

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

Педагогічний факультет
Кафедра спеціальної освіти

**АДАПТАЦІЯ ДО ШКІЛЬНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ УМОВАХ**

Кваліфікаційна робота (проект)

На здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконала: здобувач першого
(бакалаврського) рівня вищої
освіти
409 групи
Спеціальності 016 Спеціальна
освіта
Освітньо-професійної
(наукової)
Програми Спеціальна освіта
Макаренко Ольга
Володимирівна
Керівник: кандидатка
біологічних..наук, професорка
Лаврикова О.В.
Рецензент: Шевцова Я.В.

Херсон – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ І	6
Психолого-педагогічна характеристика дітей з дитячим церебральним паралічем	6
1.1. Причини порушення опорно-рухового апарату, класифікація і види.....	6
1.2. Мовленнєвий та психічний розвиток дітей з дитячим церебральним паралічем.....	15
1.3. Реабілітаційна робота і корекція дітей з дитячим церебральним паралічем.....	17
РОЗДІЛ ІІ	21
Адаптація до шкільного навчання в умовах реабілітаційного центру дітей з дитячим церебральним паралічем	21
2.1. Психологічний супровід адаптації дітей з вадами опорно-рухового апарату до навчання в реабілітаційному центрі	21
2.2. Особливості адаптації дітей з дитячим церебральним паралічем до навчання в реабілітаційному центрі.....	24
2.3. Методики дослідження адаптації до шкільного навчання дітей з дитячим церебральним паралічем	Ошибка! Закладка не определена.
ВИСНОВОК	33
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	36
ДОДАТКИ	Ошибка! Закладка не определена.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Особливого підходу в плані адаптації до навчання потребують діти з порушеннями опорно-рухового апарату. Адаптація до школи – багатоплановий процес. Головним завданням стає фізіологічна та соціально-психологічна адаптація (до вчителів, однолітків та оточуючих людей).

Вступ до школи вносить у життя дитини великі зміни. Дуже важким процесом для першокласника є період адаптації до нового оточення. Школа з перших днів стає для дитини тяжким випробуванням, яке потребує фізичних та психологічних сил. Тому потрібен час для того, щоб дитина звикла та зуміла пристосуватись і відповідати новим вимогам. Для дітей з діагнозом дитячий церебральний параліч (ДЦП) адаптація до шкільного життя має велике значення у подальшому її розвитку та соціалізації з навколишнім світом.

Визнання прав такої дитини, її інтересів, потреб, надання допомоги в процесі її особистісного становлення є в сучасних соціокультурних умовах надзвичайно важливим.

Вчені, які займались проблемою даної теми, аналізували створення психолого-педагогічних умов з метою здійснення корекційного впливу на розвиток дітей з ДЦП. Особливу увагу вивченню адаптації до навчання у школі приділяли такі вчені як: Н. Максимова, В. Синьов, О. Хохліна, В. Піскун, В. Сорочинська.

Дитячий церебральний параліч, як термін, використовується для характеристики певних груп хронічних станів, при яких уражається рухова і м'язова активність з порушеннями координації рухів.

Дитячий церебральний параліч є розповсюдженою причиною дитячої інвалідності. Порушення виникає в результаті недорозвинення або пошкодження мозку в ранньому онтогенезі і проявляється у вигляді різних

рухових, психічних і мовних порушень. Провідними є рухові порушення, які часто поєднуються з психічними та мовними розладами, порушеннями функцій інших аналізаторських систем (зору, слуху, чутливості), судорожними випадками.

Як відомо, діти з руховими порушеннями внаслідок ДЦП мають статус дитини з особливими освітніми потребами, які потребують реабілітаційних заходів, а відсутність або несвоєчасна допомога може призвести до серйозних, а часом незворотних наслідків.

Головним завданням реабілітації дітей з ДЦП в умовах реабілітаційної установи є розвиток їх потенційних можливостей, корекція поведінки, розширення соціального горизонту, прищеплення їм трудових та соціально значущих навичок і умінь.

Рішення проблеми комплексної адаптації та реабілітації дітей з обмеженими можливостями в сучасному суспільстві, на мій погляд, доцільно шукати в залученні дітей до роботи методами реабілітації та терапії.

Діти, які мають порушення опорно-рухового апарату (ДЦП), потребують спеціальної корекційної підтримки. Весь дитячий досвід, набутий у процесі соціалізації, пов'язаний з розвитком і вдосконаленням довільних рухів.

Рухові порушення обмежують предметно-практичну діяльність, що обумовлюють недостатній розвиток предметного сприйняття. Рухова недостатність утруднює маніпуляцію з предметами, їх сприйняття на дотик. Зв'язок цих порушень з недорозвиненням зорово-моторної координації і мовлення перешкоджають пізнавальній діяльності.

Мета дослідження – дослідити особливості адаптації дітей з дитячим церебральним паралічем до навчання в умовах реабілітаційних установ.

Відповідно до поставленої мети визначено такі *завдання дослідження*:

1. Аналіз психолого-педагогічної літератури щодо проблем дослідження адаптації дітей з ДЦП

2. Розглянути специфіку мовленнєвих порушень у дітей з порушенням опорно-рухового апарату

3. Обґрунтувати методики дослідження дітей з дитячим церебральним паралічем.

4. Визначити рекомендації щодо адаптації до навчання у школі дітей з дитячим церебральним паралічем.

Об'єкт дослідження – адаптація дітей з дитячим церебральним паралічем до навчання у школі в реабілітаційних умовах.

Предмет дослідження – особливість пристосування до навчання у школі дітей з дитячим церебральним паралічем.

Методи дослідження – для вирішення поставлених завдань був використаний аналіз спеціальної літератури, описовий метод та метод узагальнення .

Практичне значення результатів. Результати дослідження можуть використовуватись педагогами спеціальних та загальноосвітніх шкіл, студентами та викладачами ВНЗ.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, шести підрозділів, висновку, списку використаних джерел (30 найменувань) та додатку. Основний текст викладено на сторінках

РОЗДІЛ І

Психолого-педагогічна характеристика дітей з дитячим церебральним паралічем

1.1. Причини порушення опорно-рухового апарату, класифікація і види

Термін «порушення опорно-рухового апарату» несе в собі характер і включає в себе рухові порушення, які мають органічне центральне або периферичне походження. Причинами цих порушень можуть бути як генетичні порушення, так і органічні пошкодження головного мозку і травми опорно-рухового апарату.[8]

При найрізноманітніших вроджених або набутих захворювань рухових функцій у більшості дітей спостерігається одні й ті ж самі порушення.

В дослідженнях таких вчених як: І.Ю. Левченко, Н.В. Симонової, М.В.Іполітової та ін. описані клініко-педагогічні особливості певної групи дітей. Також великий вклад в вивчення дітей з порушенням опорно-рухового апарату і розробки методів реабілітації внесли, такі клініцисти, як Е.М. Мастюкова і К.А Семенова.

При тяжких формах рухових порушень дитина не опановує навички ходьби і маніпуляторної діяльності, вона не може самостійно себе обслуговувати.[21]

При середньому ступені рухових розладів діти опановують ходьбу, але ходять невпевнено, часто за допомогою спеціальних пристосувань (милиці і т.д). Як правило вони не в змозі самостійно пересуватись по місту і їздити на громадському транспорті. Через порушення маніпулятивної функції навички самообслуговування у них розвинені також у не повному обсязі. При легкому ступеню-діти ходять самостійно, без проблем їздять в

транспорті, можуть самообслуговуватись і мають досить розвинену маніпулятивну діяльність. Однак у дітей можуть спостерігатись неправильні патологічні пози і положення, порушення ходи та руху, вони недостатньо спритні і уповільнені. Спостерігається зниження м'язової сили і є недоліки функціональних можливостей кісток і пальців рук (дрібна моторика). Порушення опорно-рухового апарату виникає унаслідок певних захворювань, які ведуть за собою цілий ряд причин та наслідків, отриманих травм чи ампутації. Для дітей у яких спостерігаються порушення рухової активності відчують труднощі під час пересування, але вони мають змогу користуватися палицями, інвалідними візками, «ходунками», тощо.[11]

Дитячий церебральний параліч характеризується повною мірою невмінням контролювати координацію своїх рухів, відповідно через це діти у яких спостерігається цей діагноз практично завжди мають певні недоліки які не можливо не помітити людині у якої немає цього діагнозу. Залежно від того наскільки уражений той чи інший відділ мозку, ми можемо спостерігати певні відхилення, наприклад, мимовільні рухи, спазми певних ділянок тіла, напруженість та «танцююча» хода. Крім того, у дітей можуть спостерігатись порушення зору, слуху, мовлення, затримка розумового розвитку.

Навчання таких дітей ні чим не відрізняється від навчання дітей з нормою інтелекту, але звичайно враховуючи всю тяжкість форми та характеру захворювання.[16]

Діти з дитячим церебральним паралічем мають змогу навчатися в звичайній школі зі звичайними дітьми, вони можуть пересуватися на інвалідному кріслі через пандуси, або ж в залежності від тяжкості хвороби навчатися вдома.

У залежності від причин порушення опорно-рухового апарату таких дітей можна поділити на певні групи:

1. Діти з порушенням внаслідок захворювань центральної нервової системи.
2. Діти з вродженими патологіями опорно-рухової системи
3. Діти з набутою патологією та травмами опорно-рухового апарату
4. Діти, які мають проблеми з опорно-руховим апаратом через спадкові захворювання.[22]

У педагогічній діяльності розрізняють також категорії дітей, які через порушення опорно-рухового апарату мають проблеми з психофізичними особливостями та можливостями оволодіння навчальним матеріалом, тобто:

- Діти з особливостями опорно-рухового апарату, які можуть пересуватись самостійно при цьому маючи психічний розвиток, близький до нормального;
- Діти з церебральним паралічем(ДЦП), мають ускладнену затримку психічного розвитку та з тяжкими мовленнєвими порушеннями;
- Діти з ДЦП, які мають тяжку ступінь розумової відсталості;
- Діти з ДЦП, в яких спостерігається порушення слуху та зору в тяжкій формі.

Серед усіх цих категорій дошкільники які мають діагноз дитячий церебральний параліч складають доволі значну категорію, яка потребує спеціальних умов для розвитку та корекції.

Кожна дитина яка має порушення опорно-рухового апарату неодмінно має отримати кваліфікаційну допомогу спеціалістів, ретельно вивчений психічний розвиток такої дитини та визначення відповідних умов до навчання та життя у середовищі.[19]

Корекційно - педагогічний підхід передбачає вплив рухових, мовленнєвих та психічних порушень у динаміці дитячого організму. Внаслідок чого повинна бути стимуляція розвитку усіх сторін психіки, мовлення і моторики, а також корекція їх порушень.

Зміст дошкільної освіти дітей з порушеннями опорно-рухового апарату побудовано на принципах особистісно орієнтованої взаємодії дорослих та дітей, яка має в себе включати:

- благополуччя кожної дитини;
- корекційний розвиток;
- зміцнення психічного та фізичного розвитку дітей;
- пізнавальний розвиток;
- формування уявлень про загальнолюдські цінності;
- взаємодію з сім'єю.[26]

Основною складовою системою допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату є навчання в спеціалізованих школах та інтернатах, де завдяки правильному підходу педагогів здійснюється виховання, навчання та психологічна підтримка у розвитку дітей, лікування та підготовка їх до життя у суспільстві.

Мета корекційно-педагогічного навчання та виховання полягає у забезпеченні всебічного розвитку дитини, максимальна адаптація до шкільного життя та суспільства в цілому. Для закріплення змісту програми враховуються основні напрямки корекційно-педагогічної роботи з дітьми які мають вади опорно-рухового апарату у різні вікові періоди.

- формування предметної та предметно-ігрової діяльності, здатність доволіно включатись у діяльність;
- формування наочно-дійового мислення;

- формування мовленнєвого та предметно-практичного спілкування з оточуючими;
- розвиток знань уявлень про довкілля, навколишній світ;
- тренування вестибулярного апарату;
- формування функціональних можливостей кистей пальців рук;
- розвиток зорово-моторної координації;
- формування навичок самообслуговування.(2-3 роки)

Молодший вік (5-7 років) та старший дошкільний вік (6 і 7 років)

- розширення словникового запасу (активного та пасивного словника);
- формування зв'язного мовлення;
- розширення запасу знань про навколишнє середовище;
- розвиток сенсорних функцій ;
- розвиток уваги, пам'яті, мислення.

Формування дрібної моторики у дітей з порушенням опорно-рухового апарату має надзвичайно важливим аспектом у навчально-виховному процесі, адже саме розвиток дрібної моторики має вплив на навички самообслуговування, ігрової, трудової та навчальної діяльності. Під час розвитку дрібної моторики розвивається просторове сприйняття, пам'ять, мислення, увага, мовлення, тобто враховуючи всі перелічені компоненти ми можемо зауважити, що розвивається в цілому психічна діяльність дитини.[12]

Класифікація та види:

<i>Спастична форма</i>	<i>Двійна гімеплегія (тетрапарез)</i>	<i>Гіперкінетична форма</i>	<i>Атонічно-астатична форма</i>
------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

<p>Це біль поширена форма ДЦП, що особливо часто зустрічається у недоношених дітей. Вона проявляється спастичним тетрапарезом, при якому верхні кінцівки вражаються в значно меншому ступені, ніж нижні. У дітей із спастичною диплегією в 70% спостерігаються мовні порушення у формі дизартрії і в 60-80%-інтелектуальні. Відразу після народження тонус в м'язах ніг зазвичай буває</p>	<p>Це найважча форма ДЦП, пов'язана з великим ушкодженням головного мозку, внаслідок внутрішньоутробної інфекції, важкої родової асфіксії і так далі. Рухові розлади виражені в рівній мірі в руках і ногах, або руки уражені сильніше, ніж ноги. Усі клінічні прояви пов'язані з переважанням ригідності м'язів, що посилюється під впливом інтенсивних тонічних рефлексів, що зберігаються упродовж багатьох років. Відразу після народження</p>	<p>Гіперкінетична форма. Ця форма ДЦП зазвичай виникає внаслідок важкої гіпоксії або ядерної жовтяниці, що викликають переважне ушкодження базальних гангліїв; Рідше причиною може бути недоношеність з подальшою черепно-мозковою травмою під час пологів, при якій відбувається розрив артерій, що</p>	<p>Ця форма ДЦП зустрічається значно рідше за інші форми, пов'язана з поразкою мозочка, що в деяких випадках поєднується з поразкою лобових відділів мозку. Характеризується парезами, низьким тонусом м'язів за наявності патологічних тонічних рефлексів, порушенням координації рухів, тремором, гіперметрією (неспівмірність, надмірність рухів), неможливістю утримувати вертикальну позу. Тривалий час рухові</p>
--	--	--	---

<p>понижений, але згодом в ногах поступово розвивається спастика (відбувається підвищення м'язового тону), обмеження сили і об'єму рухів у поєднанні з незредукованими тонічними рефлексами. При вертикальній підтримці хворого його ноги перехрещуються внаслідок високого тону в м'язах стегон, що приводять, що порушує опорність стоп, осанку, утрудняє</p>	<p>відзначається дифузна м'язова гіпотонія, але впродовж першого року життя відбувається підвищення тону в м'язах тулуба і кінцівок. Будь-яка спроба руху може призводити до реакцій співдружності з наростанням м'язового тону і фіксацією в патологічній позі. Діти насилу опановують навички сидіння; стояння і ходьба зазвичай неможливі. У більшості хворих не вдається розвинути рухові навички. Але в найбільш легких</p>	<p>забезпечують кров'ю підкіркові ядра. Рухові розлади проявляються у вигляді мимовільних насильницьких рухів, з переважанням розгинальної спастичності м'язів усього тіла - гіперкінезів; м'язова ригідність шиї, тулуба, ніг.</p>	<p>функції залишаються недосконалыми, дитина коштує і ходить на широко розставлених ногах, хода нестійка, невпевнена, руки розлучені в сторони, тулуб здійснює багато надмірних рухів, що гойдають, з метою збереження рівноваги, дитина часто падає. Усі рухи неточні, неспіввимірні, порушені їх синхронність і ритм. Розлад координації тонких рухів пальців і тремтіння рук утрудняють здійснення самообслуговування</p>
---	--	---	--

стояння і ходьбу.	випадках рухові навички формуються, хоча з великим запізненням і патологіями.		і оволодіння навичками малювання і листа
-------------------	---	--	--

У перші кілька днів або навіть місяців життя дитина не відрізняється від своїх ровесників. Симптоми дитячого церебрального паралічу здатні з'явитися набагато пізніше. Їх тяжкість залежить від ступеня ураження головного мозку, своєчасної допомоги та лікування. Клінічна картина, яка притаманна патології, виглядає так:

- зниження або підвищення тону м'язів;
- деформація скелета;
- збереження рефлексів, які зникають у здорових дітей у віці до 6 місяців;
- судоми;
- проблеми в роботі зору та слуху;
- порушення ковтального рефлексу.

Причини появи дитячого церебрального паралічу:

- недбалість медичного персоналу, який приймав пологи;

- мала вага дитини, або недоношеність;
- внутрішньоутробне кисневе голодування;
- ускладнення плаценти;
- вплив токсинів на вагітну жінку;
- крововилив у мозок.

Всі перераховані фактори можуть сприяти формуванню хвороби новонародженої дитини.[24]

Рухові ігри, які рекомендовано проводити для дітей з ДЦП:

1. Діти сидять перед інструктором ЛФК і під пісню дорослого повторюють за ним рухи:

Пальчик на пальчик тук, тук(2 рази)

Плескай, плескай, плескай!

Ніжками топ, топ, топ

Заховались, заховались!

Пальчик на пальчик тук, тук, тук.(2 рази)

Розвиток координації рухів в дрібних м'язових групах пальців рук і кісточок, збільшення амплітуди рухів в суглобах, збільшення координації зорового та слухового аналізаторів, розвиток швидкої реакції.

2. Діти лежать або сидять на полу, ноги витягнуті. По сигналу інструктора розкачують ступні ніг в різні сторони(вправо, вліво),згинають та розгинають ноги.

Укріплення м'язового апарату стопи, збільшення амплітуди рухів в суглобах пальців ніг.

3. Діти сидять на килимі. Інструктор називає тварин, птахів, або показує їх зображення та запитує: « Як вони пересуваються?» і діти показують тварину.

Завдяки цим іграм відбувається розвиток загальної моторики, що дуже важливим є для дітей з дитячим церебральним паралічем.[20]

1.2. Мовленнєвий та психічний розвиток дітей з дитячим церебральним паралічем

В складній структурі порушень дітей з церебральним паралічем велике місце займає мовленнєвий недорозвиток. Особливості порушення мовлення та ступінь їх виразності залежать насамперед від локалізації і тяжкості ураження головного мозку. В основі порушень мовлення при церебральному паралічі входить не тільки пошкодження певних структур мозку, але й найбільш пізніше формування або недорозвиток тих відділів кори головного мозку, які мають важливе значення в мовленнєвій і психічній діяльності.[13]

Дітям з таким діагнозом притаманні певні мовленнєві труднощі, під час розмови в них порушується міміка, починається слинотеча, дизартрія в тяжких формах спостерігається – алалія та афазія.

У дітей з порушенням опорно-рухового апарату має уповільнений темп формування найголовніший компонентів мовленнєвої системи:

- фонетики;
- лексики;
- граматики.

Внаслідок чого, знижується розвиток комунікативних здібностей та зниження мотивації до спілкування, через що починаються проблеми в соціальній адаптації таких дітей. Тому найголовнішим етапом у допомозі в адаптації до навчання дітей з дитячим церебральним паралічем є формування навичок спілкування з оточуючими людьми, правильність мовлення та користування його в повсякденному житті. Основними

завданнями мовленнєвого розвитку стають певні критерії для навчання дитини рідної мови та використання її в певному напрямку, а саме:

- розвиток словника(активного та пасивного)
- формування зв'язного мовлення;
- формування граматичної сторони мовлення.

Ми повинні розуміти, що при кожній формі дитячого церебрального паралічу спостерігається порушення мовлення і нажаль для таких дітей дуже важким є пізнання та спілкування з оточуючим середовищем.[16]

Мовлення - це основний засіб спілкування дитини з навколишнім світом, він дає змогу при спілкуванні донести свої почуття та емоції, мовлення формується з раннього віку дитини і продовжує розвиватись на протязі усього його життя.

У дітей з таким діагнозом у віці перших трьох років формуються ті ж самі навички та форми спілкування, що і у здорової дитини, але потреба у спілкуванні виражена менше. Це можна пояснити як надмірною гіперопікою батьків по відношенню до хворої дитини, так і слабкою пізнавальністю дітей, обумовленою сенсомоторною недостатністю і соціальною ізоляцією в домашніх умовах.

Коли дитина з руховими порушеннями починає розмову, їй приходить з'ясувати з різними складнощами. Крім того, їй складно найчастіше встановити контакт, так як його погляд, мова, слова, жести бувають не вірно зрозумілими співбесіднику. Після невдач у спілкуванні діти не мають бажання у продовженні контакту з кимось ще.

Рухові порушення впливають і на невербальне спілкування. Якщо руками неможливо робити зрозумілі жести, передача емоцій та мовлення ускладнюється. Навички невербального спілкування будуть розвиватися лише тоді, коли навколишнє середовище зрозуміє і зустрине подібні спроби спілкування з розумінням.

Порушення соціальних контактів призводить до ряду відхилень в формуванні особистості дитини з патологією опорно-рухового апарату і при відсутності недостатньої кваліфікаційної психолого-педагогічної корекції можуть викликати появу негативних рис характеру.

Психодіагностика дозволяє визначити особливості актуального психічного стану і потенційних можливостей психічного розвитку дитини з дитячим церебральним паралічем.

При дослідженні дітей з порушенням психічного розвитку дуже важливо враховувати такі показники, як рівень сформованості винахідливої діяльності і стан зорового сприйняття, просторових уявлень, моторних функцій.

Для психічного розвитку при дитячому церебральному паралічі характерна виразність психоорганічних проявів, виснаження психічних процесів.[28]

Відмічається труднощі переключення на інші види діяльності недостатності концентрації уваги, затримка уваги, зниження об'єму механічної пам'яті. Велика кількість дітей відрізняється низькою пізнавальною діяльністю, що проявляється в низькому зацікавленості до задач, поганою зосередженістю, повільністю і зниженістю психічних процесів. Низька розумова робота частково пов'язана з синдромом , який характеризується швидкою втомою при виконанні інтелектуальних завдань. Найбільш виразно він проявляється в шкільному віці при різних інтелектуальних задачах. При цьому порушується зазвичай цілеспрямована діяльність.

Основним порушенням пізнавальної діяльності є затримка психічного розвитку, пов'язана як з раннім органічним ураженням мозку, так і з умовами життя.[29]

1.3. Реабілітаційна робота і корекція дітей з дитячим церебральним паралічем

Реабілітація - це комплекс медичних, педагогічних, психологічних мір по відновленню автономності, трудових здібностей та здоров'я людей з обмеженими фізичними та психічними можливостями в результаті перенесених (реабілітація) або вроджених (абілітація) захворювань, а також в результаті отриманих травм.

Реабілітація дітей з порушеннями опорно-рухового апарату складається із 4-х етапів:

- підготовка;
- розробка програми реабілітації та її реалізація;
- корекція реабілітаційних вимог;
- оцінка ефективності реабілітації;
- розробка амплітуди та точності руху;
- концентрація уваги на правильному і послідовному «включенню» м'язів в руховий акт;
- реабілітація.

Основні принципи і напрямки реабілітаційних заходів (Шабаліна Н.Б та інші):

1. Адаптація хворих до життя у середовищі з тяжким дефектом.
2. Своєчасність, взаємопов'язаність, непереривність реабілітаційних заходів.
3. Етапність соціальної та медичної допомоги хворим на дитячий церебральний параліч в залежності від віку.
4. Спеціалізовані ясла садки, школи, професійно-технічні училища, технікуми.

5. Амбулаторне, стаціонарне, санаторне лікування (включаючи ортопедичний, неврологічний стаціонар та ін.)
6. Включення до реабілітації різних фахівців: лікар-реабілітолог, психолог, педіатр, невропатолог, логопед та ін..)

Види реабілітації

Лікувальна гімнастика. Вона розвиває досить добре випрямлення та рівновагу, тобто так званого постурального механізму, який забезпечує правильний контроль голови в просторі і по відношенню до тулуба, розвиток функції рук і предметно-маніпуляторна діяльність, розвиток зорово-моторної координації.[14]

Під впливом лікувальної гімнастики в м'язах дитини з дитячим церебральним паралічем виникають адекватні рухові відчуття. В процесі лікувальної гімнастики нормалізуються пози і положення кінцівок, знижується тонус м'язів, зменшуються насильницькі рухи. Дитина починає правильно відчувати пози і рухи, що є великим стимулом до розвитку і удосконаленню його рухових функцій та навиків.

Діти, які мають такий діагноз, обов'язково мають виконувати наступні фізичні вправи:

- розтяжка;
- розслаблення м'язів та зменшення тонузу;
- тренування нормального м'язового стереотипу для постановки правильної ходьби;
- тренування рівноваги шляхом ходьби по похилим поверхням;
- тренування на збільшення сили м'язів.

Іпотерапія - це особливий вид лікувальної реабілітації, через яку хворий отримує свою допомогу кіньми. Має неабиякий вплив на хворих соматичними, психічними захворюваннями.

Ерготерапія - вона направлена на розвиток або відновлення втрачених раніше елементарних навиків, в тому числі і рухових функцій.

Це своєрідна лікувальна гімнастика, яка дозволяє тренувати координацію рухів і дрібної моторики. Вона в змозі пристосувати людину до повсякденного життя, досягти самостійності в діях, пристосувати до життя, а саме до життя в домашніх умовах, приготуванні їжі, самостійний догляд за собою, гігієна.

Гідротерпія - в основі її використовується вода, а сама терапія направлена на розслаблення певних груп м'язів. Такий курс має декілька комплексів вправ на розслаблення, розтяжки та укріплення м'язів.

Дельфінотерапія - це ще один вид відновлення лікування для дітей з дитячим церебральним паралічем. Взаємозв'язок з тваринами проходить під пильним наглядом спеціалістів: тренера, психолога, психотерапевта, дефектолога.[30]

Важливим фактором у проведенні цієї процедури є позитивний емоційний настрій дітей з якими будуть проводити дану процедуру.

Комплексний підхід до терапії і реабілітації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, використання нових ефективних методів лікування забезпечить дітям не лише виправлення наявного дефекту, але й покращить їх життя у суспільстві.

РОЗДІЛ II

Адаптація до шкільного навчання в умовах реабілітаційного центру дітей з дитячим церебральним паралічем

2.1. Психологічний супровід адаптації дітей з вадами опорно-рухового апарату до навчання в реабілітаційному центрі

Діти, які мають порушення опорно-рухового апарату мають право бути прийнятими в колектив однолітків, розвиватись в співвідношенні зі своїми можливостями і обирати перспективу участі в житті суспільства.[12]

Адаптація дитини до вступу в навчальний заклад стає найбільш актуальною для сьогодення, адже дитина яка має певні відхилення у розвитку опорно-рухового апарату має можливість навчатись як в загальноосвітній школі, так і проходити навчання та корекцію в реабілітаційному центрі. Проблему адаптації має вирішувати психолог через розвивальну, корекційну та психодіагностичну роботу з учнями, а також провести бесіду з батьками учнів та класними керівниками. Таким чином ми маємо змогу зрозуміти структуру розвитку дітей з певними відхиленнями, а також співпрацювати з родиною учня та його найближчого оточення людей.[3]

Навчання дітей з дитячим церебральним паралічем відрізняється від навчання дітей з нормою інтелекту, враховується час проведення уроку , організація фізичної хвилини, перерви, прогулянки на свіжому повітрі, перевірка домашнього завдання. Все це має неабиякий вплив на дитину, адже в залежності від того як вона буде розвиватись, пізнавати навколишнє середовище, буде залежати її адаптація до суспільства. Психологічний супровід навчання реабілітаційного центру полягає в тому, щоб допомогти

кожному учню соціалізуватися й адаптуватися до суспільного середовища шляхом корекції розвитку та особливих можливостей.

Навчальна діяльність має велике значення, вона відділяє дитину від певного рівня свідомості, тобто дитина яка раніше не мала усвідомлення про розуміння значення власної діяльності починає змінюватись і змінювати своє відношення у сім'ї та середовищі.[15]

Успішність її навчання залежать насамперед від готовності до вступу в школу. Ми маємо розуміти, що готовність дитини до школи повинно відповідати певним критеріям: психологічна та фізична підготовка.

Психологічна готовність полягає у особистісному комплексі морально-психологічних особливостей, в якому найважливішим є мотиваційна сторона.

Фізична готовність полягає у підтримці рухової активності, як ми знаємо для дітей з проблемами опорно-рухового апарату цей критерій є найважчим, адже здатність управляти рухами тіла не дає повну змогу розкрити її фізичний розвиток.[19]

Сьогодні у реабілітаційному центрі знаходиться багато дітей, які звичайно потребують допомоги розвитку та соціалізації в суспільство, для них важливо адаптуватися до середовища в якому вони живуть, мати змогу піклуватися насамперед про себе і правильно вести себе з оточуючими людьми.

Становище цих дітей щодо адаптації у шкільному житті набагато покращиться, якщо нове положення про навчання дасть їм право так само навчатися як і здорові діти, без будь-яких перешкод.[8]

Важливим при адаптації дитини з церебральним паралічем є розвиток уявлень про навколишній світ, що її оточує. Якщо ми розширимо

ці уявлення то це неабияк вплине на подальший розвиток дитини та її самопочуття .

Для дитини буде цікавим засвоєння нової інформації, що збагатить словниковий запас, перегляд художніх фільмів, проведення екскурсій, вивчення літератури все це збагачує її внутрішній світ, та впливає на моральне самопочуття.[21]

Вчителю та вихователю треба бути особливо пильними під час роботи з дітьми з опорно-руховими вадами, адже такі діти особливо схильні до зниженого темпу виконання роботи, треба поступово збільшувати темп виконання завдань. У цьому випадку добре допомагає виконання завдання з обмеженим часом, тобто для дітей вміння швидко переключатись з одного на інше впливає на якість виконання завдань.

Під час вступу до школи важливим є стан мовлення дітей. Як ми знаємо у дітей з дитячим церебральним паралічем є певні проблеми з мовленням, словниковим запасом і звичайно їм набагато тяжко навчитись писати та читати через певні відхилення. Для дітей дуже важким є висловлення власної думки, через що найчастіше люди які спілкуються з такими дітьми не в змозі зрозуміти про що йде мова. Мовленнєва спрямованість, включення мови в усі види діяльності, мотивація мовленнєвої діяльності це все слід забезпечити в ході вступу до навчання в школі.[23]

У дітей з таким діагнозом значною мірою страждають всі властивості уваги. Для удосконалення та розвитку треба займатися і включати вправи на розвиток уваги та мислення. Найбільш корисними заняття будуть зі шкільним психологом.

2.2. Особливості адаптації дітей з дитячим церебральним паралічем до навчання в реабілітаційному центрі

Сучасна система освіти не має особливих підготовчих етапів дитини з порушеннями опорно-рухового апарату до навчання у школі в умовах інклюзії. Насамперед підготовка таких дітей відбувається за освітніми критеріям, що передбачені програмою навчання. На жаль, найбільша увага приділяється безпечному та зручному середовищу, де буде навчатись дитина, а ніж підготовка її самої до школи.[2]

Інклюзивне навчання в Україні передбачає, що всі діти незалежно від діагнозу можуть навчатись за місцем проживання в звичайних класах та завжди матимуть змогу отримати допомогу в процесі навчання. Кожен рік все більше шкіл відкривають інклюзивні класи. А отже постають проблеми пов'язані з підготовкою дитини з особливими освітніми потребами до навчання в таких класах.[16]

Адаптація дітей з дитячим церебральним паралічем закінчується успіхом якщо в роботу включаються спеціалісти: шкільний психолог, соціальний педагог, логопед, асистент вчителя, лікарі, дефектолог, вчителі та батьки. Всі ці спеціалісти відіграють не аби яку роль в житті кожної особливої дитини.

Діти, які мають такий діагноз зазвичай менш соціалізовані ніж їх підлітки, найчастіше вони мають проблеми стосовно спілкування та адаптації в звичайне середовище. Для них необхідно більше часу, щоб усвідомити себе в ролі учня, звикнути до оточуючих людей, змінити свою поведінку, працювати над собою. Важливо насамперед звернути увагу на поведінку цих дітей на їх емоційно-моральний розвиток, на її само усвідомленість, ставлення до оточуючого середовища. Це можна зробити за допомогою занять, вправи які треба використовувати в групах з іншими

дітьми, створенню позитивної атмосфери в групі, збагачення уявлень про навколишній світ дитини.[12]

Ми повинні чітко розуміти, що дитячий церебральний параліч - не лікується, але його можна так би мовити «послабити», тобто проводити фізичні, корекційні, реабілітаційні вправи, завдяки цим вправам діти з таким діагнозом зможуть себе краще почувати і соціалізуватись в навколишнє середовище їм буде легше. Своєчасна комплексна реабілітація допоможе як найкраще компенсувати пошкодження, хоча все залежить від форми і тяжкості даного діагнозу, якщо складність перевищує то і наслідки реабілітації будуть незначними, але якщо легкість форми то ми з великою ймовірністю можемо корегувати дане захворювання. Реабілітаційні програми передбачають комплексну допомогу дітям з порушенням рухового апарату, до них входять:

- фізіотерапевтичний;
- медикаментозний;
- психологічний;
- соціальний вплив.

Всі ці комплекси мають неабиякий вплив не тільки на фізичний стан дітей, але й на психологічний.

Лікувальна фізкультура є найважливішим засобом фізичної реабілітації, вона допомагає розвивати м'язи, покращує координацію рухів, збільшує амплітуду рухів у суглобах тощо. Заняття покращують не лише фізичний стан дитини, але й розумовий розвиток в цілому, адже діти починають краще само обслуговувати себе, а їх трудова діяльність покращується.

Чим раніше почати реабілітацію, тим кращі будуть результати. При найтяжчих формах даного діагнозу, збереження певних функцій і

відтворення їх в ході фізичних дій, це вже є великим результатом, що не може залишитись непоміченим.[24]

Для підвищення ефективності занять при дитячому церебральному паралічі, застосовують безліч методів та прийомів. Для забезпечення комфортної та безпечної реабілітації використовують певні обладнання, в ході яких відбувається корекція та фізичний розвиток дитини. Воно може бути використане в будь-яких освітніх установах, реабілітаційних центрах, інклюзивно-ресурсних центрах, так і в домашніх умовах. Треба розуміти, що кожній формі даного діагнозу назначають різні методи фізичної реабілітації.

Рекомендації щодо адаптації до школи дітей з дитячим церебральним паралічем:

1.Корекційну роботу треба починати якомога раніше, тому що внаслідок порушення певних психічних функцій можуть вдруге порушуватись інші психічні процеси. Корекційні заходи повинні здійснюватись за допомогою різноманітних ігор, тому що провідною діяльністю в цьому віці є гра. Гра сприяє сприятливому розвитку психіки дитини і його мови, а також допомагає у залученні до його життя нових умінь та навичок.

2. На заняття важливо об'єднувати дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, адже це сприяє виробленню прагнення до вдосконалення своїх рухових навичок, наслідуванню тим дітям, у яких вони більш розвинені.

3. Важливо чітко організувати руховий режим дітей з ДЦП протягом усього їх перебування в спеціальних закладах. Необхідно підібрати дітям найбільш зручну для них позу під час роботи за столом, ігор та сну.

4. Під час колекційного заняття важливо своєчасно проводити рівномірні включення динамічних пауз (через 10 хвилин).

5. Тривалість корекційних занять, ускладнення завдань, збільшення амплітуди дій має відбуватися поступово з урахуванням індивідуальних можливостей дитини.

6. Протягом усього заняття важливо активізувати роботу всіх аналізаторів(зорового, слухового, кінестетичного). Діти повинні дивитися, слухати та промовляти, а використання музики і танців сприятливо впливає на розвиток загальної моторики у таких дітей.

7. В процесі навчання вчителю треба обов'язково приділяти і звертати увагу на невдачі дитини при цьому підтримувати та хвалити дитину.

8. Вчителю обов'язково треба знати всі риси характеру свого учня, як позитивні так і негативні.

9. Необхідно працювати над всіма причинами порушення, але особливу увагу приділяти загальній моториці дитини.

10. Необхідно виховати в дитині з дитячим церебральним паралічем повноцінного члена суспільства, на рівні з іншими людьми.[28]

2.3. Методики дослідження адаптації до шкільного навчання дітей з дитячим церебральним паралічем

Для вивчення адаптації дітей до шкільного навчання з порушеннями опорно-рухового апарату використовується метод тестування та бесіда.

Бесіда повинна проходити в спокійній та тихій обстановці, дитина повинна почувати себе розслабленою та готовою до проходження тестів та завдань. Питання задаються в усній формі при цьому треба стежити за настроєм дитини, якщо вона починає нервувати її треба обов'язково підбадьорити.

Не треба ні в якому разі кричати на дитину та виявляти своє невдоволення, якщо вона не виконала завдання або допустилась помилки.

Методика 1.

1. Розуміння граматичної конструкції.

Перевіряючий говорить дитині речення: «Василь пішов на прогулянку зі своїми друзями після того як зробив домашнє завдання. Речення повинно звучати чітко та правильно. Найкраще повторити його двічі, щоб бути впевненим що дитина його краще почула. Потім перевіряючий ставить запитання: «Що Василь зробив раніше – пішов на прогулянку з друзями чи зробив домашнє завдання?». Дитина відповідає на поставлене запитання.

2. Розуміння словесних доручень.

На столі розкидані олівці. Перевіряючий говорить дитині: « Збери всі олівці, які лежать на столі та поклади їх на полицю». Після того як дитина все зробила, перевіряючий запитує: « Де раніше лежали олівці? Звідки ти їх взяв?».

Виконання завдання залежить від того наскільки дитина зрозуміла поставлене перевіряючим завдання. Якщо для неї виявиться завдання важким, воно повинно обов'язково бути спрощеним.

3. Розповідь за картинками.

Перед дитиною безглуздо розкидані картинки, на яких зображено добре відому їй послідовність дій. Наприклад (на першій картинці – дівчинка прийшла зі школи додому, на другій – вона сідає їсти, на третій – йде робити домашнє завдання, а на четвертій – готується до сну). Перевіряючий просить дитину розкласти картинки в правильній послідовності і просить пояснити чому так.

Оцінка результатів.

Виконання кожного завдання оцінюється знаками «+» і «-».

- У 1 завданні використовуються знаки «+» при правильній відповіді та знак «-» при неправильній. Знак (+, -) не використовується.

- У 2 завданні знак «+» використовується при виконанні завдань і правильна відповідь на обидва запитання, знаком «+ -» проміжне завдання, а знаком «-» ні повної ні спрощеної відповіді.

- У 3 завданні знаком «+» відмічається правильне розташування картинок та правильний опис подій. Не вважається за помилку зміна послідовності картинок, якщо дитина обґрунтувала своє рішення. Знак «-» ставиться у тому випадку коли дитина не може обґрунтувати свою відповідь.

Підсумковий рівень розвитку мислення та і мовлення оцінюється як «високий», якщо всі вище поставленні завдання зроблена на «+». На проміжних рівнях знак «-».

Методика 2

1. Збирання розрізаних картинок.

Дитині пропонується скласти картинку з різних порізаних частин. Перевіряючий говорить: «Картинка зламалась і нам треба її скласти, щоб вона знову була у гарному стані». Якщо дитина не може справитись із поставленим завданням, перевіряючий пропонує прощений варіант, але ні в якому разі не говорити які частини належать один до одного.

2. Малювання людини.

Дитині пропонують намалювати людину. Якщо вона говорить, що в неї нічого не вийде, або вона взагалі не вміє її малювати, треба підбадьорити дитину і сказати, що в цьому віці в усіх дітей не добре виходять малюнки, але вони всі по своєму гарні та цікаві. Після чого перевіряючий говорить: «Що найперше ми почнемо малювати?» відповідь: «голову» і дитина починає малювати голову, а потім і всі інші частини тіла. В кінці обов'язково запитати: «Ти намалював усе що потрібно».

Оцінка результатів:

Кожне із завдань оцінюється знаком +,- або +/- . Збирання дитиною картинок оцінюється знаком «+» якщо вона правильно їх збрала, у тому разі якщо дитина склала одну не правильно, а іншу правильно то ставиться «+-». А якщо обидві картинки зібрані не правильно, то ставиться знак «-».

Оцінка намальованої людини:

Враховуються наявність усіх частин тіл: голова, очі, ніс, губи, вуха, шия, тулуб, руки, ноги, пальці, одяг, взуття.

Малюнок оцінюється знаком «+» якщо все вище перелічене присутнє на ньому і навпаки якщо менше 5 частин тіла відсутнє, то оцінюється малюнок в знак «-». У тих варіантах де оцінюється знак «+» це «високий» рівень, а «низький» рівень оцінюється знаком «-» .

Методика 3

Завдання: «Напиши своє ім'я»

Метою цієї методики є адаптація до процесу обстеження.

Перевіряючий говорить: « Діти, напишіть своє ім'я в нижній частині аркуша. Ім'я і першу літеру прізвища, якщо хтось зможе, то напишіть прізвище повністю. Ви все зрозуміли і запам'ятали?» Діти відповідають. Можливо хтось з вас не може писати? Нічого страшного в цьому немає, адже ви прийшли щоб навчатись, я вам допоможу. Під час допомоги у написанні свого імені і прізвища, можна запитати в дитини, де на її думку краще писати її ім'я та прізвище.

Методика 4

«Четвертий зайвий»

За допомогою цієї методики можна виявити недоліки та проблеми зі сторони вербального мислення.

Перевіряючий говорить дітям: «Зараз ми з вами будемо розгадувати загадки. Я називаю вам чотири слова, а ви повинні вибрати одне зайве та записати його або замалювати. Нічого крім зайвого слова не треба писати

або малювати! Потім ви повинні пояснити чому ви вибрали саме це слово, сказати потрібно мені тихенько на вушко. Слухайте уважно!»

Повторювати ці слова потрібно чітко і зрозуміло, три рази поспіль. Перевіряючий пропонує дітям взагалі по чотири таких набору слів, щоб в дітей виходило по чотири малюнки.

При закінченні першої групи слів, через активізацію уваги починається наступна група слів:

1. Будинок, літак, палац, споруда
2. Банан, яблуко, ложка, апельсин
3. Черевики, ручка, тапці, туфлі
4. Вікно, двері, диван, квітка.

Кожна методика дослідження включає в себе:

- збір даних про захворювання дитини;
- заповнення батьками анкети(збір інформації щодо дитини);
- опитування вчителем (для визначення дезадаптації та виявлення факторів, які впливають);
- обстеження дитини за допомогою методики 1(дослідження стану мовлення дитини її емоційного сприйняття та здатність до збереження уваги)
- обстеження дитини за допомогою методики 2(вивчення її ставлення до однолітків, вчителя та до навчання у школі).

Методика 5 «Графічні проби для аналізу»

Перевіряючий пропонує дитині не відривати олівець від паперу відтворювати графічний ряд по наслідуванню.

- 1- Ряд «ланцюжка»
- 2- Ряд «парканчики»
- 3- Ряд «дах»

Для аналізу дитині пропонувалось зробити в двох варіантах. Перевіряючий говорить: «Малюй і підказуй сам собі: ланцюжок-один, ланцюжок-два, ланцюжок-три». Результат оцінювався за 4-бальною системою. Розвиток психомоторних функцій складний у ранньому та дошкільному віці. Для дітей характерна підвищена стомлюваність, дратівливість вони стають метушливими також підсилюються насильницькі рухи. Такі особливості визначають сполучення занять психомоторики із заняттями спрямованими на розвиток загальних функцій дитини й попередженню в них вторинних емоційних та поведінкових відхилень.

ВИСНОВОК

1. Встановлено, що у дітей які мають порушення опорно-рухового апарату вирізняють різні ступені тяжкості захворювання. В залежності від локалізації ураження головного мозку вирізняють певні групи захворювання, при тяжкому ураженні страждає вся рухова активність дитини, в тому числі спостерігаються психічні розлади. Самостійне життя для таких дітей вкрай тяжке і потребує особливої уваги зі сторони як батьків так і оточуючих людей. При середньому ступені рухових розладів, ми спостерігаємо невпевнену ходу, найчастіше діти пересуваються за допомогою спеціальних приборів(палиць,ходунків). Для пересування по місту і в громадському транспорті взагалі неможливе, адже через певні проблеми зі здоров'ям для них це виявиться дуже тяжким завданням. Порушення маніпулятивної функції несуть в собі проблеми самообслуговування, через що і виникає проблема у пристосуванні до самостійного життя. При легкому ступені діти ходять самостійно, без проблем їздять в транспорті і можуть себе само обслуговувати, хоча в них і спостерігаються неправильні патологічні пози та положення. Найголовнішим критерієм у допомозі дітям з ДЦП є навчання у спеціалізованих закладах, де буде проходити їх підготовка до життя у суспільстві.

2. У роботі, ми показали причини та наслідки ДЦП, визначили мовленнєвий та психічний стан в залежності від ступеню локалізації ураження. В основі порушень мовленнєвих функцій при ДЦП є не тільки пошкодження структур мозку, але й найбільш пізній розвиток або недорозвиток тих відділів кори головного мозку, що відповідають за мовленнєвий та психічний розвиток дитини. Дітям з порушенням опорно-рухового апарату характерний певний ряд причин, при яких з'являються труднощі мовлення, починаючи з порушення миміки і

закінчуючи такими патологіями як – алалія та афазія. У дитини починається зниження до комунікативних здібностей та до спілкування з оточуючими. Основним завданням вчителя стає розвивати та збагачувати дитячий словник(активний та пасивний), прилучати дитину до відповідних вимог у співбесіді з іншими людьми. З психічної сторони, ми можемо зазначити що тяжким є переключення на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, затримка уваги та зниження об'єму пам'яті. Найбільш виразно низька розумова робота проявляється при вирішенні інтелектуальних завдань, при цьому порушується цілеспрямованість дітей.

3. Досліджено реабілітаційні заходи, щодо корекції та лікування дітей з ДЦП, забезпечення лікувальних терапій та гімнастики щодо подолання недоліків у порушенні опорно-рухового апарату. Під впливом лікувальної гімнастики у дитини в м'язах виникають адекватні рухові відчуття, нормалізується положення кінцівок та пози, найголовнішим є те, що знижується тонус м'язів. Дитина під час занять починає правильно відчувати пози та рухи, що і стає великим стимулом до розвитку і удосконаленню її рухових функцій а навиків.

4. Методом дослідження встановлено, що психомоторні функції у дітей з ДЦП відносно відстають від їх однолітків з нормальним інтелектом. У зв'язку з недорозвиненням психомоторних функцій йде затримка навичок письма. У дітей з нормою інтелекту ця навичка стає більш розвиненою до початку молодшого шкільного вік. Для дітей з даною патологією характерним є недорозвиток координованих рухів пальців рук, просторові та ритмічні порушення. У дітей виникали труднощі при відтворенні правильного положення рук, неточності, сповільнений темп написання, а також відзначали не сформованість навичок письма. Проведення дослідження встановило, що розроблений

ряд психологічних рекомендацій треба враховувати в подальшій роботі з даною категорією дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астахов В.А. Детский церебральный паралич: понятие, этиология, симптомы. Астахов В.А. Здоровье – 2000 - №3 – С.14-15
2. Афанасьев С. Порівняльна характеристика просторової організації тіла дітей молодшого шкільного віку, які страждають церебральним паралічем і їх здорових однолітків С. Афанасьев Спортивний Вісник Придніпров'я. 2005. № 1. С.91-94.
3. Бабушкина, О.Ф.«Физическая реабилитация при травмах и заболеваниях нервной системы» Текст учебное пособие О.Ф. Бабушкина.- Симферополь, 2011.-104 с.
4. Бортфельд С.А. Лечебная физическая культура и массаж при детском церебральном параличе С.А. Бортфельд, Е.И.Рогачева - Л.: Медицина, 1986. - 176 с.
5. Бадалян, Л.О. Невропатология Л.О. Бадалян.- М.: Академия, 2009.- 384 с.
6. Булекбаева Ш. Новые подходы к комплексной реабилитационной терапии детей, страдающих детским церебральным параличом Ш. Булекбаева Педиатрия. 2002. № 2. С. 95-98.
7. Васина М. В., Танцюра С. Ю. Дистанционное обучение детей с тяжелыми двигательными нарушениями при церебральном параличе с использованием дистанционных технологий Коррекционная педагогика. — 2008. — № 2 (26). — С. 65–70.
8. Вассерман, Е.Л., Катышева М.В. Многомерное клинико-нейрофункциональное исследование высших психических функций у детей с детским церебральным параличем Е.Л. Вассерман, М.В. Катышева. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1998.,- № 2.- 45-52.

9. Власенко, С.В. Клинико-диагностические критерии формирования долгосрочной программы реабилитации двигательных функций у больных ДЦП С.В. Власенко, Г.М. Кушнир, 2013.- № 1.- С.65-59

10. Герасіна С. Корекція порушень психофізичного розвитку дітей з вадами опорно-рухового апарату засобами дельфінотерапії С. Герасіна Молодий вчений. 2017. № 10. С. 725-729.

11. Гуровец Д. Методика реабилитации психомоторных нарушений у умственно отсталых школьников на занятиях ЛФК Д. Гуровец. Дефектология. 2009. № 1. С. 31-36.

12. Гусейнова А.А. Основные направления медико-психологопедагогической помощи дошкольникам с тяжелыми двигательными нарушениями в условиях реабилитационного центра А.А. Гусейнова Коррекционная педагогика. - №1. - 2004. - С. 21-27.

13. Дубровский В.И. Детские церебральные параличи - В кн.: Спортивная медицина: учеб. для студ. высш. учеб. Заведений Дубровский В.И. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. - С. 425- 426.

14. Детские церебральные параличи Козьявкін В.И., Бабадаглы М.А., Ткаченко С.К., Качмар О.А. – Львів: „Медицина світу”, 1999 – 312 с.

15. Забрамная С. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития у детей С. Забрамная. М. 2005. С. 92-110.

16. Козьявкін В. Ретроспективний аналіз результатів лікування за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації В. Козьявкін Міжнародний неврологічний журнал. 2018. № 3. С. 13-2

17. Королева Е. Физическая реабилитация детей с детским церебральным параличом методом ЛФК и иппотерапии Е. Королева Педагогіка та психологія. 2005. № 10. С. 148-152.

18. Луговський А. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: Методичний посібник А. Луговський. Львів. 2008. С. 56-71.

19. Маргосюк І. Клініко-патогенетична характеристика рухових порушень при дитячому церебральному паралічі І. Маргосюк. Х. 2000. С. 102-109.

20. Мерзлікіна О. Методичні рекомендації з корекції рухових функцій дітей-інвалідів з наслідками церебрального паралічу О. Мерзлікіна. Львів. 2002. – С. 202-207.

21. Опара І. Корекція рухових порушень молодших школярів з дитячим церебральним паралічем в умовах спеціальної школи І. Опара Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2010. № 7. С. 73-76.

22. Проскуріна Т. Класифікація та особливості основних форм дитячого церебрального паралічу Т. Проскуріна Молода спортивна наука України: збірник наукових статей в галузі фізичної культури та спорту. Випуск 8. Львів. 2004. Т. 2. С. 292-295.

23. Прусс С.В. Коррекция двигательных и вегетативных нарушений у детей, больных спастическим церебральным параличом: материалы VII Украина-Баварского симпозиума. Социальная педиатрия Прусс СВ., Лазарева С.И. - Днепропетровск. - 2005. - С. 219.

24. Романенко О. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем О. Романенко. К. 2003. С. 69-85.

25. Семенова К.А. Восстановительное лечение больных с резидуальной стадией детского церебрального паралича – Москва: „Антидор”, 1999 – 384 с.

26. Стадненко Н., Ілляшенко Т., Борщевська Л., Обухівська А. Методика діагностики відхилень у розумовому розвитку молодших школярів та старших дошкільників Н. Стадненко, Т. Ілляшенко, Л. Борщевська, А. Обухівська. К., 2008. С. 103-114.

27. Семенова К.А., Мастюкова Е.М., Смуглин М.Я. Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. — М.: Просвещение, 2005. — 320 с.

28. Шевцов А. Дитина з порушеннями опорно-рухового апарату в загальноосвітньому просторі: методичні рекомендації фахівцям з організації та впровадження інклюзивної форми навчання дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: навчально-методичний посібник А. Шевцов. К. 2014. С. 118-125.

29. Яценко Е. Динамика нейрофизиологических показателей у детей с церебральным параличом под влиянием комплексного лечения с использованием прерывистой нормобарической гипокситерапии Е. Яценко Фізіологічний журнал. 2012. № 4. С. 89-94.

30. Яковлева М.Ю. Детский церебральный паралич Здоровье, 2000 - №5-С.10.

ДОДАТОК А**КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ
ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНЬСЬКОГО
ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

Я, Макаренко Ольга Володимирівна, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
 - принципів та правил академічної доброчесності;
 - нульової толерантності до академічного плагіату;
 - моральних норм та правил етичної поведінки;
 - толерантного ставлення до інших;
 - дотримуватися високого рівня культури спілкування;
- надавати згоду на:
- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
 - оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
 - використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
 - самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
 - надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
 - не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
 - своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
 - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
 - підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
 - поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
 - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
 - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;
 - запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;
 - не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;
 - не підроблювати документи;
 - не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;
 - не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки ;
 - не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;
 - не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;
 - не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;
 - не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;
 - не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.



Ольга Макаренко

_____ (дата)

_____ (підпис)

_____ (ім'я, прізвище)