сформованості словникового запасу у школярів із особливими потребами І та ІІ рівнів не виявлено. Різниця між ІІІ і ІV рівнями склала 28% на користь останнього.

Дослідження рівня розвитку дрібної моторики дітей передбачало з’ясування якості й ступеня диференціації рухів.

У процесі педагогічного спостереження з’ясовано, що для дітей основної групи були характерні заміна поданих рухів іншими, їх незадовільна скоординованість. Найбільш складними для дітей із особливими потребами виявилися рухи як відведення і приведення пальців руки, так і протиставлення першому пальцю інших.

Спостерігалися нечіткість і неритмічність рухів, уповільнення темпу виконання більш складних завдань, напруженість м’язів рук і збільшення кількості помилок наприкінці роботи.

Виявлено, що дітей І і ІІ рівнів розвитку дрібної моторики не виявлено. Показники ІІІ рівня переважали показники ІV рівня лише на 6%.

Порушення статики у дітей із особливими потребами спричиняло значні труднощі утримання рівноваги, появу тремору кінцівок. Перебуваючи в позі, дитина часто балансувала тулубом, намагаючись утримати рівновагу, опускала підняту ногу, торкаючись нею підлоги, піднімалася на носки. Вона краще утримувала рівновагу, стоячи на правій нозі, мала труднощі в збереженні рівноваги, переважно стоячи на лівій нозі.

Також, важливо вказати на те, що ми звернули увагу також на те, що учні намагалися триматися руками за бильце стільця, що стояв поруч. Так дітей І і ІІ рівнів розвитку статичної координації рухів на початковому етапі експерименту не виявлено. Різниця між показниками ІІІ і ІV рівнів склала 28%.

Аналіз отриманих даних дозволив визначити показники психофізичного розвитку дітей досліджуваної групи (табл. 3.2).

Таким чином, проведене на початку дослідження обстеження свідчить про наявність у значної кількості дітей захворювань органів і систем, порушення постави і стопи, недостатній розвиток уваги, мислення, рухової пам’яті, мовлення, дрібної моторики, статичної координації рухів. Виявлено, що у школярів краще сформована рухова сфера ніж пізнавальна.

Отже, важливого значення набуває своєчасне попередження, відновлення та корекція зазначених порушень за рахунок спеціальної корекційно-реабілітаційної роботи.

Вивчаючи медичні картки дітей наприкінці експерименту нами виявлено, що зменшилася кількість дітей, які часто хворіють на 23% і склало 34%. Також визначили, що поліпшився стан дітей що мають хвороби дихальної системи, кількість хворих зменшилась до 7%, зменшилась спастика м’язів спини та нижніх кінцівок. У дітей з порушеннями постави сформувався стереотип правильної постави, збільшилася сила і силова витривалість основних м’язових груп спини. У школярів із плоскостопістю розвинулась силова витривалість м’язів нижніх кінцівок і стопи.

Таблиця 3.2

Показники психофізичного розвитку основної групи на початку дослідження (M±m)

|  |  |
| --- | --- |
| Досліджувані функції | Показники на початку дослідження |
| Мислення, бали | 1,21±0,11 |
| Рухова пам’ять, бали | 1,14±0,09 |
| Мовлення, бали | 1,36±0,10 |
| Дрібна моторика, бали | 1,57±0,10 |
| Статична координація рухів, бали | 1,64±0,10 |

Покращенню стану здоров’я дітей спеціалізованого центру з основної групи сприяло включення в експериментальну реабілітаційну програму занять з фізичної терапії.

Аналіз результатів рівня психофізичного розвитку дітей із особливими потребами основної групи показали покращення показників таких компонентів, як увага, мислення, рухова пам’ять, мовлення, дрібна моторика, статична координація рухів (табл. 3.3, рис. 3.2).

Діти з основної групи почали краще і впевненіше почуватися в колективі, ставали більш уважними та зібраними, швидше навчилися переключати свою увагу з одного рухового елемента на інший.

Отже, експериментальна реабілітаційна програма позитивно вплинула на розвиток уваги дітей з основної групи.

Подібна тенденція спостерігалася і у показниках розвитку мислення. Аналізуючи результати тестування процесів мислення з’ясовано, що діти з основної групи за допомогою педагога, в основному, правильно і узагальнено оцінювали подану ситуацію на тестових малюнках. Час на виконання завдання зменшився порівняно з тривалістю виконання завдань на констатуючому етапі дослідження. Але при описі картинки, діти часто фрагменти виділяли хаотично, випадково. Також їм важко було добирати потрібні слова.

Таблиця 3.3

Розподіл дітей спеціалізованого закладу за рівнями психофізичного розвитку наприкінці дослідження (%)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані функції | Кількість дітей | | | |
| І рівень | ІІ рівень | ІІІ рівень | ІV рівень |
| Мислення | - | 21 | 64 | 14 |
| Рухова пам’ять | - | 14 | 50 | 36 |
| Мовлення | - | 29 | 64 | 7 |
| Дрібна моторика | - | 21 | 71 | 7 |
| Статична координація рухів | - | 21 | 64 | 14 |

Отже, запропонована та застосована експериментальна програма комплексної реабілітації позитивно вплинула на розвиток мислення дітей з основної групи.

Педагогічне спостереження показало, що діти основної групи почали швидше і правильніше запам’ятовувати поданий руховий матеріал, точніше відтворювати його, переходячи від одного рухового елементу до іншого без перекручень і повторень.

Аналіз результатів дослідження засвідчив, що збільшився не тільки об’єм пам’яті, а зменшився час на запам’ятовування вправ, що збільшило ефективність занять з фізичної терапії.

Отже, отримані дані дають нам підстави стверджувати, що експериментальна програма реабілітації позитивно вплинула на рівень розвитку рухової пам’яті дітей основної групи.

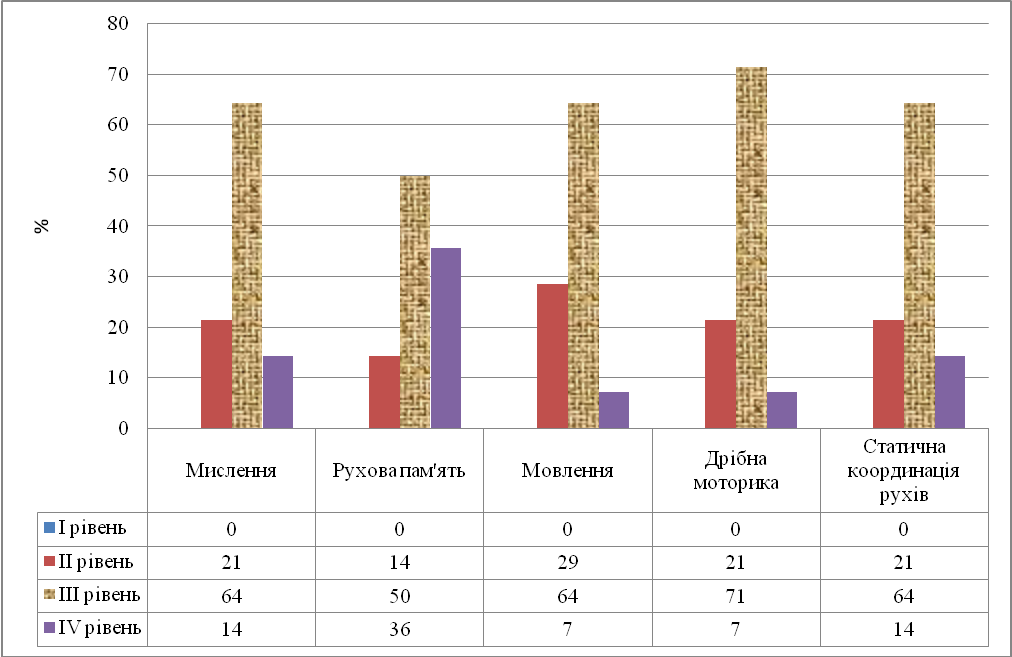


Рис. 3.3 Розподіл дітей спеціалізованого закладу за рівнями показників психофізичного розвитку в кінці дослідження

Значні зміни відбулися у розвитку мовлення дітей (табл. 3.3), а саме збільшився активний словник школярів та покращилася вимова багатьох звуків. Встановлено, що майже у всіх представників основної групи покращилося розуміння реабілітаційних термінів, що допомогло їм відчути себе більш впевнено на заняттях із фізичної реабілітації та під час застосування інших засобів реабілітації. Також активний словник дітей поповнився іменниками, прикметниками та дієсловами, які конкретизували і розширювали їх уявлення про навколишній світ. Це підтверджується тим, що діти на запропонований педагогом звук добирали значну кількість слів і в основному правильно вимовляли звуки в них.

Отже, відзначається позитивний вплив застосованої основної програми на уточнення і розширення активного словника дітей та покращення їх звуковимови.

Результати дослідження показали, що реабілітаційна програма суттєво вплинула на показники рівня сформованості дрібної моторики пальців і кистей рук дітей з основної групи (табл. 3.3).

У процесі спостереження виявлено, що дітей з основної групи більш точно і швидше виконували запропоновані тестові завдання. У процесі спеціальної роботи подолано напруженість і скутість рухів пальців та кистей, що важливо для подальшого навчання письму в школі. Отже, запропонована реабілітаційна програма значно покращила рівень розвитку дрібної моторики пальців і кистей рук дітей основної групи, що підтверджується кількісними та якісними показниками.

Результати оцінювання статичної координації показали покращення в досліджуваній групі (табл. 3.3). Діти більш вільно і тривало утримували пози на рівновагу, у статичних вправах намагалися точно й плавно виконати рухи руками та ногами як однойменним, так і різнойменним способами.

Отже, виконання наприкінці дослідження тестових завдань на визначення рівня психофізичного розвитку засвідчило в дітей з основної групи покращення всіх показників, а саме: уваги, мислення, рухової пам’яті, дрібної моторики, статичної координації рухів. Це свідчить про позитивний вплив розробленої реабілітаційної програми для дітей із особливими потребами, яка передбачала не тільки покращення соматичного стану здоров’я, загартуванню організму, а корекції вторинних недоліків у їхньому психофізичному розвитку засобами реабілітації.

Результати впровадження реабілітаційної програми свідчить про значне поліпшення показників фізичного і психічного розвитку. Про ефективність комплексного корекційно-реабілітаційного підходу в реабілітації свідчить приріст всіх досліджуваних показників у представників з основної групи (табл. 3.4).

Покращенню уваги у дітей з основної групи сприяли різні методичні прийоми, індивідуальний підхід до кожної дитини, постійна зміна видів діяльності на занятті та сюжетність занять. Особливе значення для розвитку уваги мали спеціальні вправи дидактичного спрямування.

Зафіксовано значний рух дітей за рівнями показників мислення. Кількість дітей на ІІ рівні збільшилась на 21%, кількість дітей на IV рівні зменшилась на 65%. Покращенню рівня розвитку мислення дітей сприяло, в першу чергу, сюжетні заняття, під час яких діти розширювали і закріплювали уявлення про оточуючий світ, пальчикова гімнастика та різні проблемні ситуації під час виконання різних вправ.

##### Таблиця 3.4

Динаміка руху дітей спеціалізованого закладу за рівнями показників психофізичного розвитку (%)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані функції | І рівень | | ІІ рівень | | ІІІ рівень | | ІV рівень | |
| ПД | КД | ПД | КД | ПД | КД | ПД | КД |
| Мислення | 0 | 0 | 0 | 21 | 21 | 64 | 79 | 14 |
| Рухова пам’ять | 0 | 0 | 0 | 14 | 14 | 50 | 86 | 36 |
| Мовлення | 0 | 0 | 0 | 29 | 36 | 64 | 64 | 7 |
| Дрібна моторика | 0 | 0 | 0 | 21 | 57 | 71 | 43 | 7 |
| Статична координація рухів | 0 | 0 | 0 | 21 | 64 | 64 | 36 | 14 |

Зафіксовано покращення за рівнями показників рухової пам’яті. Кількість дітей на ІІ рівні збільшилась на 14%, кількість дітей на IV рівні зменшилась на 50%. Покращенню показників рухової пам’яті сприяло систематичне виконання на заняттях із фізичної терапії, що сприяли розвитку рухової пам’яті та виконання тренувальних завдань. Наприклад, на етапі ознайомлення з вправою з метою кращого запам’ятовування і правильного виконання викладач діяв за такою інструкцією: спочатку пропонувалося, спираючись на демонстрацію реабілітолога, його словесні пояснення і рахунком, виконати певну вправу. Потім, цю вправу виконували тільки під рахунок реабілітолога без демонстрації. Після самостійного виконання вправи (під музичний супровід) дітям пропонувалося словесно описати послідовність виконання рухів цієї вправи.

Значний рух дітей за рівнями спостерігався і серед показників мовлення. Кількість дітей на ІІ рівні збільшилась на 29%, кількість дітей на IV рівні зменшилась на 57%. Покращенню рівня розвитку мовлення, збільшення словарного запасу сприяли вправи для дрібної моторики кистей і пальців рук, артикуляційна, дихальна гімнастика, сюжетність занять.

Значний рух дітей за рівнями показників дрібної моторики (кількість дітей на ІІ рівні збільшилась на 21%, кількість дітей на IV рівні зменшилась на 36%) збагачувалось наявністю в експериментальній програмі великої кількісті вправ для розвитку дрібної моторики, виконання дітьми вправ з предметами, масаж пальців і кистей рук.

Наприкінці дослідження зафіксовано покращення показників статичної координації рухів. Кількість дітей на ІІ рівні збільшилась на 21%, кількість дітей на IV рівні зменшилась на 22%. Покращенню статичної координації рухів сприяло виконання дітьми на заняттях з фізичної терапії вправ на формування навички правильної постави та інших вправ на розвиток статичної рівноваги.

Аналіз показників психофізичного розвитку дітей наприкінці дослідження засвідчив (табл. 3.5) достовірний приріст показників мислення (Р<0,001); рухової пам’яті (Р<0,001); мовлення (Р<0,05); дрібної моторики (Р<0,01); статичної координації рухів (Р<0,05).

Порівняльний аналіз вихідних даних з кінцевими свідчить про ефективність розробленої програми реабілітації для дітей із особливими потребами. Позитивний результат реабілітаційно-корекційної роботи був досягнутий завдяки комплексній діагностиці стану здоров’я та рівня психофізичного розвитку школярів із особливими потребами, відповідно виявленим порушенням поставлені загальні та реабілітаційні завдання та підібрані, з урахуванням специфічних особливостей і можливостей дітей із особливими потребами, ефективні засоби корекції і реабілітації.

Таблиця 3.5

Динаміка показників психофізичного розвитку дітей спеціалізованого закладу (M±m)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Досліджувані функції | На початку дослідження | tрозр | В кінці дослідження |
| Мислення, бали | 1,21±0,11 | 3,95 \*\*\* | 1,86±0,12 |
| Рухова пам’ять, бали | 1,14±0,09 | 4,52 \*\*\* | 1,79±0,11 |
| Мовлення, бали | 1,36±0,10 | 2,29 \* | 1,71±0,12 |
| Дрібна моторика, бали | 1,57±0,10 | 3,03 \*\* | 2,00±0,10 |
| Статична координація рухів, бали | 1,64±0,10 | 2,53 \* | 2,00±0,10 |

Примітка: \* − P<0,05; \*\* − P<0,01; \*\*\* − P<0,001

Вивчення динаміки сформованості психофізичних функцій показало достовірні зміни в якісних та кількісних показниках представників основної групи.

Отже, вище зазначене ще раз підтверджує високу ефективність розробленої нами програми реабілітації для дітей із особливими потребами. Дані, отримані після впровадження основної програми реабілітації для школярів із особливими потребами свідчать про достовірне покращення показників їх стану здоров’я та рівня психофізичного розвитку, що доводить ефективність застосування фізичної терапії у реабілітації.

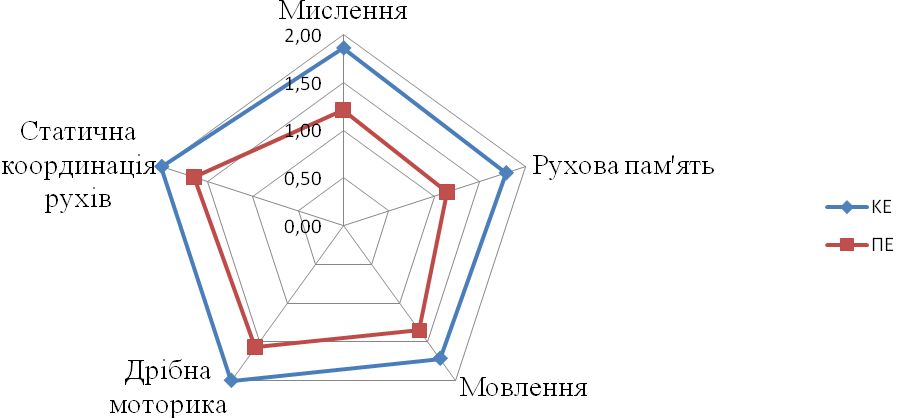


Рис. 3.4 Динаміка показників психофізичного розвитку дітей спеціалізованого закладу

Проведене дослідження засвідчило високу ефективність реабілітаційної програми медичного спеціалізованого центру, що застосовуються для дітей даної категорії з основної групи на тлі зростання всіх показників психофізичного розвитку, що досліджувалися. Так було зафіксовано покращення якості уваги, процеси пам’яті, мислення, та рівень розвитку мовлення, дрібної моторики, статичної координації рухів. Отже, розроблена комплексна програма реабілітації для дітей із особливими потребами показала свою ефективність і може бути рекомендована для використання у практиці роботі реабілітологів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів та вчителів в умовах медично-соціальних, соціально-реабілітацийних закладів та медичних спеціалізованих центрів.

# ВИСНОВКИ

1. Теоретичне дослідження сучасного стану проблеми реабілітації дітей шкільного віку із особливими потребами підтвердило значний інтерес дослідників і фахівців-практиків до пошуку шляхів покращення стану здоров’я, рівня психофізичного розвитку саме дітей з використанням засобів фізичної реабілітації в умовах спеціалізованого закладу.

2. Встановлено, що останнім часом в загальному комплексі заходів з метою реабілітації дітей із особливими потребами щоразу більшу увагу заслуговують засоби фізичної терапії, як елемент соціальної адаптації.

3. Експериментально встановлено, що діти даної категорії мають відхилення у психофізичному розвитку, а саме: уваги, мислення, мовлення, рухової пам’яті, дрібної моторики, статичної координації рухів. З’ясовано, що ці недоліки є головною причиною виникнення труднощів у процесі підготовки та адаптації дітей із особливими потребами до навчання в загальноосвітніх закладах.

4. На підставі узагальнення результатів початкового етапу дослідження були поставлені реабілітаційні та корекційні завдання, відповідно них підібрані засоби реабілітації, а саме – засоби фізичної терапії, ерготерапії, логопедії.

5. Доведено високу ефективність запропонованої програми реабілітації для дітей даної категорії на тлі зростання всіх показників психофізичного розвитку. Так було зафіксовано покращення якості уваги, процеси пам’яті, мислення, та рівень розвитку мовлення, дрібної моторики, статичної координації рухів.

6. Отже, розроблена комплексна програма реабілітації для дітей із особливими потребами показала свою ефективність і може бути рекомендована для використання у практиці роботи медичних спеціалізованих центрів для дітей даної категорії.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Алфьорова Т.С. Основи реабілітології. К. : Антидор, 2003. 290 с.

2. Апанасенко Г.Л. Уровень соматического здоровья, его связь с физическим развитием и прогнозирование заболеваемости подростков. *Валеология*: Київ, 2002. №1. С. 19-24.

3. Аруїн А.С. Біомеханічні властивості скелетних м'язів та сухожиль: Метод. розробка для студентів інститутів фізичної культури: Київ, 2000. 64 з.

4. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В.. Детские церебральные параличи. К.: Здоровье, 2000. 328 с.

5. Байбуза І.В. Методи фізичної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. Х.: Літера. 2006. 34 с.

6. Беженцева Л.М. Особливості організації процесу фізичного виховання дітей-інвалідів за умов школи-інтернату. К.: КНУ, 2003. 237 с.

7. Белая Н.А. Руководство по лечебному массажу. К.: Медицина, 2000. 288 с.

8. Беловой А.Н., Шепетовой О.Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями. К.: Антидор, 2000. 224 с.

9. Бєлов В.П. Реабілітація: методичні та організаційні питання реабілітації інвалідів. К.: Медицина, 2000. 121 с.

10. Білітюк С.А. Формування стимулів до занять фізичними вправами в дітей молодшого шкільного вік. Львів: Медицина, 2006. 227 с.

11. Вальчук Е.А. Концепція медичної реабілітації у закладах охорони здоров’я. К.: Моріон, 2002. 225 с.

12. Васільєва Т.Д. Реабілітація: Підручник. Київ: Олімпійська література, 2000. 221 с.

13. Васічкін В.І. Довідник з массажу. К.: Медицина, 2004. 192 с.

14. Гендін А.М. Фізична реабілітація. К.: Медицина, 2000. 225 с.

15. Гончаров М.М. Реабілітація дітей із захворюваннями та пошкодженнями опорно-рухового апарату. К.: Медицина, 2002. 205 с.

16. Гузій О.В. Kомплексна фізична реабілітація учнів 10-12 років з церебральним паралічем другої групи важкості захворювання: aвтореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. з фіз. виховання і спорту: спец. 24.00.02 «Фізічне виховання і спорт». Львів, 2002. 20 с.

17. Гузій О.В., Куц О.С. Засоби фізичного виховання у фізичній реабілітації дітей з церебральним паралічем: методичні рекомендації. Київ: Медицина, 2002. 80 с.

18. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні». Відомості Верховної Ради України, 2006. № 2-3. С. 36

19. Закон України «Про фізичну культуру і спорт», 2003. 22 с.

20. Тюрин А.В. Комплексна реабілітація інвалідів з порушенням опорно-рухового апарата при ДЦП. *Здоров’я*, 2002. № 98. С. 93.

21. Клапчук В.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. К.: Здоров’я, 2005. 309 с.

22. Коваленко І.П. Стан здоров’я молодших школярів і особливості взаємозв’язку фізичної підготовленості та частоти захворювань. *Молода спортивна наука України.* 2011. Т. 2. С. 90-94.

23. Коган О.Г. Медична реабілітація в неврології та нейрохірургії. К.: Медицина, 2004. 304 с.

24. Кожевникова В.Т. Сучасна концепція фізичної реабілітації дітей хворих дитячим церебральним паралічем. К.: Медицина, 2005. №2. с. 42 – 45.

25. Козявкін В.І. Дитячі церебральні паралічі. Основи клінічної реабілітаційної діагностики. Львів: Медицина, 2004. 158 с.

26. Козявкін В.І. Методи оцінки ефективності медичної реабілітації в системі інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. Українській медичний часопис. 2003. №3 (35). С. 61-66.

27. Нарзулаєв С.Б. Комплексна реабілітація хворих та інвалідів: Навчально-методичний посібник. К.: КНУ, 2006. с. 22-26.

28. Круцевич Т.Ю. Методы исследования индивидуального здоровья детей и подростков в процессе физического воспитания. К.: Олімпійська література, 2001. 232 с.

29. Лебедєва І.П. Основи лікувальної фізичної культури. Лікувальна фізкультура в системі медичної реабілітації. К.: Медицина, 2005. С. 14-39.

30. Єпіфанова В.А. Лікувальна фізична культура та лікарський контроль. К.: Медицина, 2004. С. 45-60.

31. Інгерлейб М.Б. Анатомія фізичних вправ. К.: Фенікс, 2010. 187 с.

32. Качесов В.А. Основи інтенсивної реабілітації ДЦП. К.: Медицина. 2005. 112 с.

33. Єпіфанова В.А. Лікувальна фізична культура: Довідник. К.:Медицина, 2006. С. 100-150.

34. Єпіфанова В.А. Лікувальна фізкультура та лікарський контроль: Підручник для студ. мед. ін-тов. К.: Медицина, 2000. 225 с.

35. Маліков М.В. Функціональна діагностика у фізичному вихованні і спорті: навч. посіб. З.: ЗНУ, 2006. 235 с.

36. Мурза В.П. Фізична реабілітація. Навчальний посібник. К.: Олан, 2004. 559 с.

37. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров’я. К.: Здоров’я, 2006. 254 с.

38. Мухін В.М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2000. 424 с.

39. Ніколаєнко В.І. Організація та зміст навчання та виховання дітей з тяжкими руховими порушеннями в умовах спеціальної школи-інтернату. *Корекційна педагогіка*. 2004. №1. С. 11-21.

40. Нікішина Л.Т. Методи фізичної корекції дітей з обмеженими можливостями. Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації. К.: Физкультура і спорт, 2006. С. 50-59.

41. Окамото Г. Основи фізичної реабілітації. Львів: Галицька видавнича спілка, 2002. 325 c.

42. Основи фізичної реабілітації: навч. Посібник. Кіровоград: РВВКДПІ ім. В. Винниченка, 2004. 238 с.

43. Попов С.Н. Спортивна медицина, лікувальна фізична культура та масаж. К.: Фізкультура і спорт, 2005. 155 с.

44. Попов С.Н. Фізична реабілітація: підручник для студентів, які навчаються за спец. Фізична реабілітація. Харків: Фенікс, 2005. 550 с.

45. Правосудова В.П. Підручник інструктора лікувальної фізичної культури. К.: ФіС, 2005. С. 78.

46. Реабілітація хворих засобами лікувальної фізкультури. Луцьк: Волинська обласна друкарня, 2003. 310 с.

47. Самусєв Р.П. Анатомія людини. Харків: Фенікс, 2005. С. 56-100.

48. Семенова К.А. Медична реабілітація та соціальна адаптація хворих на дитячий церебральний параліч. К.: Медицина, 2003. 184 c.

49. Сміян І.С. Здоров’я дітей і майбутнє України. *Педіатрія*. 2000. №11. С. 6.

50. Соціальна медицина та організація охорони здоров’я. Львів: Новий Світ. 2004. 376 с.

51. Ліхтарьов М.І. Довідник з дитячої лікувальної фізкультури. К.: Медицина, 2005. 120 с.

52. Усакова Н.А. Фізичні фактори у лікуванні дитячих церебральних паралічів. Харків: Фенікс, 2006. 192 с.

53. Усакова Н.А. Фізична реабілітація та спорт інвалідів. Харків: Фенікс 2003. 576 с.

54. Фомін Н.А. Фізіологічні основи рухової активності. К.: Наука, 2000. 224 с.

55. Ліхтарьов М.І. Лікувальна фізкультура при дитячих захворюваннях. К.: Медицина, 2004. 204 c.

56. Шипіціна Л.М. Дитячий церебральний параліч. К: Дидактика, 2001. 272 с.

57. Штеренгерц А.Е. Лечебная физкультура и массаж при заболеваниях и травмах нервной системы у детей. К.: Здоровье, 2001.

187 с.

58. Єремушкін М.А. Основи реабілітації: навч. посібник. К.: Академія, 2011. 208 с.

59. Єпіфанов В.А. Медична реабілітація: Керівництво для лікарів. К.: МЕДпрес-інформ, 2005. С. 106-200.

60. Янгулова Т.І. Лікувальна фізкультура: анатомія вправ. Харків: Фенікс, 2010. 175 с.