

РОЗДІЛ

4

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПЕДАГОГІЧНІЙ ОСВІТІ

УДК 376.2:616.831-009.81

Адирхаєв С.Г, Туровець Г.М., Кравчук І.В.

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО РОЗРОБКИ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОНТЕКСТІ ІНКЛЮЗИВНОГО ШКІЛЬНОГО ПРОСТОРУ

Стаття присвячена розробці і впровадженню програм фізичної реабілітації в сучасний інклюзивний простір для дітей з ураженням центральної нервової системи/ опорно-рухового апарату. Комплексна індивідуалізована програма фізичної реабілітації базується на етіопатогенетичному принципі розробки вправ, які направлені на редукцію тонічних патологічних рефлексів (лабіринтний тонічний рефлекс, симетричний шийний тонічний рефлекс, асиметричний шийний тонічний рефлекс) та відновлення стереогностичних коркових функцій головного мозку.

Ключові слова: *інклюзивна освіта, фізична реабілітація, порушення психофізичного розвитку, дитячий церебральний параліч (ДЦП), мінімальні церебральні дисфункції (МЦД), затримка психомоторного розвитку (ЗПР) розлади аутичного спектру (РАС), лабіринтний тонічний рефлекс (ЛТР), симетричний шийний тонічний рефлекс (СШТР), асиметричний шийний тонічний рефлекс (АШТР).*

Постановка проблеми. Забезпечення рівного доступу до якісного навчання дітям з особливими освітніми потребами є пріоритетним напрямком розвитку освіти на сучасному етапі становлення української держави. Повноцінна інтеграція в шкільне життя дітей з особливими потребами дозволить не тільки соціалізувати останніх, надати їм повноцінний старт в подальше, доросле життя, а й виховати молодь на засадах рівності, толерантності та високої моральності. Пріоритетність розвитку толерантності як стрижневого напрямку подальшого реформування шкільної освіти обумовлена зростанням кількості дітей з обмеженими фізичними можливостями не лише в Україні, а й у всьому світі.

© Адирхаєв С.Г, Туровець Г.М., Кравчук І.В., 2016

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За даними Європейської бази здоров'я за в період з 1970 по 2012 рр. більш ніж вдвічі збільшилась (особливо в економічно розвинутих країнах, таких як Бельгія, Данія, Норвегія, Фінляндія) кількість народжених з вагою тіла менше 1 кг, дітей з аномаліями розвитку, синдромом Дауна та іншими інвалідизуючими станами [3]. Тенденція зростання інвалідизуючих станів пов'язана, насамперед, з погіршенням екологічної ситуації, загальною захворюваністю населення репродуктивного віку, збільшенням віку жінок, які народжують, активним веденням пологів, збільшенням кількості реанімованих новонароджених з низькою та наднизькою масою тіла, впровадженням екстракорпоральних технологій.

У рамках програми Марини Порошенко "Інклюзивна освіта – рівень свідомості нації. Досвід. Перспективи. Результати." в цьому році стартував пілотний проект із створення інклюзивного освітнього простору в Запорізькій області. В 2016/17 навчальному роках 19 шкіл цього регіону відкриють свої двері для 32 дітей з інвалідністю. Звертаючись до освітян, Дружина Президента України, Голова Благодійного Фонду Порошенка пані Марина Порошенко наголосила, що це почесна і водночас відповідальна місія: "Наші спільні напрацювання стануть дорожньою картою для запровадження інклюзивної освіти в усіх регіонах України. І хто знає, можливо саме українські школи відкриють світові нових Джобсів, Ейнштейнів чи Бетховенів" [9]. На жаль, в Україні кількість дітей з порушенням психофізичного розвитку, за даними психолого-медико-педагогічних комісій за 2014/2015 рр., сягнула кількості 702 тисяч 680 осіб, що складає 10,3% від загальної кількості дітей (табл. 1).

Таблиця 1

**Розподіл дітей
за видами порушень психофізичного розвитку**

№ з/п	Види порушень	Всього дітей
1.	Порушення опорно-рухового апарату	203917
2.	Порушення зору	189767
3.	Порушення мовлення	185063
4.	Затримка психічного розвитку	54864
5.	Розумова відсталість	45402
6.	Порушення слуху	19524
7.	Аутизм	4117
8.	Сліпоглухота	26
	Разом	702 680

Дитячого населення в Україні – **6 809 132**

Найбільший відсоток дітей з порушенням психофізичного розвитку зареєстрований в Херсонській – 19% (37 тис. 429 осіб) від всіх дітей; Житомирській 16,5% (39 тис. 981 осіб), Сумській – 14,9% (24 835 осіб). В місті Києві таких дітей виявлено 75 тис 52 особи, що складає 13% від загальної кількості дітей [11].

Офіційно статус "дитина-інвалід" в Україні мають 170 тисяч осіб до 18 років.

Так, за даними Міністерства соціальної політики України на 1 січня 2013р. чисельність дітей, яким встановлено інвалідність, сягнула показника в 167 059 осіб або 2,0 % від усього дитячого населення. Перші місця в структурі дитячої-інвалідності займають: вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення, хвороби центральної нервової системи, розлади психіки й поведінки (табл. 2) [4].

Таблиця 2

Структура дитячої інвалідності

№ з/п	Види порушень	%	Всього дітей
1	вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	30,0 %	50117
2	хвороби центральної нервової системи	17,9 %	29903
3	розлади психіки й поведінки	13,9 %	23221

Впровадження інклюзивного простору в освітнє середовище потребує інтенсифікації розробок не тільки корекційно-педагогічних програм для дітей з особливостями психофізичного розвитку, а й розробки програм, спрямованих на фізичну реабілітацію, абілітацію та адаптацію в рамках шкільної освіти [5].

Незаперечним лідером серед вищих навчальних закладів з запровадження інклюзивного освітнього простору є Відкритий міжнародний університет розвитку людини "Україна". За даними доповіді Президента університету Петра Таланчука, за 18 років існування навчального закладу 7 тисяч студентів з інвалідністю отримали вищу освіту [12]. Серед сьгоднішніх студентів університету "Україна" є випускники загальноосвітньої школи м. Києва №168, які 10 років тому сіли, разом із звичайними школярами, за парти. На сьогодні у школі навчається 95 дітей-інвалідів, для яких створюються всі умови для повноцінної соціалізації. В 2015/2016 навчальному році започатковано розробку програми фізичної реабілітації. В програмі приймають участь не тільки діти-інваліди з ураженням опорно-рухового апарату та/або центральної нервової системи, а й їх батьки, волонтери із числа старшокласників, студенти університету "Україна" в межах практичної підготовки до майбутньої професії фізичного реабілітолога.

Метою роботи є необхідність розробки комплексної індивідуалізованої програми фізичної реабілітації школярів з ураженням опорно-рухового апарату та/або центральної нервової систем, які приймають участь у створенні інклюзивного освітнього простору. Розробка програми фізичної реабілітації для впровадження в загальноосвітніх навчальних закладах I-III ступеню акредитації, базується на індивідуалізованому підборі фізичних методів відповідно до етіопатогенезу захворювання, комплексності, гнучкості відповідно вимог до змін у сучасній шкільній освіті.

Виклад основного матеріалу. До роботи з розробки комплексної індивідуалізованої програми фізичної реабілітації залучені діти-інваліди, яким встановлено діагноз дитячого церебрального паралічу (ДЦП), діти з розладами аутичного спектру (РАС), затримкою психомоторного розвитку (ЗПР), мінімальними церебральними дисфункціями (МЦД), які навчаються в 1-11 класах (віковий склад від 6 до 18 років).

За допомогою мануальних та антропометричних тестів проводиться розподіл дітей на групи, відповідно до виду нередукованих рефлексів, які призводять до аномального розподілу м'язового тонузу різного ступеню [1, 2, 8, 15]. До таких рефлексів у дітей відносять симетричний шийний тонічний рефлекс (СШТР), асиметричний шийний тонічний рефлекс (АШТР), лабіринтний тонічний рефлекс (ЛТР) [14]. Автори, які вивчали АШТР і СШТР, пов'язували прояви даних синдромів з патологічними змінами на рівні шийних хребців (C₀-C₁; C₁-C₃) (Magnus, 1924, Reiper, 1963, Mc Couch, 1951) [13].

Наукові дослідження В.І.Козьявкіна, який займається вивченням проблеми органічних уражень ЦНС у дітей, також вказують на те, що крім ураження центральних структур головного мозку у пацієнтів має місце порушення взаємодій і взаємозв'язків між центральними і периферійними структурами нервової системи. Вивчаючи патологію хребта автор акцентує увагу на ураженнях вертеброгенного характеру, які були виявлені на МРТ-дослідженнях. За даними автора у 72% дітей з різними формами ДЦП були виявлені наслідки пологових травм спинного мозку і хребта, локалізація яких частіше спостерігалась у шийному відділі [7].

Науковцями встановлено, що одним з патоморфологічних субстратів виявлених патологічних проявів є функціональні флокати хребцево-рухових сегментів. В роботах І.П. Маргосюка (2000 рік) виявлено зв'язок між формами ДЦП і наявністю функціональних блоків (ФБ) в хребцево-рухових сегментах (ХРС). Так, за даними автора, у хворих спастичним тетрапарезом діагностовано ФБ ХРС у всіх відділах хребта: декомпенсовані ФБ були на рівні критичних зон і С1-2, L4-5 ХРС, субкомпенсовані – на рівні С2-3, Th4-9, L2-4 ХРС, а компенсовані ФБ діагностовані у решті ХРС. У хворих спастичним парапарезом декомпенсовані ФБ були на рівні попереково-крижового переходу і на рівні L3-5 ХРС; субкомпенсовані ФБ були на рівні L1-3, Th5-8, Th12-L1 і в 53% випадків – на рівні С0-1; компенсовані ФБ діагностовано у решті ХРС грудного і поперекового відділів хребта. При спастичному геміпарезі у хворих з перевагою ураження верхньої кінцівки декомпенсовані ФБ були на рівні С0-3, шийногрудного переходу, Th 4-7 і на рівні L5-S1; субкомпенсовані ФБ – на рівні С3-5, Th2-4 і попереково-грудного переходу, компенсовані ФБ діагностувались у всіх інших ХРС хребта. У хворих з переважним ураженням нижньої кінцівки декомпенсовані ФБ відмічались на рівні С0-1, Th5-9 попереково-грудного переходу і на рівні L3-S1, субкомпенсовані ФБ були на рівні С1-2, Th9-10, L2-3, в інших відділах хребта діагностувались компенсовані ФБ [6].

Наявність нередукованого ЛТР впливає не тільки на функції опорно-рухового апарату, а й вказує на ураження зон головного мозку, які відповідають за вестибулярні функції. Дана категорія дітей завжди має порушення у відчутті рівноваги [2,8,10].

У школярів з захворюванням центральної нервової системи відмічаються порушення не тільки в опорно-руховій сфері, емоційному сприйнятті і розумовій діяльності, а й виявляються зміни у соматогностичній сфері (відображенні, відчутті свого тіла, особливо уражених сегментів); порушення

пропріоцептивної чутливості та відчуття рівноваги [2, 10, 16, 17]. Цей комплекс патологічних змін заважає рішенню головного завдання фізичної реабілітації: формування установчих поз та відпрацювання біомеханіки рухів.

Дослідження даних спеціальної літератури, узагальнення досвіду роботи вітчизняних і зарубіжних авторів дозволили виявити відсутність узагальнюючих теоретичних й, передусім, експериментальних робіт щодо комплексних реабілітаційних програм для дітей з ураженням нервової системи (ДЦП, МЦД, РАС, ЗПР) шкільного віку, що враховують види нередукованих рефлексів, які приводять до аномального розподілу м'язового тону різного ступеню. Недостатність експериментальних робіт в даному напрямку дає підстави для проведення досліджень дітей-інвалідів шкільного віку з врахуванням особливостей прояву видів нередукованих рефлексів в умовах інклюзивної освіти. В основу комплексної індивідуалізованої програми фізичної реабілітації покладено :

– індивідуальну роботу з дитиною і батьками, яка складається з поглибленого вивчення анамнезу захворювання, комплексного антропометричного, неврологічного, мануального обстеження, вивчення соматогностичної функції та пропріоцептивної сфери; складання індивідуальної карти рухових порушень та виявлення ключової дисфункції. На основі отриманих даних розробляється індивідуальна програма фізичної реабілітації, яка включає корекційну роботу з ключовою дисфункцією в непрямих остеопатичних техніках та, за необхідністю, роботу з шкільним психологом;

– групову роботу з корекції соматогнозису та відчуття соматичних ритмів, кінезіотерапії, вправ на редукцію патологічних тонічних рефлексів. До роботи залучаються (після проходження навчального інструктажу) волонтери з числа батьків, школярі старших класів.

– роботу в малих групах з формування навичок основних рухів при зменшенні проявів тонічних рефлексів.

Висновки і перспективи подальшого дослідження у даному напрямку. В умовах школи, яка впроваджує в свою роботу інклюзивну освіту, є можливість вибору форм і методів фізичної реабілітації. Остання, в залежності від поставлених завдань, може складатись з індивідуальної корекційної роботи, групових занять з адаптивної фізичної культури та лікувальної фізкультури, гурткової роботи на групах продовженого дня та ін. Таймінг фізичної реабілітації для дітей з особливими потребами, які навчаються в інклюзивному середовищі, відрізняється від короткочасних програм в умовах реабілітаційних центрів, і може тривати протягом всього часу навчання дитини у школі.

Використані джерела

1. Барановская Е. Н. Формирование установочных поз и ходьбы у детей дошкольного и младшего школьного возраста с детским церебральным параличом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 "Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры" / Е.Н. Барановская – Москва, 2013. – 22 с.
2. Бернштейн Н. А. Физиология движений и активность / Н.А. Бернштейн. – Москва: Наука, 1990. – 496 с.
3. Європейська база "Здоров'я для всіх" [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://medstat.gov.ua>.
4. Звіт Міністерства соціальної політики [Електронний ресурс]. – 2013. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.mlsp.gov.ua>.
5. Основи інклюзивної освіти / [А. А. Колупасва, О. М. Таранченко, І. О. Білозерська та ін.]. – Київ: Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2011. – 260 с. – (інклюзивна освіта).
6. Маргосюк І. П. Клініко-патогенетична характеристика рухових порушень при дитячому церебральному паралічі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.15 "Нервові хвороби" / І. П. Маргосюк – Харків, 2000. – 19 с.
7. Козьякин В. И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы / В. И. Козьякин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов. – Львів: Українські Технології, 1999. – 144 с.
8. Перхурова И. С. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции / И. С. Перхурова, В. М. Лузинович, Е. Г. Сологубов. – Москва: Книжная палата, 1996. – 248 с.
9. Порошенко М. А. Інклюзивна освіта – рівень свідомості нації. Досвід. Перспективи. Результати [Електронний ресурс] / М. А. Порошенко. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: www.facebook.com/PoroshenkoFoundation/.
10. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. пособие для высш. учеб. заведений. / А. В. Семенович. – М.: Издательский центр "Академия", 2002. – 232 с.
11. Статистичний бюлетень показників розвитку психологічної служби та психолого-медико-педагогічних консультацій за 2014-2015 навчальний рік. – Київ: Ніка-центр. – 2015.

12. Таланчук П. Тернистий шлях до незалежної України / Петро Таланчук. – Київ: Університет "Україна", 2016. – 100 с.
13. Brown K. Balancing to Resolve Symmetrical Tonic Neck Reflex and its Effects on Posture, Learning, Behavior and Performance / Kathy Brown. // Educate Your Brain. – 2012.
14. Cheatum B. Physical Activities for improving children's learning and behavior: A guide to sensory motor development. / B. Cheatum, A. Hammond. – USA: Humman kinetics, 2000.
15. Zemke R. Asymmetrical tonic neck reflex in children : Child Developme / Zemke Ruth Ann Bast – Iowa State University, 1977. – 110 p.
16. Feldenkrais M. Awareness through movement: health exercises for personal growth / Moshe Feldenkrais. – NewYork: 1st Harper collins pbk.ed, 1990. – 173 с.
17. Feldenkrais M. The Elusive Obvious / Moshé Feldenkrais. // Cupertino, Calif.:Meta Publications. – 1981. – С. 158.

Adyrkhaev S., Turovets H., Kravchuk I.

INNOVATIVE APPROACHES TO DEVELOP A COMPREHENSIVE PHYSICAL REHABILITATION PROGRAM IN THE CONTEXT OF INCLUSIVE SCHOOL EDUCATION

Modern Ukrainian education entered into the era of intensive implementation of inclusive field which is based on the education of equality, tolerance to the people with special needs. The full integration of inclusive education is impossible without active participation of specialists: correctional teachers, speech therapists, psychologists and qualified physical recreation therapists.

The greatest number of children who study according to the inclusive program have problems with supporting – monitor apparatus and cerebrospinal axis. Due to the conception of inclusive education development it is necessary to make and implement the ethiopathogenetic physical rehabilitation for the children with mental and physical disturbances, which will be intelligible and accessible for specialists of comprehensive schools.

Complex individualized program of physical rehabilitation is based on the approach of exercises development referred to the reduction of tonic pathologic reflexes (labyrinthine tonic reflex, symmetric cervical tonic reflex, asymmetric cervical tonic reflex) which have different level of presentation at children with affect of cerebrospinal axis and supporting – monitor apparatus; the restoration of stereognostic cortex functions of a brain.

Increasing of physical activity of the children with special needs, the prolonged physical rehabilitation without separation from studying process will maximally help to adapt such category of children to the further social life.

Key words: *inclusive education, physical rehabilitation, disorders of psychophysical development, cerebral palsy, minimal cerebral dysfunction, psychomotor retardation, autism spectrum disorders, labirinti tonic reflex, symmetrical tonic neck reflex, asymmetrical tonic neck reflex.*

Стаття надійшла до редакції 11.09.2016