

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

ЕРГОТЕРАПІЯ ДІТЕЙ 3-6 РОКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА

Кваліфікаційна робота (проект)

ступеня вищої освіти «магістр»

Виконала: студентка 2 курсу
Спеціальності 227 Фізична терапія,
ерготерапія
Освітньо-професійної програми «Фізична
реабілітація»
Левечко Валентина
Керівник: к.б.н., доцентка Васильєва Н.О.

Рецензент: к.псих.н., доцентка Ляшко В.В.

Херсон – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Особливості психічного розвитку молодших дошкільників з синдромом Дауна.....	7
1.1. Медико-генетичні характеристики синдрому Дауна.....	7
1.2. Особливості психомоторних процесів у дітей з синдромом Дауна.....	11
1.3. Оцінка стану здоров'я та медичне спостереження за дітьми з синдромом Дауна як компонент медико-психологічного супроводу.....	18
1.4. Особливості соціально-емоційного розвитку дітей дошкільного віку з синдромом Дауна.....	26
РОЗДІЛ 2. Аналіз соціально-побутових заходів для дітей з синдромом Дауна.....	28
2.1. Оцінка стану психомоторного та соціально-емоційного розвитку дитини раннього віку з синдромом Дауна	28
2.2. Особливості ерготерапевтичних занять для дітей з трисомією 21.....	33
РОЗДІЛ 3. Дослідження впливу ерготерапевтичних занять на розвиток дітей 3-6 років з синдромом Дауна.....	38
3.1. Ерготерапевтичні засоби реабілітації для дітей з синдромом Дауна.....	38
3.2. Характеристика вибірки і методики дослідження.....	39
3.3. Результати дослідження особливостей соціального розвитку дітей із синдромом Дауна.....	42
ВИСНОВКИ.....	48
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49

ВСТУП

Актуальність дослідження. Актуальною проблемою сучасної медичної, психічної, педагогічної, соціальної теорії і практики є реабілітація та адаптація дітей з психофізичними порушеннями до суспільного життя в сучасному середовищі [5-8].

Синдром Дауна, найбільш поширена генетична аномалія, яка спричинена присутністю додаткового генетичного матеріалу у хромосомі 21. За даними статистики, ця патологія зустрічається з частотою 1:700. Ризик появи дитини, із синдромом Дауна, зростає з віком матері, якщо він перевищує 45 років, то це співвідношення приблизно 1:32. Ця закономірність, є рівною в різних країнах, соціальних групах, кліматичних зонах. Вона не залежить від стану здоров'я батьків, способу їх життя, харчування, шкідливих звичок, освіти, достатку, національності, кольору шкіри. Дівчатка й хлопчики, з синдромом Дауна, з'являються з однаковою частотою [16].

Як відмічають фахівці, у дітей, із синдромом Дауна, проявляються порушення, в стані розвитку та здоров'я. Найбільш видимими, для цих дітей, є патологія слуху, відхилення з боку фізичного розвитку, зору, вроджені вади серця, м'язової системи, часто виникають захворювання щитовидної залози, порушення інтелекту різного ступеня, системи травлення та інше. Тому проблема організації медико-психологічного супроводу дітей раннього віку, з синдромом Дауна, моніторинг їхнього психомоторного розвитку та стану здоров'я, набувають все більшої актуальності, що пов'язано з вирішальним значенням перших років життя для подальшого адаптації та розвитку дитини з такою патологією. Доведено, що комплексна медико-психологічна допомога, на початкових етапах життя дитини, позитивно впливає на її розвиток та інтеграцію в суспільство [10, 22].

Проблема дітей з обмеженими можливостями, до категорії яких належать особи із синдромом Дауна, є одним з актуальних соціальних питань нашого суспільства. Визнання Україною конвенції ООН, про права дитини, та Всесвітньої декларації про забезпечення виживання, розвитку і захисту дітей посилило увагу громадськості до проблем дітей із особливими потребами, викликало необхідність створення умов для їх інтеграції в систему сучасних суспільних відносин. Це зумовило необхідність пошуку шляхів інтеграції в суспільство осіб із порушеннями психофізичного розвитку, зокрема з синдромом Дауна [4].

Синдром Дауна – це найбільш поширена з хвороб, при яких спостерігається затримка психічного розвитку дитини, описана вона англійським лікарем більше ста років тому і названа його іменем.

Викликають її хромосомні аберації: з невідомої причини кількість хромосом в клітинах людського організму збільшується на одну – до 47 [4]. Ця додаткова хромосома призводить до змін розвитку фізичного тіла і мозку. Діапазон і глибина цих розладів такі широкі, а діагностування комплексного рівня захворювання є настільки складним, що навіть у високо розвинутих країнах медична наука не може похвалитися особливо великими досягненнями. У більшості випадків відповідний діагноз ставлять на основі результатів хромосомного тесту, який проводять незабаром після народження дитини [1, 2, 3].

Враховуючи те, що в Україні немає науково обґрунтованої системи фізичної реабілітації дітей з синдромом Дауна, роботу треба починати фактично з нуля. Тому, що для розвитку моторики, життєвих навичок і вмінь дітей даної категорії потрібне створення індивідуальних програм навчання та реабілітації [13].

Враховуючи значне збільшення кількості дітей в Україні з генетичними аномаліями особливої уваги набуває проблема соціальної та освітньої адаптації дітей з синдромом Дауна [4].

Для вирішення питань інтеграції даної категорії дітей до загальноосвітнього навчального простору необхідно обґрунтувати та створити такі умови для навчання цих дітей, щоб вони могли повноцінно психічно та фізично розвиватись в рамках навчального розвивального середовища. За останнє десятиліття, дуже збільшилась кількість публікацій, які присвячені вивченню цього генетичного захворювання. Та проблема навчання цих дітей, залишається найменш розробленою як в практичному аспектах так і науково-дослідному [20].

Проблемою психічної та фізичної реабілітації людей з обмеженнями психофізичного розвитку, займались сучасні іноземні та вітчизняні вчені в галузі психології та корекційної педагогіки (В.Бондар, Т.Гаврилова, Ю.Бріскін, В.Липа, О.Глоба, В.Синьов, Б.Сермеєв, Є.Соботович, А.Шевцов, Н.Стадненко, М.Шеремет, В.Тарасун, та інші) [14, 26, 38, 40]

Провідні фахівці психомоторного розвитку дітей з синдромом Дауна сучасного періоду М.Бруні, Н.Гіренко, С.Вайнерман, П.Уіндерс, П.Лаунтеслагер, та інші [21, 43]

Мета дослідження: розкрити особливості надання ерготерапевтичної допомоги дітям дошкільного віку з синдромом Дауна в навчально-виховних закладах.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати особливості пізнавальної сфери та соціально-емоційного розвитку дітей дошкільного віку із синдромом Дауна за літературними джерелами.

2. Провести експериментальне дослідження рівня розвитку пізнавальної сфери та соціально-побутових навичок дошкільників з синдромом Дауна.

3. Надати практичні рекомендації фахівцям щодо створення умов для успішного навчання та розвитку дітей з синдромом Дауна в навчально-виховному закладі на базі освітньої програми «Дитина».

Об'єкт дослідження – ерготерапевтичні заходи для дітей дошкільного віку з синдромом Дауна.

Предмет дослідження – соціально-побутові умови розвитку і навчання дітей з синдромом Дауна в навчально-виховному закладі.

Методи дослідження: аналіз літературних джерел, вивчення медико-педагогічної документації, спостереження, тестування, кількісний і якісний аналіз експериментальних даних.

Наукова новизна. У відповідності до державної базової програми дошкільної освіти розробляються спеціальні методики і програми, за якими здійснюються ерготерапевтичні заходи для дошкільників з різними ступенями психофізичного порушення та подальших перспектив пізнавального розвитку, що відображається в нашому дослідженні.

Практичне значення. Результати проведеного дослідження можуть бути використані при проведенні діагностики рівня психічного розвитку і соціально-побутових навичок дошкільників з синдромом Дауна, а також при плануванні та проведенні ерготерапевтичної роботи з ними. Матеріали кваліфікаційної роботи можуть бути використані фахівцями дошкільних навчальних закладів, у яких виховуються діти з синдромом Дауна.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 50 сторінках друкованого тексту і складається зі вступу, змісту, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ МОЛОДШИХ ДОШКІЛЬНИКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА

1.1. Медико-генетичні характеристики синдрому Дауна

Синдром Дауна - це вроджене відхилення в розвитку, що проявляється порушенням росту кісток, розумовою відсталістю і іншими фізичними аномаліями. Це одна з найбільш розповсюджених форм розумової відсталості.

На основі розробок останніх десятиліть, у галузі молекулярної та медичної генетики, цитогенетики і біохімії, суттєво змінилися уявлення про етіологічні механізми порушень розвитку у дітей. Серед причин патологічних захворювань і станів, при яких повторно або первинно порушується розвиток психіки дитини, значне місце посідають різноманітні патогенні мутації [8;с.44-48].

Підвищений інтерес, що проявляється різними вченими до зазначеної групи, пояснюється окресленістю клінічних ознак, вираженою частотністю синдрому Дауна, а також кращим (у порівнянні з іншими хромосомними синдромами) виживанням і в цьому зв'язку - можливістю раннього виявлення.

Моніторинг літературних відомостей показує, що синдром Дауна є найбільш дослідженою формою олігофренії. Вперше її описав у 1836р. французький психіатр Ж.Ескіроль, а в 1866р. - англійський педіатр Джон Лангдон Даун, який показав її в клінічній характеристиці як «монголоїдну ідіотію». Оцінка синдрому Дауна, як монголізма приписується і Роберту Чемберсу.

Найбільш детальний науковий опис, зазначеної аномалії після Л.Дауна, належить англійським лікарям Мітчел і Фрейзеру (1876), а

наприкінці 90-х рр. синдром Дауна, описувалася вже в різних країнах: в Англії на неї вказують Гаррод, Сміт; в Німеччині перший опис належить Ньюману (1899), у Франції - Бонвель. У Росії, про це захворювання вперше повідомив відомий психіатр П.І.Ковалевський (1905) [19; с.19].

Багаточисленні описи синдромальних ознак, не показували причин їх появи, тому відсутність якісних даних про причину хвороби, призводила дослідників до різноманітних гіпотез і теорій: виродження, атавістичної, гіпотези ендокринної патології, теорії расової дегенерації, та інше

Після знаходження хромосомної етіології синдрому Дауна, виріс інтерес до його клінічних проявів, почалася інтенсивна розробка теоретичних проблем, щодо цього захворювання, інтенсивно розвивалися методи об'єктивної лабораторної діагностики для визначення генетичної форми (регулярна трисомія, мозаїцизм, транслокаційний варіант).

Поява нечітких, так званих «м'яких» форм синдрому Дауна визнавалося весь час, починаючи з робіт Л. Дауна. Це були такі випадки, коли в частині клітин хромосомний комплекс не змінений і зайва 21 хромосома з'являється тільки в певному відсотку клітинних ядер, що і було ознакою мозаїцизму [8; с.51].

У групі з кількістю трисомних клітин менше 50%, регулярніше зустрічається збережений інтелект в нижніх його межах, що зближує з приграничною формою розумової відсталості, а при наявності більше 50% трисомних клітин, частіше зустрічається олігофренія. Насправді, синдром Дауна не зв'язаний з расовими особливостями, і зустрічається у представників різних рас. Синдром вдалося експериментально відтворити у щурів, шляхом рентгенівського опромінення ембріона на 12-13-й день вагітності.

При всіх видах хромосомних аберацій в аутосомах (нестача, транслокація або делеція, зайва хромосома) неминуче проявляється

слабоумство, при якому грубий інтелектуальний дефект з'єднується з ураженням ряду систем: кісткової, зорової, серцево-судинної, мовної ендокринної, слухової, та інших [30].

На підставі клінічних експериментів, можна стверджувати, що у більшості дітей з трисомією-21 є складний психофізичний дефект. Ізольована розумова відсталість проявляється тільки у 18% хворих, а у 42% з них, розумова відсталість поєднується з відхиленнями слуху, у 12% - з порушенням зору, у 28% - з неповноцінністю обох сенсорних систем.

Крім вже згадуваних відхилень будови очей у хворих з синдромом Дауна, виявляються й інші характерні ознаки: маленька округла голова, сухе стоншене волосся, гладка волога набрякла шкіра, товсті губи, маленькі округлі вуха, маленький ніс, поперечні борозенки на язичку, який постійно висунутий назовні, тому що не вміщується в порожнині рота. Пальці товсті й короткі, мізинець порівняно малий і часто загнутий усередину. Відстань між першим і другим пальцями на стопах і кистях збільшений. Кінцівки короткі, зріст, зазвичай, значно нижче норми. Статеві ознаки розвинені погано, ймовірно, в більшості випадків, здатність до репродукції відсутня. Крім того, діти з хворобою Дауна дуже чутливі до інфекції і тому часто хворіють [8; с 41].

Зазвичай представлені такі риси хворих з синдромом Дауна, як ласкавість, що сполучаються з упертістю, покірність, що дозволяє їм добре пристосовуватися до лікарняного життя, схильність до наслідування, відсутністю гнучкості, а також почуття любові і ритму до танців. Але систематичні дослідження, проведені в США і Англії, не підтверджують цей образ [22; с.214].

Встановлено, що якщо на синдром Дауна страждає один з однойцевих близнюків, то неминуче хворий і другий, а у різнойцевих близнюків, як і взагалі у сестер і братів, ймовірність такого збігу значно нижче. Даний факт, також свідчить на користь хромосомного

походження хвороби. Однак, синдром Дауна не можна вважати спадковим захворюванням, тому що при ньому не відбувається передачі дефектного гена з покоління в покоління, а відхилення виникає на рівні репродуктивного процесу.

Більшість вчених, схиляється до того, що частота синдрому Дауна однакова серед обох статей. Зусилля вітчизняних і зарубіжних вчених з клінічних і медико-біологічних розділів науки направлені на медикаментозну терапію і профілактику, але в даний час, не існує досить кращого лікування синдрому Дауна, хоча в практиці використовується широкий спектр препаратів-психостимуляторів, загальнозміцнюючих засобів, вітамінів, та інших [35].

Проводилися спроби лікувати дітей з синдромом Дауна гормонами гіпофізу і щитовидної залози, проте ці методи перебувають поки на стадії розробки. Як і інші розумово відсталі діти їх рівня, хворі з синдромом Дауна, піддаються навчанню побутовим навичкам, мовлення та іншим простим функціям, координації рухів, необхідних в повсякденному житті [40; с.26-28].

1.2. Особливості психомоторних процесів у дітей з синдромом Дауна

Так, роботи багатьох вчених, вказують на зниження (в середньому до 76% щодо норми) загальної маси головного мозку пацієнта із синдромом Дауна, особливо на зменшення об'єму стовбура мозку та мозочка (66%). Фахівці відзначають, що будова мозку дітей має форми незрілості. Це проявляється у зменшенні звивин кори та недостатній мієлінізації півкуль мозочка та головного мозку. Є данні про меншу, в порівнянні з нормою, кількість нейронів у корі великих півкуль

мозку – в лобній долі, потиличній, тім'яній, та особливо, в скроневій долях.

Більшість вчених, пов'язують саме з особливостями будови нервової системи те, що у людей із синдромом Дауна недостатньо розвивається координація рухів й рівновага, спостерігається зменшений м'язовий тонус.

Мозочок відіграє центральну роль в керуванні координації рухів та положенням тіла в просторі, і отримує інформацію від вестибулярного апарату. При тих чи інших пошкодженнях мозочка, спостерігаються порушення в рівновазі тіла і координації рухів, а також м'язова гіпотонія.

Новітні технічні методи (МРТ) в останні роки, дозволили проводити більш точні дослідження впливу будови головного мозку на розвиток та життя дітей з синдромом Дауна. Так кількісно і якісно підтверджені попередні дані про функціональність та розміри основних структурних підрозділів центральної системи людей з цією генетичною патологією.

Нейроанатомічні дослідження вказують, що особливості функціонування і будови нервової системи, які виникли в ранньому віці, стають більш чіткими і починають більш чітко виявлятися у ранньому підлітковому віці.

Враховуючи дані нейроанатомії, зупинимось на процесах пам'яті у дітей, із синдромом Дауна. Пам'ять - це закріплення, відтворення і збереження в мозку того, що відбулося в минулому досвіді людини. Фізіологічною основою пам'яті, є створення в мозку тимчасових нервових зв'язків, і їхнє наступне відтворення або актуалізація. Вона є основою формування інтелекту. За допомогою пам'яті, фіксуються події минулого, набуваються певні навички та знання, узагальнюється досвід.

У дітей з синдромом Дауна, пам'ять розвивається дуже повільно, інформацію вони запам'ятовують, лише після багаторазового повторення, швидко її забувають, і внаслідок цього не можуть в повній мірі повторити ці знання на практиці.

Особливо, у цих дітей, не працює довільна пам'ять. Обсяг пам'яті суттєво невеликий. При відтворенні заученого матеріалу досить часто спостерігають спотворення.

В процесі розвитку співвідношення між короткочасною та довготривалою пам'яттю, у дітей з синдромом Дауна, удосконалюється як в якісному, так і в кількісному плані. Краще розвивається довготривала пам'ять, в порівнянні з короткочасною.

В цілому, більша частина дітей, з даною генетичною патологією, здатна відтворити навчальний матеріал. Це є подальшою основою для організації навчально-виховного процесу для цих дітей, що дасть їм можливість використовувати набуті знання, опанування та уміння предметів шкільного циклу, зокрема оволодіння навичками читання, письма, навичками самообслуговування, рахунковими операціями, тощо.

Далі, намагаємось проаналізувати можливі складнощі у навчанні дітей, з синдромом Дауна, які виникають, внаслідок неправильної роботи психічних процесів. Також, маємо достатньо інформації, щодо недорозвитку уваги у дітей з даною генетичною проблемою.

За інформацією наукової літератури і власними спостереженнями констатуємо, що увага дітей з синдромом Дауна, знаходиться на досить слабкому рівні. При розгляді об'єктів оточуючої дійсності, діти не звертають уваги на суттєві деталі, увага затримується лише на яскравих деталях об'єкта, які його часто не характеризують або є другорядними. Їхня цікавість об'єктом часто залежить від його зовнішньої мотивації та фізичних характеристик.

Під час організованих занять, їхня увага стрімко розсіюється і внаслідок цього, вони втрачають зв'язок з педагогом і не розуміють все, про що він їм говорить. Увага в них не стійка, її дуже важко сконцентрувати. Особливістю в проведенні занять, є певний акцент на яскравих, сильних подразниках, які направлені на дитину. В результаті корекційно-розвивальної роботи, у дітей в дошкільному віці, складається невелике коло уявлень про оточуючий світ.

Однак не дивлячись на недостатню сформованість різних компонентів мовлення, дорослі і діти з синдромом Дауна демонструють достатньо високу ефективність невербальної комунікації.

Для розуміння сутності даних порушень, наведемо ряд факторів ризику, що лежать в основі особливостей формування мовлення у дітей з синдромом Дауна. Так зокрема:

- у дітей з даною генетичною патологією може спостерігатись той чи інший ступінь зниження слуху, що в подальшому стає проблемою сприймання мовлення оточуючих;
- проблеми із зором не дозволяють якісно побачити артикуляцію дорослих і, як наслідок, наслідувати її;
- знижений тонус, порушення тактильної чутливості заважають дитині здійснювати кін естетичний контроль за рухами органів артикуляції;
- анатомічні особливості будови артикуляційного апарату створюють складнощі у формуванні правильної звуковимови, порушення співвідношення ротової і носової порожнини, що виступають в ролі резонаторів, впливають на мелодичні компоненти мовлення;
- порушення функцій щитовидної залози мають вплив на тембр, темп і висоту голосу;

Крім того маємо зазначити, що діти з синдромом Дауна вирізняються особливими анатомо-фізіологічними характеристиками будови обличчя, які теж є певною перешкодою у засвоєнні мовлення. Ці особливості включають:

- гіпотонус (знижений тонус м'язів обличчя, губ, язика, щелеп);
- складнощі в синхронізації рухів цих органів (дисоціації);
- невеликий розмір ротової порожнини, порівняно з розміром язика;
- тенденція дихати через ніс (збільшення аденоїд, гланд, часті алергічні захворювання);
- високе вузьке «готичне» піднебіння;
- гіпоплазія кісток середньої частини обличчя;
- підвищена салівація;
- часта закладеність носової порожнини;
- постійно відкритий рот;
- часто висунутий язик;
- складнощі у використанні м'якого піднебіння для блокування повітряного потоку (гнусавий відтінок голосу);
- відкритий прикус та інші аномалії прикусу;
- нейромязеві особливості побудови язика.

Всі перераховані особливості не обов'язково зустрічаються у кожної дитини. Їх наявність або відсутність, а також ступінь прояву досить індивідуальні.

Сучасний підхід до формування мовлення у дітей з синдромом Дауна базується на особливостях їх психомоторного профілю, що передбачає врахування сильних і слабких сторін їхнього розвитку.

Сильні сторони цієї категорії дітей можуть стати позитивним моментом у формуванні навичок спілкування і зовнішнього мовлення

і тому мають бути покладені в основу організації логопедичної роботи з ними.

Так до сильних сторін розвитку дітей з синдромом Дауна ми можемо віднести:

- високі імітаційні можливості, що дозволяють використовувати повторення за дорослим не мовленнєвих та мовленнєвих сигналів (міміки, жестів, рухів, звуків, слів складів);
- зорова пам'ять та зорове сприйняття, що стануть основою застосування зорових підказок (предметів, малюнків, жестів, табличок зі словами);
- чутливість до тактильно - рухової стимуляції, яка призведе до формування навичок дрібної і загальної моторики, в тому числі різні види гімнастики, пасивні і активні дії, загальний та логопедичний масаж можуть бути ефективними для розвитку експресивного мовлення;
- інтерес до взаємодії та співробітництва з оточуючими дорослими людьми.

Аналізуючи дані щодо психофізичного розвитку дітей із синдромом Дауна зупинимось на деяких можливостях їхньої рухової діяльності, зокрема на якісних і кількісних змінах у формуванні загальної та дрібної моторики та функціональній фізичній готовності цих дітей на момент походу до школи.

Так основою розвитку кожної людини є рухова активність. Коли ми говоримо про загальну моторику, ми маємо на увазі ту частину рухового розвитку, яка забезпечує стабілізацію та переміщення тіла в просторі.

Розглянемо які механізми беруть участь у розвитку рухової сфери:

1) скелетно-м'язева і нейром'язева системи, збереженість яких є необхідною умовою повноцінного розвитку рухової сфери;

2) сенсорика, до якої крім основних відчуттів відносяться пропріоцептивні та кінестетичні відчуття;

3) при виконанні рухової програми необхідною умовою є просторова орієнтація;

4) бажання здійснювати ті чи інші рухи залежить від мотивації самої дитини.

У більшості дітей раннього віку, із синдромом Дауна, спостерігається велике відставання в розвитку рухової діяльності, порівняно з дітьми їх віку. При цьому, більшість вчених відмічають достатньо повільне проходження всіх стадій розвитку рухових функцій. Однак ряд дослідників, зокрема Лаутеслагер, виявили кількісні і якісні відмінності рухового розвитку дітей із синдромом Дауна від дітей, без порушень фізичного розвитку. Отже, для немовлят із синдромом, характерні підвищена рухливість суглобів та гіпотонія. Крім того, в ранньому дитинстві у них спостерігається запізнення появи і угасання безумовних рефлексів. Ці атипові прояви стають дуже помітними наприкінці першого року життя.

За даними багатьох авторів, у дітей із синдромом Дауна спостерігається збереження нормальної послідовності освоєння етапів рухового розвитку при очевидному відставанні від норми за строками її досягнення. Тобто діти із синдромом Дауна ними розглядаються як діти з відставанням рухового розвитку, а це відкриває перед нами певні перспективи їхнього фізичного розвитку і реалізації себе в соціумі.

Важливим аспектом корекційного навчання і виховання дітей з даною патологією є істинна інтеграція учнів у навчальний масовий простір з метою забезпечення плавного переходу від навчання до трудової діяльності. Навчальні заклади мають надати дітям з синдромом Дауна досвід, що суттєво збагатить і стимулюватиме їхній розвиток та зможуть створити такі умови навчання в яких дітей

будуть сприймати як повноцінну особистість з індивідуальними рисами та унікальними особливостями, притаманними цим дітям.

1.3. Оцінка стану здоров'я та медичне спостереження за дітьми з синдромом Дауна як компонент медико-психологічного супроводу

Стан здоров'я дітей раннього віку, із синдромом Дауна, характеризується певними особливостями фізичного розвитку, неврологічного статусу, функціонування основних життєзабезпечуючих систем.

Під час оцінки функціонування основних життєзабезпечуючих систем дітей із синдромом Дауна, основна увага повинна приділятися стану серцево-судинної системи, в зв'язку з високою розповсюдженістю вроджених вад і аномалій судин та серця (ризик розвитку ~50-70 %). Найчастіше поширені ендокардіальні дефекти, які можуть поєднуватися або бути ізольованими з іншими вадами. Корекція вроджених вад серця в дітей, із синдромом Дауна, проводиться в ті ж самі строки, та в тому ж обсязі, як і в дітей без наявності трисомії. Також, досить часто, в цих дітей спостерігається сповільнення закриття функціонуючого овального вікна (у віці одного-двох років). Характер анатомічних особливостей серцево-судинної системи має велике значення для вибору обсягів фізичної реабілітації дітей із синдромом Дауна.

На процес вигодовування впливають великий язик та анатомічні особливості носоглотки, які призводять до ускладнення дихання через ніс та проходження їжі, а також моторні порушення кишечника за гіпотонічним типом.

Окрім моторних проявів у дітей, із синдромом Дауна, досить часто спостерігаються відхилення всмоктування інгредієнтів їжі,

мікроелементів, вітамінів, тобто явища синдрому мальабсорбції (ризик розвитку ~ 25-35%), а також пізня поява зубів (середній вік прорізування першого зуба приблизно у віці одного року) та відхилення фізіологічного порядку їх появи при відсутності клінічних ознак рахіту в третини дітей.

Рівень порушень функціонування нервової системи, в дітей раннього віку, з синдромом Дауна, може варіювати від їх відсутності до наявності судомних пароксизмів або залишкових проявів резидуальної патології центральної нервової системи, що потребує обговорення з дитячим неврологом, призначення медикаментозних реабілітаційних курсів. Консультація невролога, необхідна при присутності певного неврологічного діагнозу, який необхідно лікувати, який є симптоматичним, спрямованим на конкретні симптоми (протиспастичні, протисудомні та інші). Патологія нервової системи, може бути виявлена, тільки при повторному огляді та довготривалому спостереженні за розвитком дитини, тому консультація невролога, у дітей із синдромом Дауна, повинна обов'язково проводитись на першому, третьому та дванадцятому місяцях, потім, не менше одного разу на рік.

Велике значення для дитини раннього віку, має стан сенсорних систем. У дітей, із синдромом Дауна, досить часто (до 6%), визначаються вроджені аномалії органу зору, частіше катаракта, яка діагностується, шляхом перевірки червоного рефлексу з очного дна. Катаракта може прогресувати повільно або швидко. При її виявленні, дитина повинна бути невідкладно направлена на лікування та обстеження до офтальмолога, який повинен мати, досвід роботи з дітьми, з синдромом Дауна. Також потребує уваги стан носового слізного каналу, в зв'язку з підвищеною частотою його обструкції й розвитком дакриоциститу.

Сімейний лікар або лікар-педіатр, повинен пам'ятати, що для цих дітей є характерною вища частота лейкемоїдних реакцій. Як правило, нехронічний мієлопроліферативний розлад, спадає – спонтанно, протягом перших 3 місяців з народження, але такі хворі, мають підвищений ризик розвитку лейкемії, пізніше (~10-30%). Поліцитемія, також є розвиненою, в дітей з синдромом Дауна (~20-65%) і може потребувати додаткових медичних заходів.

Діти з нехронічним поліцитемією і мієлопроліферативним розладом, потребують догляду, згідно з рекомендаціями гематолога.

У багатьох дітей, із синдромом Дауна, (до 75%), спостерігається уповільнення темпів фізичного розвитку: як маси, так і росту тіла. Рівень відставання може різнитися від помірного (рівень показника нижче середнього) за наявності в дитини гіпостатури до високого (нижче 3 перцентиля, тобто низького). Для хлопчиків, із синдромом Дауна, більш притаманним є варіант одночасного дефіциту маси та росту тіла, а для дівчат – варіанти ізольованого дефіциту маси тіла чи затримки росту. Показники фізичного розвитку дитини, повинні фіксуватися при кожному огляді, відображатися у вигляді графіка динаміки з його інтерпретацією та оцінкою.

Під час опису об'єктивного статусу, збору анамнезу, особливостей раннього соціально-емоційного та психомоторного розвитку дитини, рекомендується використовувати «Карту оцінки стану розвитку та здоров'я дитини із синдромом Дауна».

Враховуючи вищезазначене, під час медичного нагляду за дитиною раннього віку, із синдромом Дауна, сімейним лікарем або лікарем-педіатром, повинні бути заплановані наступні заходи:

Динамічний контроль показників фізичного розвитку (зріст, окружність голови, вага, співвідношення росту та ваги). Під час кожного прийому до медичного закладу, з відображенням графічно

та оцінкою. Для цього, необхідно використовувати таблиці показників фізичного розвитку дітей молодого віку, а також таблиці зросту та ваги, зареєстрованих у дітей із синдромом Дауна.

Збалансування раціону харчування, для запобігання ожиріння, розвитку моторних порушень верхніх відділів системи травлення, а також з метою визначення ознак синдрому мальабсорбції, який може зумовлювати зупинку набору ваги, уповільнення зросту, дефіцитні стани, відставання в розвитку. Визначення варіанта цього стану (целиакія, лактозна недостатність, та інше), дозволить найкраще відкоригувати раціон. Інформування батьків, щодо можливості затримки та нерівномірного прорізування зубів.

Контроль слуху сурдологом (аудіологічний скринінг) один раз в рік. Контроль зору, кожен рік, направляти дитину до дитячого офтальмолога або офтальмолога з спеціальною кваліфікацією і досвідом, щодо лікування дітей з вадами. Діти з синдромом Дауна, мають 50 %-ризик, розвитку рефракційних аномалій, які призводять до амбліопії у віці від 3 до 5 років.

Консультація у ортопеда, у віці 1-2 місяців, починаючи з другого року життя - 1 раз в два роки, з метою визначення заходів, щодо знаходження шийного відділу хребта, в зв'язку з підвищеною частотою атланта-аксіальної нестабільності.

Визначення концентрації тиреотропного гормону, не рідше одного разу в рік. Динамічне спостереження, разом із дитячим кардіологом, хворих з ураженнями серцевої системи (навіть після проведення повної корекції вади) з метою моніторингу щодо анатомічних порушень і відхилень серцевої діяльності.

Під час кожного візиту дитини раннього віку із синдромом Дауна, сімейним лікарем або лікарем-педіатром, повинен проводитися аналіз показників стану здоров'я дитини та одзвучитися

батькам інформація щодо особливостей розвитку дитини й обговорюватися наступні питання:

Таблиця 1.1

Етапи психомоторного розвитку дітей з синдромом Дауна

Навички	Діти з синдромом Дауна		Діти з нормативним розвитком	
	Середній вік (міс.)	Діапазон (міс.)	Середній вік (міс.)	Середній вік (міс.)
Усміхається	2	1,5-3	1	0,5-3
Перевертається	6	2-12	5	2-10
Сидить	9	6-18	7	5-9
Повзає	11	7-21	8	6-11
Ходить рачки	13	8-25	10	7-13
Стоїть	10	10-32	11	8-16
Ходить	20	12-45	13	8-18
Говорить слова	14	9-30	10	6-14
Говорить речення	24	18-46	21	14-32

Ефективність раннього втручання для проведення найсуттєвішої компенсації та корекції відхилень. Інформація, щодо знаходження реабілітаційних центрів для дітей, з цією патологією, в цій місцевості. Обговорення джерел отримання емоційної підтримки батьків хворої дитини (друзі, інші батьки дітей із синдромом Дауна, родина, організації, що надають підтримку особам із цією патологією).

Організація рухового режиму дитини, в зв'язку з м'язовою гіпотонією. Необхідність отримання послуг дитячого фізичного реабілітолога. Питання харчування. Обговорення варіантів вигодовування, вмісту основних інгредієнтів, забезпечення достатньої кількості калоражу. Організація процесу вигодовування, в зв'язку з анатомо-фізіологічними особливостями травної та респіраторної систем.

Необхідність дотримання графіка консультацій лікарями-спеціалістами (дитячим кардіологом, неврологом, ендокринологом,

офтальмологом, гематологом отоларингологом, стоматологом) для ранньої діагностики порушень функціонування внутрішніх систем і органів.

1.4. Особливості соціально-емоційного розвитку дітей дошкільного віку з синдромом Дауна

Вже немовлята з синдромом Дауна відразу після народження здатні встановлювати взаємодію з матір'ю. Якість цієї взаємодії залежить, з одного боку, від стану матері, яка переживає шок, горе і депресію після повідомлення про діагноз дитини, з іншого - від особливостей самої дитини (Р.Ж. Мухамедрахімов).

Фахівці виділяють ряд особливостей сигнальної поведінки дитини з синдромом Дауна: так, наприклад, контакт очей і соціальна посмішка з'являються пізніше, вони менш тривалі і тому малопомітні для дорослого. Вокалізація малюка менш активна, відзначається уповільнення реакції на запропоновані йому стимули [27].

Одночасно з цим у дитини з синдромом Дауна можуть спостерігатися складності при зчитуванні нею сигналів дорослого, що пояснюється додатковими сенсорними порушеннями та зниженим темпом сприйняття.

Цікаві дані про те, що на ранніх етапах затримка розвитку дитини з синдромом Дауна в значній мірі пояснюється особливістю сімейної взаємодії. Майкл Дж. Гуральник в своїй роботі «Зв'язок між загальним уявленням про розвиток дитини і системою ранньої допомоги дітям з синдромом Дауна» зазначає, що стрес, викликаний появою в родині малюка з відхиленням в розвитку, впливає на модель сімейної взаємодії [36].

Вже на самому першому етапі формування дитячо-батьківських відносин спостерігаються спотворення в процесі настроювання, що

виражаються в скороченні тривалості контакту очей, порушенні черговості вокалізацій, менш яскравою реакцією дитини на появу близької людини. Одночасний вплив на пару «мати - дитина» дає оптимальні результати і дозволяє сформувати у дитини з синдромом Дауна відносини прихильності такі ж, як у їх здорових однолітків. Хороша здатність до наслідування за умови частих контактів з мамою, вміння мами дозувати свою активність при ініціації спілкування допомагає сформувати у таких дітей високу якість взаємодії.

Наступний крок формування соціально-емоційного розвитку відбувається в умовах групи дитячого садка. Перебування дитини в колективі однолітків і нових для неї дорослих, її участь в спеціально організованих спільних іграх і діяльності допомагають максимально наблизити соціально-емоційний розвиток малюка з синдромом Дауна до вікової норми [33; с.27-31].

Одна з основних особливостей розвитку дітей з синдромом Дауна - значне відставання експресивного мовлення. Навіть на тлі відставання в інших областях розвитку активний словник виявляється найслабшою ланкою. Крім зменшеного обсягу словника спостерігається порушення формування граматичної будови [1].

Слід мати на увазі, що у дітей з синдромом Дауна:

- розуміння мовлення набагато випереджає розвиток активного мовлення;
- зорова пам'ять розвинена набагато краще слухової;
- соціальний та емоційний розвиток є найбільш збереженою сферою;
- порушення мовлення може бути посилено порушенням слуху;
- зменшений обсяг слухової пам'яті, вимагає багаторазових повторень слів для їх запам'ятовування;
- знижений тонус та складність будови мовного апарату, створюють додаткові проблеми для формування чіткої звуковимови;

- відставання мовлення при відсутності інших форм спілкування вторинно впливає на інші сфери розвитку, особливо на когнітивну [28].

У дітей з синдромом Дауна відзначаються збереження елементарних емоцій. Деякі висловлюють позитивні емоції до всіх дорослих, вступають з ними в контакт, деякі - переважно до тих, з якими вони постійно спілкуються. У дітей позитивні емоції спостерігаються частіше, ніж негативні. При невдачі вони зазвичай не засмучуються. Не завжди можуть правильно оцінити результати своєї діяльності, і емоція задоволення зазвичай супроводжує закінчення завдання, яке при цьому може бути виконано неправильно. Доступні страх, радість, смуток. Зазвичай емоційні реакції по глибині не відповідають причині, яка викликала їх. Частіше за все, вони виражені недостатньо яскраво, але інколи зустрічаються і сильні переживання з незначного приводу [37; с 205-209].

В особистісному плані цим дітям більшою мірою властива навіюваність, копіювання дій і вчинків інших людей. У деяких з цих дітей спостерігаються епілептоїдні риси характеру: надмірна акуратність, егоцентризм. Однак більшості дітей притаманні позитивні особистісні якості: вони ласкаві, доброзичливі, урівноважені [6].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-ПОБУТОВИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДАУНА

2.1. Оцінка стану психомоторного та соціально-емоційного розвитку дитини раннього віку з синдромом Дауна

До оцінки соціально-емоційного та психомоторного розвитку дитини раннього віку, з синдромом Дауна, необхідно залучати батьків, фізичних реабілітологів та логопедів, психологів.

Оцінка батьками розвитку дитини. До етапу оцінювання розвитку дитини потрібно залучати батьків, оскільки це дає можливість спеціалістам, отримати різну інформацію про уявлення батьків, щодо особливостей розвитку факторів середовища та дитини, які впливають на її розвиток.

Для визначення та оцінки особливостей розвитку дитини в когнітивній, мовній, руховій, соціально-емоційній та сферах самообслуговування, доцільно використовувати опитувальники RCDI та KID, які розроблені, для комплексної оцінки рухового та психічного розвитку дітей, на основі відповідей батьків або тих, хто повсякденно наглядає за дитиною. KID використовується для оцінки розвитку дітей віком від 2 до 16 місяців, RCDI – дітей віком від 1 року 2 місяців, до 3 років 6 місяців. Найважливіші принципи будови двох опитувальників подібні, вони описують різноманітні типові форми поведінки дитини, які стосуються різних сфер розвитку рухів, одягання, споживання їжі, допитливості, вияву емоцій, уваги, наслідування, кмітливості, розуміння простих указівок, формування слів, звуків, контакту з ровесниками та дорослими, тощо.

KID містить 252 питання, що дозволяють оцінити розвиток дитини в п'яти емпірично виділених сферах: когнітивній, мовній, руховій, соціальній та сфері самообслуговування. RCDI має 216 питань та оцінює розуміння й активне мовлення дитиною, зверненої до неї мови, тонкої моторики, розвиток великих рухів, самообслуговування та соціально-комунікативної сфери.

Обстеження, проведене на основі цих опитувальників, дозволяє отримати показники розвитку дитини за окремими напрямками та загальний показник розвитку дитини, порівняти всі отримані показники зі статистичними характеристиками здорових ровесників, і оцінити відповідність віковим нормам та отримати чіткі, кількісні характеристики структури та рівня розвитку дитини.

При використанні дослідження встановлено, що діти із синдромом Дауна, мають однорідну структуру відставання в розвитку рухової, когнітивної, мовної, сфери самообслуговування та соціальної сфер на перших та других років життя. На третьому році життя, затримка розвитку мовлення, в цих дітей, стає напевно більш вираженою, за рахунок порушення в формуванні експресивної мови. Збільшення відставання, простежувалося зі збільшенням віку дитини: середня затримка загального показника розвитку дитини на першому році життя становила 1,3 міс., на другому – 5,5 міс., на третьому році життя – майже 8 міс.

Руховий розвиток. Для точної оцінки рухових навичок дітей із синдромом Дауна, залучається фізичний реабілітолог, який застосовує методику «Оцінка рухових навичок».

За допомогою цього тесту, фіксується рівень постурального контролю та якість виконання 15 головних рухових навичок дітьми раннього віку, з синдромом Дауна: спирається на лікті, лежачи на животі, підіймає ноги, лежачи на спині, підіймає голову, лежачи на спині, підіймає руки, лежачи на спині, перевертається з живота на

спину, перевертається зі спини на живіт, сидить, ходить, повзає, спираючись, стоїть, встає, спираючись, спираючись, стоїть, не спираючись, сідає, встає, не спираючись, ходить без підтримки.

За допомогою відповідної шкали, фахівець визначає реальний рівень розвитку кожної рухової навички. Сума оцінок, отриманих за кожну навичку, показує загальний інтегральний рівень рухового розвитку дитини.

Мовленнєвий розвиток. Для оцінки мовленнєвого розвитку дитини із синдромом Дауна, в ході дослідження була створена карта «Оцінка мовленнєвих та комунікативних здібностей дитини раннього віку».

Карту заповнює логопед, на базі своїх спостережень, опитування батьків та взаємодії з дитиною. Обстеження проводиться в організованих ігрових ситуаціях та спеціально обладнаній кімнаті. Використовуються різноманітні дидактичний матеріал та іграшки відповідно до рівня розвитку дитини. Обстеження може продовжуватися приблизно 2-3 діагностичні зустрічі, по 50 хв. кожна.

Оцінка мовленнєвого розвитку дитини включає в себе три етапи:

1. Якість комунікації дитини.
2. Якість взаємодії батьків із дитиною під час комунікації.
3. Якість роботи мовленнєвого апарату.

Результати обстеження заносяться до оціночної карти, яка оновлюється з періодичністю один раз на 3-4 міс.

У першому розділі звертається увага на якість роботи мовленнєвого апарату, де оцінюється навички самостійного харчування, характер смоктання дитини, характер ковтання та жування. Логопед відмічає стан артикуляційного апарату, стан голосової та дихальної функцій дитини.

Під час оцінки якості комунікації розглядається, як дитина спілкується з використанням невербальних засобів; вивчається рівень

розуміння зверненої мови в процесі спілкування; розуміння слів, які означають предмети, дії, ознаки, прислівники, розуміння інструкцій у контексті та за межами контексту ситуації. При оцінці вербальної комунікації дитини враховується використання емоційного крику, звуків або плачу (фраз, слів) для висловлення згоди чи відмови та потреб. Вивчається стан експресивного словника дитини: обстеження активного словникового запасу та якість складової структури слів.

У розділі щодо якості взаємодії батьків із дитиною під час комунікації враховується, як батьки спілкуються з дитиною, особливості голосу, звертається увага на темп мовлення при спілкуванні, вміння витримувати паузи батьками, поняття дорослим сигналів дитини та зоровий контакт з нею.

Кожен розділ включає в себе підрозділи (області), які оцінюються за рівнями: низький (0), середній (1) та високий (2). Для того, щоб порахувати кількість набраних балів у певній області у відсотках, необхідно скласти всі бали виставлені після обстеження дитини в цій області, та ввести в графу кількість набраних балів по області. Потім, кількість балів в області, помножити на 100 та розділити на загальну максимально можливу кількість балів в області, де

КБВ – кількість балів в кожній області у відсотках,

МКБ - максимально можлива кількість балів в цій області.

КБО - кількість отриманих балів в кожній області,

Таким чином, дана анкета допомагає визначати можливу причину затримки комунікативно-мовленнєвого розвитку дитини раннього віку, обсяг активного та пасивного словникового запасу, рівень невербальних засобів самовираження та простежити динаміку мовленнєвого розвитку дитини.

2.2. Особливості ерготерапевтичних занять для дітей з трисомією 21

Враховуючи те, що в Україні немає науково обґрунтованої системи фізичної реабілітації дітей з синдромом Дауна, роботу треба починати фактично з нуля. Тому, що для розвитку моторики, життєвих навичок і вмінь дітей даної категорії потрібне створення індивідуальних програм навчання та реабілітації.

У таблиці 2.1 приведені результати дослідження Цветкової Л.С., [5, 6] що показує в якому віці опановують основні моторні навички звичайні діти і діти з синдромом Дауна.

Таблиця 2.1

Оволодіння основними моторними навичками

Основні навички	Діти з синдромом Дауна (місяці)	Звичайні діти (місяці)
Перекочуються	8	5
Сидять самостійно	10	7
Повзає	12	8
Пересувається рачки	15	10
Стоїть	20	11
Ходить	24	13

Фізична реабілітація при хворобі Дауна передбачає виховання психомоторних навичок, соціальну адаптацію, корекцію мовних функцій. У процесі навчання максимально використовується механічна пам'ять хворих, здатність до сприйняття того що оточує дитину, відносно збереження емоцій і здібність до наслідування.

З дітьми – Даунами, проводилися час від часу індивідуальні заняття. Такі заняття тривали 10-20 хвилин, якщо дитини тренується в групі, або 30 хвилин, якщо дитина тренується за індивідуальною програмою. Метою індивідуальних занять є допомога учневі в

оволодінні новими навичками, які він пізніше зможе виконати самостійно.

До змісту занять входили рухові дії для розвитку сили м'язів. Пропонувалося малюкам носити, підіймати і кидати легкі речі. Поступово збільшували вагу речей і ускладнювали завдання. Організовувалися прогулянки по нерівній місцевості. Для подолання підйомів і схилів необхідні різноманітні фізичні уміння. Пропонувалося малюкам кидати кільце в скриньку з певної відстані. Пропонувалося малюкам завдання стрибати через різні предмети – кубики, коробки, палиці, книжки, мотузки. Ставилися дітям завдання пробігти до кінця кімнати і повернутися назад. Всі малюки повинні робити це по черзі, щоб уникнути змагання.

Був прокладений в класі певний маршрут і поставлено малюкам завдання – рухатися вперед, назад, вбік і т.д. Навчали дітей координувати свої рухи і утримувати рівновагу. Ефективними засобами для розвитку у дітей координації рухів були музичні і танцювальні заняття, а також різноманітні ігри (наприклад, вдавання із себе тварин і механізмів, пересування по смузї перешкод і т.д.). Пропонувалося дітям бігати на місці під музику, при цьому прискорювали і уповільнювали її темп.

Для розвитку мілкої моторики використовували слідувачі рухові дії. Для правильного утримання олівців, ручок і фломастерів тренували пальці.

Для розвитку сили пальців добре підходили такі вправи, як: розривання пальцями газетного або обгорткового паперу; розривання кольорового паперу і викладання з отриманих шматків мозаїки; гра з тестом і глиною; нанизування на нитку намистин; малювання пальцями; будівництво з кубиків і частин конструктора «Лего». Ставили дитині завдання – узяти монети в руку і по одній кидати їх до стакана.

Поклали круглий предмет, наприклад, кришку від банки на кінчики пальців дитини. Запропонували йому помалу рухати пальцями так, щоб диск почав обертатися. Щоб виробити у дитини правильне захоплення предметів, спонукали їх писати на дошці маленькими шматочками крейди. Зменшували довжину олівців. Укороченими олівцями або шматочками крейди дітям було більш легше користуватися.

Давались дітям різноманітні маніпулятивні іграшки зі складовими частинами маленького розміру (конструктори «Лего», головоломки т.п.). Необхідно було, щоб на одязі ляльок в центрі ролевих ігор були різні види гудзиків, застібок, кнопок та ін. мілких прикрас. Рекомендували дітям одягати і роздягати самостійно ляльок і звертатися за допомогою лише у разі виникнення проблем. Пропонувалося дітям переливати воду з однієї посудини в іншу на столі для ігор з водою. Навчали малюків накривати на стіл, доручали їм готувати все до сніданку або обіду.

Нами були підготовлені шаблони і предмети різноманітних форм (геометричні фігури, зображення тварин і т.п.), щоб діти могли їх обводити і перемальовувати.

Навички самообслуговування, зокрема – навички одягання, абсолютно необхідні в повсякденному житті. Оволодіння цими навичками допоможе дитині відчувати себе упевнено, успішно знаходитися в дитячому садку, школі. Необхідно враховувати, що дитині легше навчатися знімати одяг, чим надягати його, і що найпізніше малюк може навчатися розстібати і застібати кнопки, блискавки, гудзики і зав'язувати шнурки. Для формування навиків одягання у дітей з синдромом Дауна дуже важливо помістити малюка у відповідну позу. Дії з одягання можна виконувати спільно, поклавши руки реабілітолога поверх рук малюка, добре спонукати його наслідувати дії викладача. Важливо пам'ятати, що тимчасова допомога

і ступінь участі у формуванні навичку одягання зменшується у міру оволодіння ним.

Основні принципи навчання дитини одяганню:

- кожна дія розбивається на декілька простих кроків, надаючи малюкові можливість самостійно виконати останній крок. Число самостійних кроків поступово збільшується. Обов'язково оцінюється будь-яка дія малюка. Формування навичку повинне забарвлюватися позитивними емоціями:

- найбільш ефективний час для занять - збори на прогулянку або підготовка до сну.

- активно використовується здатність дитини наслідувати діям інших людей.

- Необхідно поступово переходити від фізичної допомоги до словесної інструкції, а потім починати нагадувати дитині послідовність дій, використовуючи указаний жест.

- Поки дитина не навчилася упевнено одягатися, використовується одяг, який легко знімається і надягається.

Приведений нижче список дозволить раціонально навчати дітей з синдромом Дауна одягатися: знімає шапку і рукавички, і надягає; знімає і надягає розстебнуту дорослим куртку; спускає і стягує з себе штани; стягує з себе через голову светр, футболку; Закінчує застібати і розстібати блискавку;

знімає з себе піжаму (кофтину і штани); вставляє ноги в штани і натягує на себе штани; вставляє руки в рукави джемпера або футболки, після того, як йому допомогли надіти їх через голову; взуває взуття, не застібаючи їх; просовує голову в комір, а руки – в рукави джемпера або футболки; надягає сорочку, не застібаючи її; надягає шкарпетки; застібає одяг на гудзики; зашнуровує черевики і зав'язує шнурки.

Проведені дослідження показують, що у дітей із синдромом Дауна можна сформувати навик одягання протягом регулярних занять.

Нашою метою було спонукати дітей до користування двох-трьох-слівними пропозиціями.

Використовувалися три ігрові набори: мініатюрний ігровий майданчик, декорацію кухні з ганчірковими ляльками і різноманітні ігри-картинки, такі, як опускання картинок із зображенням їжі через проріз рота на зображенні людської особи. Під час гри педагог вимовляє відповідні фрази, в яких описувалося те, що робили діти. Для перевірки організували дітей у дві групи, з однією з яких працював педагог, а інша просто грала в іграшки у присутності дорослого. До нашого здивування, обидві групи показали значуще поліпшення оцінок, зроблених після 3 тижнів навчання, і це поліпшення підтвердило повторне тестування, проведене через 4 тижні. Різні контрольні процедури показали, що ігри не були артефактом вимірювання. Таким чином, щоденний досвід репрезентативної гри у присутності зацікавленого дорослого надав більший потенційний ефект на виразність мови дітей, чим мовні моделі педагога.

Курс лікування в умовах відділення продовжувався 6 місяців. Було проведено навчання батьків по розробленому нами комплексу домашньої рухової активності з подальшим його щоденним застосуванням у домашніх умовах.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАНЯТЬ НА РОЗВИТОК ДІТЕЙ 3-6 РОКІВ З СИНДРОМОМ ДАУНА

3.1. Ерготерапевтичні засоби реабілітації для дітей з синдромом Дауна

Ерготерапія - галузь медицини, яка проводить відновлення втрачених рухових навичок. Ціллю ерготерапії є не лише повернути втрачені рухові функції, а й заново навчити дитину до нормального життя, допомогти досягти максимальної незалежності і самостійності в побуті.

Ерготерапія займається поліпшенням якості життя дітей, які через травми або хворобу втратили здатність рухатися, займатися звичними справами і координувати рухи. Це - важкий комплекс реабілітаційних заходів, направлений на відновлення повсякденної діяльності людини з урахуванням наявних фізичних обмежень. Ерготерапевт допомагає хворому заново навчитися доглядати за собою, спілкуватися і розважатися, працювати.

Ерготерапія включає в себе оцінку, лікування та співробітництво з пацієнтом, його сім'єю, друзями і соціальними працівниками. У більшості випадків ерготерапевт співпрацює з іншими фахівцями з реабілітації, працює мультипрофесійна команда. Починаючи роботу з пацієнтом, ерготерапевт оцінює можливість пацієнта проводити повсякденні роботи, фізичні, когнітивні і комунікативні навички, а також отримати інформацію про фізичне середовище - місце проживання, умови роботи, побуту, навчання - і про соціальне середовище – сім'ю, друзів, однокласників. Головним

завданням ерготерапевта є допомогти отримати або відновити навички, які дозволять пацієнтові бути незалежним у повсякденній діяльності.

Ерготерапевт допомагає людині адаптуватися до нових умов, зменшуючи або усуваючи бар'єри навколишнього середовища. Ерготерапевти навчають пацієнтів використовувати технічні допоміжні засоби для повсякденних активностей, адаптуючи їх до життя. Ерготерапію залучають у вільному періоді кожен день по 15-20 хвилин у другій половині дня після відпочинку.

3.2. Характеристика вибірки і методики дослідження

Дослідження проводились на базі КП «Нікопольський медичний спеціалізований центр медико-соціальної реабілітації дітей». У дослідженні приймали участь 5 дітей із синдромом Дауна (трисомією 21 хромосоми), серед яких було 4 хлопчика та 1 дівчинка, віком від 3 р. 7 міс. до 4 р. 1 міс. Характеристика контингенту досліджуваних дітей наведена в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Характеристика групи досліджуваних дітей

№	Ініціали дітей	Стать	Вік	Діагноз і супутні захворювання
1	Г.С.	Ч	3,11	Синдром Дауна, вроджений порок серця, міопія обох очей
2	А.Т.	Ж	4,1	Синдром Дауна, вроджений порок серця, СДУГ.
3	М.С.	Ч	3,7	Синдром Дауна, вроджений порок серця, гіперметропія
4	Я.К.	Ч	3,8	Синдром Дауна, міопія обох очей

5	А.Х.	Ч	4	Синдром Дауна, вроджений порок серця
---	------	---	---	--------------------------------------

В ході дослідження були використані наступні методи:

1. Анкетування визначення рівня сформованості соціально-побутових навичок.

Анкета сформованості рівня соціально-побутових навичок (D. Horros and J. Williams, 1975), в модифікованому вигляді запропонована ЛВ.Шипіциною у 1997 році [46; с 378].

Мета: визначення рівня сформованості соціально-побутових навичок дітей з синдромом Дауна.

Анкета складається з 24 запитань, які ставляться батькам або особам, котрі їх замінюють. Відповіді вносять в бланк анкети. Після проведення обстеження результати порівнюються з ключем, сумується загальна кількість отриманих балів, які розподіляються за рівнями:

0-5 - низький рівень

6-10 - нижче за середній рівень

11-15 - середній рівень

16-20 - вище за середній рівень

21-24 - високий рівень.

Способи виконання завдання, при обстеженні дітей відзначається самостійне виконання завдання; самостійне виконання завдання після навчання, виконання завдання за допомогою дорослого (можливо діагностичне навчання). При огляді дітей дошкільного віку відзначаються: хаотичні дії; метод практичного орієнтування (метод спроб і помилок, метод практичного примірювання); метод зорового орієнтування.

Під адекватністю дій розуміється відповідність дій дитини умовами даного завдання, що їх диктують характером матеріалу і вимог

інструкції. Найбільш примітивними вважаються дії силою або хаотичні дії без урахування властивостей предметів.

Неадекватне виконання завдання в усіх випадках свідчить про значне порушення розумового розвитку дитини.

Навчання в процесі обстеження, проводять тільки в рамках тих завдань, які рекомендуються для дітей цього віку. Наявні наступні види допомоги:

- виконання завдання по наслідуванню з використанням вказівних жестів;
- виконання дії по наслідуванню;
- виконання завдань по наслідуванню з використанням мовної інструкції.

Дитина може засвоїти метод виконання того чи іншого завдання на рівні елементарного наслідування дорослому, діючи з ним одночасно. Але треба дотримуватися наступних умов умов:

- кількість показів виконання завдання не повинно перевищувати трьох разів;
- мовлення дорослого слугує вказівкою мети даного завдання і оцінює результативність дій дитини;
- здатність до навчання, тобто перехід дитини від неадекватних дій до адекватних, свідчить про її потенційні можливості.

Зацікавленість у власній діяльності і кінцевому результаті характерні для дітей нормального розвитку; байдуже ставлення до того, що робить, і до отриманого результату - для дитини з порушеннями інтелекту.

Всі зазначені параметри знайшли відображення в бальній оцінці пізнавального розвитку дітей. При аналізі результатів обстеження основну увагу слід приділяти оцінці можливостей дитини в плані прийняття допомоги, тобто її навчованості.

Кількісна оцінка в балах проводиться таким чином:

1 бал ставиться в тих випадках, якщо дитина не співпрацює з дорослим, поводить неадекватно по відношенню до завдання і не розуміє його цілі.

2 бали ставиться в тих випадках, якщо дитина приймає завдання, починає співпрацювати з дорослим, прагне досягти мети, але самостійно виконати завдання не може; в процесі діагностичного навчання діє адекватно, але після навчання не переходить до самостійного виконання завдання.

3 бали дитина отримує, в процесі діагностичного навчання діє адекватно, а потім переходить до самостійної способи виконання завдання, якщо вона почала співпрацювати з дорослим, розуміє його мету, приймає завдання, але самостійно завдання не виконує;

4 бали даються в тому випадку, коли дитина відразу починає співпрацювати з дорослим, розуміє і приймає завдання і самостійно знаходить спосіб його рішення.

Сумарна кількість балів, отриманих при виконанні десяти завдань, є показником психічного розвитку, який порівнюється з нормальною для даного віку кількістю балів (34-40) [31].

3.3. Результати дослідження особливостей соціального розвитку дітей із синдромом Дауна

Проведене дослідження дозволило визначити особливості пізнавальної сфери дошкільників з синдромом Дауна. Результати виконання завдань методики О. А. Стребелевої наведені на рис. 3.1.

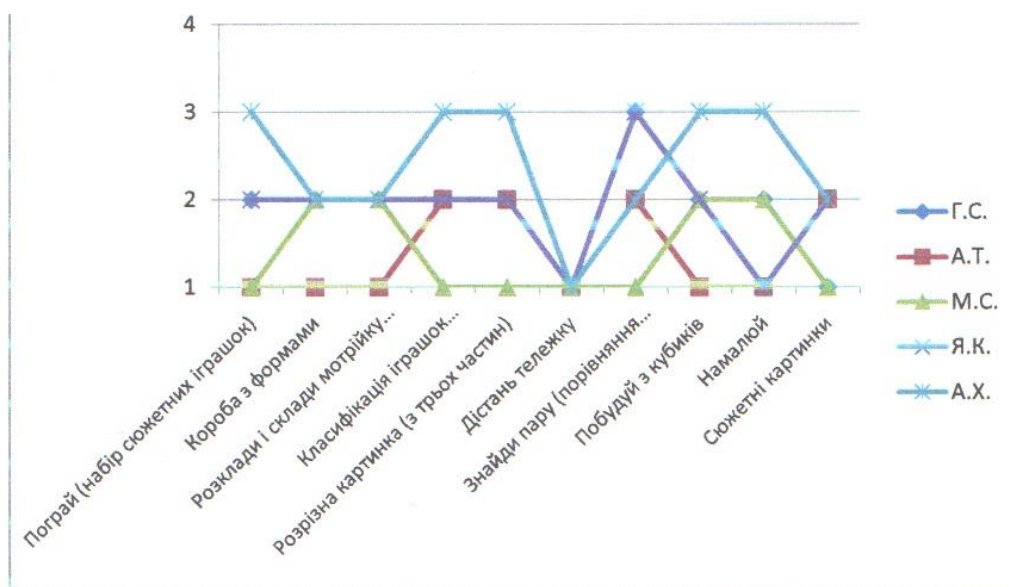


Рис. 2.1. Успішність виконання завдань методики О. А. Стребелевої дошкільниками з синдромом Дауна.

Робота дітей над завданнями мала цілу низку особливостей. По-перше, затримка реакції перед початком виконання інструкції становила близько 30 секунд. Фактичне виконання завдання залежало від емоційного забарвлення діагноста, від підкріплення його реакцією виконаного завдання. Діти проявляли негативізм до самого процесу діагностики при тривалій взаємодії (більше 4 хвилин): м'яли дидактичний матеріал, кидали у сторону. В таких випадках діагностика переривалась, проводилась у кілька етапів.

Дівчинка, не дивлячись на те, що вона старша за хлопців, показала найгірший результат.

Научуваності дітей у процесі діагностики майже не спостерігалось.

Весь процес діагностики з боку експериментатора носив директивний характер. Тільки так діти робили хоч спробу виконувати дії.

Вправа «Побудуй з кубиків» для всіх дітей була найбільш цікавою, але довести її до кінця не змогла жодна дитина.

Найбільш успішним завданням для дітей було знаходження парних картинок, але сформованість поняття «однаковий» є не в усіх.

Дістати візочок за допомогою паличок жодна дитина зробити не змогла. У всіх досліджуваних спостерігалась однотипна реакція. Діти намагалися дотягнутися рукою, встати, підійти до візочка, але скористатися паличкою жоден не спробував. Діти не прийняли і не зрозуміли завдання. Були хаотичні дії, які не приводили до бажаного результату, внаслідок чого вони злились, кидали все на підлогу, розкачувалися на стільці або втікали.

Інтерес до сюжетних іграшок майже у всіх дітей відсутній, лише досліджуваний А.Х., який набрав найбільшу кількість балів за результатами всієї діагностики, проявляв ситуативний інтерес до іграшок, його ігрова діяльність носила переважно предметно-ігровий характер. А.Т. і М.С. розкидували іграшки, кричали, коли діагност їх піднімав і клав на місце. Від виконання завдання відмовилися. Г.С. і ЯК. маніпулювали з іграшками, копіювали дії дорослого, свого в гру не привносили.

Виконання завдання «Коробка з формами» носила хаотичний характер, але виконання методом спроб навіть не спостерігалось. Жодна з фігур самостійно не була опущена у коробку. У відповідь на це засмутилася тільки одна дитина - єдина з III групи. А.Т. завдання не зрозуміла, виконувати відмовилась.

Вправа «Склади мотрійку» не була виконана ніким. Чотири досліджувані дитини намагалися зібрати мотрійку, але не порівнювали розмір і величину частин. До невдачі проявляли байдужість.

Інтерес до малювання у дітей практично відсутній. Стан дрібної моторики заважає виконанню завдання. Спостерігалися неадекватні дії (розкидування олівців). Лише А.Х. проявляв спробу виконати завдання, але воно практично було безуспішно.

Особливості взаємодії дитини з педагогом залежать від якості налагодження контакту з цією дитиною раніше, на підготовчому етапі. Всі діти активно реагували на схвалення і раділи (плескали у долоні) успішному виконанню завдання. Всі невербальні прояви з обличчя педагога діти зчитували миттєво.

Аналізуючи результати діагностики, можна сказати наступне: дві дитини (Я.К., А.Х.) показали середній рівень оволодіння соціально-побутовими навичками; більш низькі результати були у двох дітей (Г.С., М.С.); одна дитина (А.Т.) показала дуже низький результат.

Серед навичок, сформованих у всіх дітей, батьки назвали слухання музики, танцювання під музику. Всі батьки відмітили, що вони разом з дітьми відвідують місця розваг, магазини; всі діти мають друзів. Серед відсутніх навичок є практично всі навички самообслуговування: діти потребують допомоги при одяганні, туалеті, чищенні зубів, жодна дитина не вміє користуватися виделкою, ножем, зав'язувати шнурки. користуватись молнією. Самостійно користуватися вмивальними приналежностями, застібати гудзики вміють лише А.Х., і Я.К вступати у розмову та взаємодію з іншими першими вміють А.Х., Г.С. та Я.К.

Результати анкетування, спрямованого на визначення рівня сформованості соціально-побутових навичок, наведені на рис. 3.2.

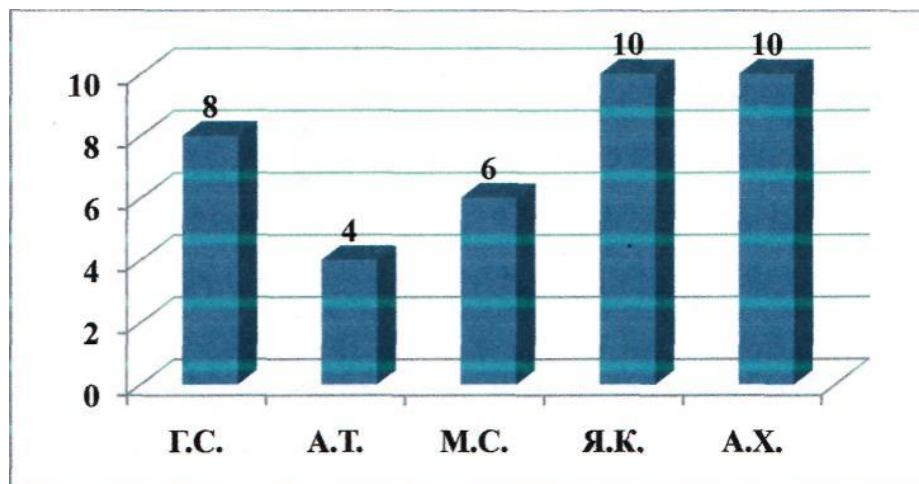


Рис. 3.2. Результати анкети "Вивчення соціально-побутових навичок дитини із синдромом Дауна".

Підсумовуючи діагностичні дані за методикою пізнавального розвитку та діагностичного навчання Стребельової та анкети «Вивчення соціально-побутових навичок» можемо зробити висновок про взаємозалежність рівня психічного розвитку і рівня розвитку соціально-побутових навичок дитини з синдромом Дауна. Чим вищий рівень психічного розвитку дитини з синдромом Дауна, тим вище рівень сформованості її соціально-побутових навичок. Вміння дитини взаємодіяти з іншими за результатами анкетування знаходить своє відображення в особливостях контакту під час діагностики, здатність зав'язувати шнурки, користуватись молнією може свідчити про стан моторної сфери, наявність зацікавленості в тій чи іншій сфері може говорити про пізнавальну активність дитини, ступінь самостійності дитини за результатами анкетування батьків знаходить своє відображення і в поведінці під час діагностики. Співвідношення рівня пізнавального розвитку дитини і рівня її соціально-побутових навичок наведені на рис.3.3.

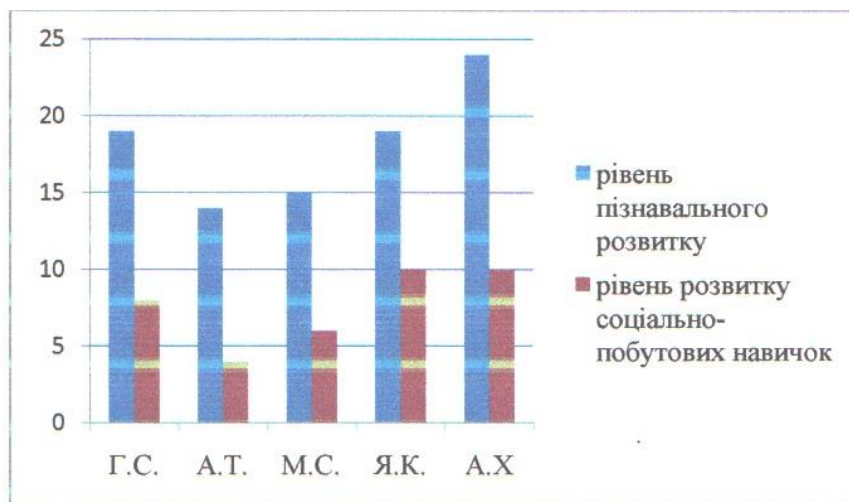


Рис. 2.3 Співвідношення рівня пізнавального розвитку і соціально-побутових навичок дітей з синдромом Дауна.

Головне завдання дошкільного навчального закладу полягає в соціалізації дитини, оволодінні навичками взаємодіяти з іншими. За результатами діагностики цю можливість діти із синдромом Дауна мають: вони вміють контактувати з іншими, вступати у взаємодію, підтримувати розмову, виконувати інструкції. Але навички самообслуговування у дітей даної групи мають досить низький рівень розвитку, що в подальшому може бути перешкодою процесу інтеграції дитини в колектив дітей з типовим розвитком (вміння самостійно їсти, одягатись, ходити до туалету та ін.), але цими навичками при системній роботі діти із синдромом Дауна мають можливість оволодіти.

ВИСНОВКИ

Аналіз літературних джерел показав, що наукових праць присвячених руховому розвитку дітей з синдромом Дауна, не достатньо. Проблема в тому, що роботи, в яких ці дані наводяться, в більшості своїй проводилися з інших причин, а не з вивчення моторики. Недостатньо наголошується той факт, що майже на всіх стадіях розвитку рухові функції діти із синдромом Дауна відстають від звичайних однолітків.

Затримка моторного розвитку поєднується у дітей синдромом Дауна з недостатнім володінням когнітивними і мовними навичками і це є величезні індивідуальні відмінності.

У фізичній реабілітації дітей 3-6 років з синдромом Дауна застосовувалися лікувальна фізична культура, ігри і працетерапія.

Поліпшення при повторному дослідженні великих моторних функцій спостерігалось в наступних навичках: з положень стоячи підстрибування на одній нозі на 29,2%, лежачи на животі на 29,1%, ходьба на колінах, самостійне сидіння на підлозі і перевероти на 22,3% і 20%, навички повзання покращилися на 16,7%, стояння і вставання на 18,7%, підняття рук, ніг і голови в положенні лежачи на спині покращилися на 12,5%. Це свідчить про ефективність використаних засобів фізичної реабілітації.

Батьки в цілому віднесли до нашого курсу реабілітації позитивно, хоча віддавали перевагу одним аспектам над іншими.

В ході проведеного дослідження розвитку дитини виявили: затримку реакцій сприйняття та відтворення матеріалу, важливість емоційного забарвлення пред'явлених завдань, низький рівень працездатності, низький рівень розвитку психомоторної сфери, відсутність довільності, критичність мислення відсутня. Була виявлена взаємозалежність між рівнем психічного розвитку дитини з синдромом Дауна та рівнем її сформованості соціально-побутових навичок.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. – М.: Медицина, 1972.- 217 с.
2. Бабаян В.В. Состояние здоровья детей с синдромом Дауна / В.В. Бабаян, А.Ф. Виноградов, Г.М. Зубарева // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. - 2013. - № 1. - С. 24-28.
3. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. - М.: ТриадаХ., 2004.-560с.
4. Беляева М. А., Кузнецов И. Е. Социально-педагогическая работа с семьей ребенка-инвалида: навч. посібн. / М. А. Беляева -Екатеринбург: АМб, 2001. - с. 120.
5. Бруни М. Формирование навыков мелкой моторики у детей с синдромом Дауна / Пер. с англ. А. Курт. – М.: Связь-Принт,
6. віку.
7. Грозная Н. С. Синдром Дауна + Аутизм. Обзор зарубежных публикаций / Н. С. Грозная //Синдром Дауна XXI век. - 2016. - №1. - с. 65-71.
8. Дефектологічний словник: навчальний посібник / за ред. В.І. Бондаря, В.М. Синьова. – К.: МП Леся, 2011. -528 с
9. Діти із синдромом Дауна: факти, навчання, допомога [Електронний ресурс] : метод. рек. / уклад.: Дерень О., Пруська А., Рибак Ю. – К. : ТОВ «Вид. дім “Плянди”», 2015. – 24 с. – (Серія «Інклюзивна освіта: крок за кроком»). – Режим доступу: <http://www.ussf.kiev.ua/ieeditions/269/1/>
10. Катаева А.А., Стребелева Е.А. Дошкольная олигофренопедагогика, - М.: Просвещение, 1988. – 261 с.

- 11.Кашіна-Ярмак В.Л. Стан соматичного здоров'я дітей раннього віку із синдромом Дауна / В.Л. Кашіна-Ярмак // Здоровье ребенка. - 2013. - № 8. - С. 48-51.
- 12.Кичка А. С. Методика навчання дітей з синдромом Дауна за програмою Сью Баклі / А. С. Кичка, В. В. Тарасова // Дитина з особливими потребами. – 2016. – № 2. – С. 8–9.
- 13.Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років: наказ № 149 від 20.03.2008/МОЗ України. – К., 2008. – 91 с.
Бочелюк В. Й. Психологія прояву комунікативних здібностей дітей з особливими потребами : монографія / В. Й. Бочелюк, Р. А. Ковтун ; Клас. приват. ун-т. – Запоріжжя : КПУ, 2012. – 224 с. – Бібліогр.: С. 178–199. – На прикладі осіб із синдромом Дауна та ЗПР.
- 14.Ковтонюк О. Синдром Дауна як тест на IQ суспільства. І знову про інклюзивну освіту, можливості дітей із СД і їхні перспективи в соціумі / О. Ковтонюк // Освіта України. – 2012. – 12 листоп. (№ 46). – С. 12.
- 15.Комплексное развитие детей с синдромом Дауна раннего возраста: рекомендации для родителей / сост. Есипова Т.П., Кобякова Е.А., Мерковская А.В. - Новосибирск.: Ресурсный центр сопровождения семей с детьми с синдромом Дауна раннего возраста, проживающих на территории г.Новосибирска и Новосибирской обл., 2012. – 34 с.
- 16.Лаутеслагер Петер Е. М. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения / Пер. с англ. О. Н. Ертановой при участии Е. В. Клочковой. – М.: «Монолит», 2003. – 344с.
- 17.Лаутеслагер П. Двигательное развитие детей раннего возраста с синдромом Дауна. Проблемы и решения. / Пер. с англ. О.Н. Ертановой. – М., «Монолит», 2003. – 196 с.
Жиянова П.Л., Поле Е.В. Малыш с синдромом Дауна. Книга для родителей. - М.: Монолит, 2007. – 208 с.

18. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: Изд. МГУ, 1985.- 297 с.
19. Максимовська В. М. Теорії походження синдрому Дауна [Електронний ресурс] / В. М. Максимовська // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. психологія. – 2012. – Вип. 21. – С. 164–167. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2012_21_44
20. Міненко А. В. Роль батьківської сім'ї у формуванні поведінкової саморегуляції дитини з синдромом Дауна [Електронний ресурс] / А. В. Міненко // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови : зб. наук. пр. / НАПН України, Ін-т спец. педагогіки. – Кіровоград, 2014. – Вип. 5. – С. 140–148. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ооор_2014_5_18
21. Нагорна О. Діти з особливими потребами. «Сонячні діти». Співпраця з батьками / Ольга Нагорна // Поч. освіта. – 2012. – № 47. – С. 2–8.
22. Нечипоренко Н. «Діти сонця» можуть багато сказати, але їх треба цього навчити : [досвід роботи Сум. обл. центра соц. реабілітації дітей-інвалідів з малюками із синдромом Дауна, за програмою «Дивись і вчись. Мова та читання»] / Н. Нечипоренко // Дефектолог. – 2014. – № 3. – С. 5–8.
23. Павлюченко О. М. Вирішення освітніх проблем в учнів з обмеженими можливостями [Електронний ресурс] : [із синдромом Дауна] / О. М. Павлюченко // Особливі діти в умовах загальноосвітньої школи (досвід закладів освіти Дніпровського району м. Києва) : практи.-метод. посіб. / Упр. освіти Дніпров. райдержадмін. в м. Києві, Район. наук.-метод. центр ; Всеукр. фонд «Крок за кроком» ; [упоряд. Сидоренко Н. А.]. – К. : РНМЦ Дніпров. р-ну, 2015. – С. 19–23. – Режим доступу: http://nmcio.ippo.kubg.edu.ua/wp-content/uploads/2015/08/Osoblivi_ditu_Posibnuk_2015.pdf

24. Питерси М., Трилор Р. Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии.- М.: Ассоциация Даун Синдром, 1997. – 134 с
25. Пішак В. П. Хвороба Дауна: новий підхід до старої проблеми (21 березня – всесвітній день людини із синдромом Дауна) [Електронний ресурс] / В. П. Пішак, О. І. Захарчук, М. І. Кривчанська // Інтегративна антропологія. – 2013. – № 1. – С. 25. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ia_2013_1_5
26. Про затвердження Клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років: наказ № 149 від 20.03.2008 / МОЗ України. – К., 2008.
27. Про внесення змін до наказу МОЗ від 20.03.2008 № 149: наказ № 90 від 13.02.2009 / МОЗ України. – К., 2009.
28. Ребенок с синдромом Дауна. Первые годы: новое руководство для родителей / под ред. Сьюзан Дж. Скаллерап / пер. с англ. О.К. Васильевой, М.Л. Шихиревой. - М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2009. – 412 с.
29. Савицький А. М. Нейропсихологічні та нейрофізіологічні аспекти навчання дітей з синдромом Дауна [Електронний ресурс] / А. М. Савицький // Наук. зап. Бердян. держ. пед. ун-ту. Серія: Пед. науки. – 2014. – Вип. 3. – С. 248–254. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nzbdpu_2014_3_43
30. Савицький А. М. Особливості просторового орієнтування дітей молодшого шкільного віку з синдромом Дауна [Електронний ресурс] / А. М. Савицький // Актуальні питання корекційної освіти : зб. наук. пр. / МОН України, НПУ ім. М. П. Драгоманова ; Кам'янець-Поділ. нац. ун-т ім. Івана Огієнка. – Кам'янець-Подільський, 2014. – Вип. 4. – С. 303–313. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko_2014_4_36
31. Савицький А. М. Психомоторна готовність до шкільного навчання дітей з синдромом Дауна [Електронний ресурс] / А. М. Савицький //

- Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. психологія. – 2013. – Вип. 23. – С. 209–212. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2013_23_64
32. Савицький А. М. Психомоторна діагностика стану функціональної готовності дітей з синдромом Дауна до шкільного навчання [Електронний ресурс] / А. М. Савицький // Зб. наук. пр. Кам'янець-Поділ. нац. ун-ту ім. Івана Огієнка. Серія соціально-педагогічна. – 2013. – Вип. 23 (3). – С. 263–270. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkr_sp_2013_23\(3\)__34](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkr_sp_2013_23(3)__34)
33. Семенова Н.А. О чем говорят цифры? Физическое развитие детей с первого года жизни с синдромом Дауна / Н.А. Семенова, А.И. Чубарова // Синдром Дауна XXI век. - 2012. - № 2 (9). - С. 12-21.
34. Синдром Дауна. Медико-генетический и социально-психологический портрет / Под ред. Ю.И. Барашнева. - М.: ТриадаХ, 2007. – 280 с.
35. Синдром Дауна. Факты: пособие для родителей / сост. Е.В. Поле. - М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2009. 36 с.
36. Стребелева Е. А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии / Е. А. Сребелева // Дефектология. - 1997, - № 2, - с. 50-58.
37. Тарасенко Н. В. Сонячна дитина / Н. В. Тарасенко // Дитина з особливими потребами. – 2016. – № 4. – С. 26.
38. Таточенко В. Якщо у малюка синдром Дауна / В. Таточенко // Сім'я і школа. - 1994. - № 10. - С. 26-28.
39. Трилор Р. Маленькие ступеньки: Программа ранней педагогической помощи детям с отклонениями в развитии / Р. Трилор. -М., изд-во: Ассоциация Даун Синдром, - 2001. - 112 с.
40. Тяжка О.В. Педіатрія / О.В. Тяжка. - Вінниця: Нова школа, 2011. – 1100 с. – Рекомендації ВООЗ щодо оцінки фізичного розвитку дітей раннього

41. Чистович И.А. Оценка уровня развития младенцев на основе русифицированной шкалы KID / И.А.Чистович, Ж.А.Рейтер, Я.Н.Шапиро. - СПб. : Институт раннего вмешательства, 2000. – 33 с.
42. Чистович И.А. Оценка уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000 / И.А.Чистович, Я.Н.Шапиро. – СПб. : Институт раннего вмешательства, 2000. – 37 с.
43. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л. М. Шипицына — 2-е изд. — СПб.: Речь, 2005. — 477 с.