

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Херсонський державний університет

Медичний факультет

Кафедра медицини та фізичної терапії

**АДАПТИВНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ
ВАДАМИ СЛУХУ**

Кваліфікаційна робота (проєкт)

на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр»

Виконав: студентка IV курсу
спеціальності

227 Фізична реабілітація

Освітньо-професійної програми

«Фізична терапія, ерготерапія»

Титюк Лідія Вікторівна

Керівник к.н.фіз.вих. та спорту,

старший викладач Таран І. В.

Рецензент к.м.н. доцент Гайдай М.

I.

Херсон 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Проблема сучасності освітнього простору дітей з особливими освітніми потребами	6
1.1. Статистичні дані по Україні дітей з особливими освітніми потребами.....	6
1.2. Особливості інклюзивного навчання в освітньому просторі.....	9
1.3. Класифікація дітей з особливими освітніми потребами.....	10
РОЗДІЛ 2. Вивчити загальні відомості про втрату та порушення слуху у дітей та підлітків	12
2.1. Висвітлення проблеми реабілітації осіб з вадами слуху.....	12
2.2. Підхід та підбір засобів фізичної реабілітації для осіб з порушенням та втратою слуху.....	17
РОЗДІЛ 3. Адаптивна програма фізичної реабілітації осіб з вадами слуху	21
3.1. Засоби фізичної реабілітації для слабочуючих дітей.....	21
3.2. Особливості підходу до психофізичного розвитку осіб з втратою слуху.....	24
3.3. Комплексна реабілітація після кохлеарної імплантації.....	28
ВИСНОВКИ	35
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	37
ДОДАТКИ	
Додаток А.....	43

ВСТУП

Актуальність теми. З кожним роком в Україні, та в усьому світі, проблема порушення слуху стає більш поширеною та актуальною як у медичному так і в соціальному аспектах. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у всьому світі щорічно народжується понад 665 тисяч осіб з вадами слуху, на одну тисячу новонароджених із нормальним слухом, з них одна дитина яка має виражений ступень приглухуватості, легкий та середній ступені порушення слуху виявляють у 1-2% народжених дітей. Втрата функції слухового аналізатора призводить до таких проблем як: затримка формування мовних навичок, інтелекту та особистості дитини в цілому. Зниження слуху, значно погіршує якість життя, обмежує особу у виборі фаху, а також часто призводить і до виключення із соціуму [49].

За прогнозами експертів ВООЗ до 2030 року кількість осіб з незворотними формами глухоти збільшиться на 30%. За даними офіційної статистики всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 25% всіх людей із проблемами слуху страждають з дитячих років, при цьому, як мінімум 50% випадків хворих на цю недугу можна запобігти. Насторожує те, що у 62-64% дітей із порушенням слуху виявляють різні ступені та види вестибулярної дисфункції, дизрегуляцію кінестезіологічного аналізатора, зниження рефлекторної відповіді на подразники, у 43% випадків ця вада пригнічує гальмівні процеси кори головного мозку. Тому, на жаль, глухота або (тяжка приглухуватість) у новонароджених та дітей прелінгвального

віку без проведення своєчасної діагностики та методів лікування призводить до глухонімоти, що є причиною сповільнення психофізичного і соціального розвитку з подальшою інвалідизацією. Дуже важливим є раннє виявлення вродженої, чи набутої приглухуватості, так як визначальним чинником ефективності реабілітації залежить від часу початку лікування дітей із приглухуватістю. Своєчасне і правильне виявлення діагнозу надає більшої можливості успішної інтеграції та адаптації дитини у розмовне середовище, покращує і сприяє розвитку пізнавальних навичок, що є попередженням її виключення із соціуму. Для запобігання тяжких наслідків бажано проводити діагностику та реабілітацію дітям до 6-місячного віку. Для своєчасної корекції – слухопротезування, слід проводити аудіометричний скринінг із метою ранньої діагностики вад слуху [8].

Порушення функцій слухового аналізатора призводить до цілого ряду вторинних та супутніх відхилень а саме до затримки в мовному розвитку осіб, так як мова є основним засобом взаємозв'язку людей з навколишнім світом. Порушення цього зв'язку веде до зменшення обсягу одержаної інформації, що відображається на розвитку всіх пізнавальних процесів, і тим самим впливає на процес оволодіння всіма видами рухових навичок [27].

Завдяки найновішій медичній, технічній та корекційній технології більшість дітей з дефектами слуху можуть успішно чути звуки, яких вони раніше не могли чути. Сучасні адаптивні цифрові слухові апарати та системи кохлеарної імплантації надають реальну можливість користувачу чути та розрізняти мовні й оточуючі звуки.

Важливу роль відіграє кохлеарна імплантація, її користь в тому, що у людини з порушеннями слуху з'являється можливість та умови для подальшого навчання, повноцінно працювати та відпочивати нарівні з чуючими людьми, для самореалізації стремління, бажання та повноцінних власних можливостей, покращення свого життя та приймати активну участь у житті родини, друзів і оточуючих. Дітям яким було встановлено в ранньому віці кохлеарний імплант та вчасно проведена необхідна

реабілітація, досягають значних результатів у розвитку в мовній сфері, що дає великі можливості жити активним і повноцінним життям [38].

При такій паталогії у дітей спостерігається порушення, що супроводжується дисгармонійним фізичним розвитком у 62% випадків, та викликає у 43,6% випадків опорно-рухові дефекти (сколіоз, плоскостопість, тощо). У дошкільному віці у 80% випадків спостерігається затримка моторного розвитку. Для дітей з різною віковою категорією і депривацією слуху, необхідно розробити індивідуальні комплексні програми фізичної реабілітації з урахуванням особливостей розвитку респіраторної системи [50].

Мета дослідження – розробити адаптивну програму фізичної реабілітації для дітей з вадами слуху.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати проблему сучасності розвитку дітей з особливими освітніми потребами.
2. Визначити етіологію, клініку та ступені туговухості.
3. Вивчити види та засоби фізичної реабілітації для дітей з вадами слуху.
4. Підібрати адаптивну програму реабілітації для дітей з втратою слуху, слабчучуючих та для дітей після кохлеарної імплантації.

Об'єкт дослідження – реабілітація дітей з вадами слуху.

Предмет дослідження – засоби фізичної реабілітації дітей з втратою слуху, слабчучуючих та після кохлеарної імплантації.

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМА РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ В СУЧАСНОМУ ПРОСТОРИ

1.1. Статистичні дані по Україні дітей з особливими освітніми потребами

В 2017 році в Україні з державного бюджету розпочали виділяти кошти для підтримки осіб з особливими потребами. Відповідно до бюджетного кодексу України, кошти субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам для надання державної підтримки особам з особливими освітніми потребами направлені на надання психолого-педагогічних і корекційно-розвиткових занять та послуг для дітей у закладах дошкільної, загальної середньої, професійної або професійно-технічної та вищої освіти I-II рівнів акредитації державної та комунальної власності. В цьому ж році згідно Закону України «Про Державний бюджет України» областям для надання фінансової підтримки, особам з особливими освітніми потребами за рахунок державної субвенції було надано 209458,3 тис. грн, а в 2018-2019 р. р. – 504458,3 тис. грн [19].

Порядок та умови надання субвенції із державного бюджету місцевим бюджетам для підтримки осіб з особливими освітніми потребами

затверджені постановою Кабінету Міністрів України від 14.02.2017 № 88 зі змінами.

Станом на 2018/2019 н. р. загальну середню освіту здобували:

- 11866 учнів в інклюзивних класах;
- 6230 учнів в спеціальних класах;
- 37787 учнів в спеціальних школах;
- 12115 учнів з особливими освітніми потребами на індивідуальній

формі навчання.

Станом на 2018/2019 н. р. 8417 інклюзивних класів відкрито в 3790 закладів середньої освіти. Кількість асистентів учителів у інклюзивних класах складає 7636.

Протягом 3 років кількість інклюзивних класів збільшилась в 3,1 рази, кількість шкіл, які мають інклюзивні класи, в 2,5 рази, а кількість дітей, що здобувають у них освіту, зросла в 2,8 рази (рис. 1).

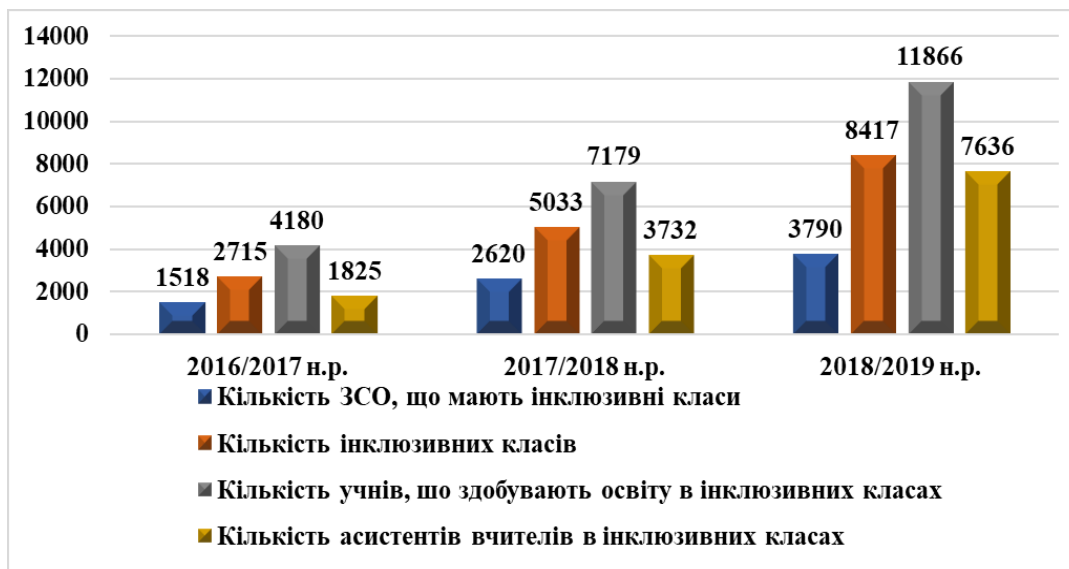


Рис 1. Динаміка показників інклюзивного розвитку в Україні.

Станом на 2018/2019 н. р. в 152 закладах загальної середньої освіти діяло 577 спеціальних класів. Протягом 3 років спостерігалось зростання:

- кількості шкіл, при яких організовано спеціальні класи,

- кількості спеціальних класів,
- кількості учнів у спеціальних класах.

Станом на 2018/2019 н. р. функціонувало 325 спеціальних шкіл. У таких школах отримувало освіту 37787 учнів в яких викладало 9898 учителів. За 3 роки кількість спеціальних шкіл зменшилася на 2,4 %, учнів в них – на 4,2 %, в той час коли кількість вчителів збільшилась на 0,4 %.

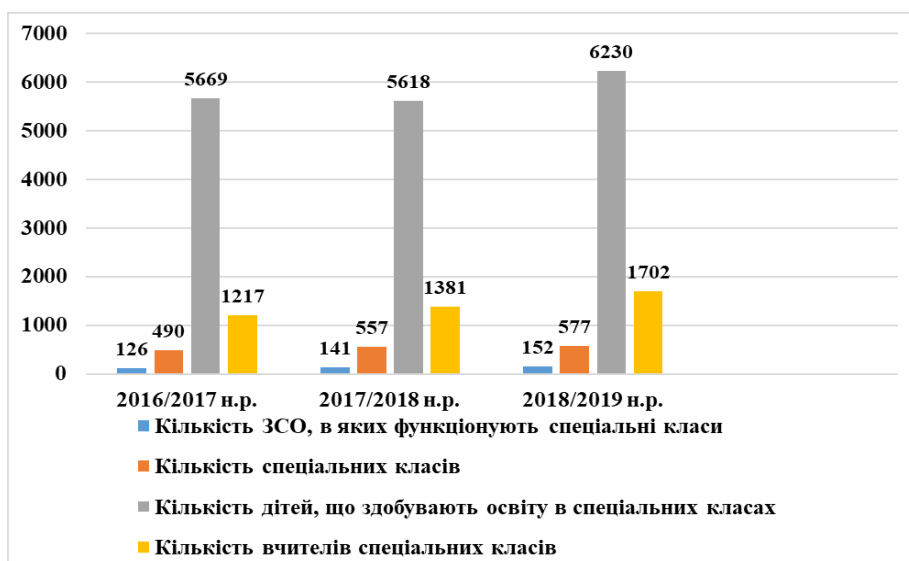


Рис. 2. Динаміка показників розвитку спеціальних класів в Україні

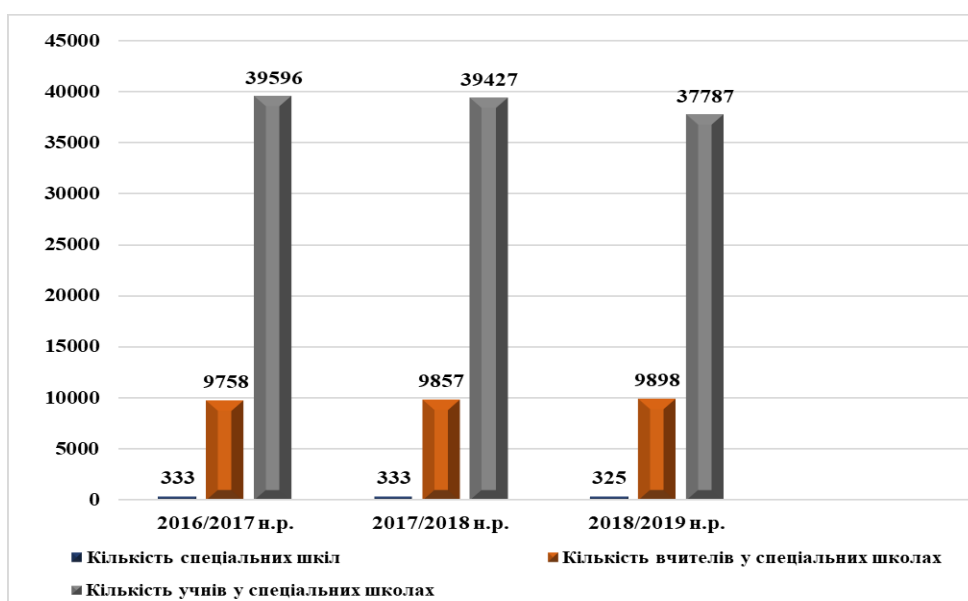


Рис. 3. Динаміка показників розвитку спеціальної освіти в Україні

Протягом 2018 року в Україні було розпочато створення мережі інклюзивно-ресурсних центрів для дітей, які замінили психолого-медико-педагогічні консультації (ПМПК), що були остаточно ліквідовані 1 вересня 2018 року. Станом на квітень 2019 р. кількість зареєстрованих інклюзивно-ресурсних центрів освіти склала 557 [1].

1.2. Особливості інклюзивного навчання в освітньому просторі

Згідно з ЮНЕСКО інклюзивне навчання – це процес звернення та відповіді на різноманітні потреби цих осіб через забезпечення їхньої участі в навчанні, культурних заходах і життєдіяльності в суспільстві щоб вони не були виключені з освітнього та навчального процесів. Метою інклюзивного навчання є покращання середовища, в якому вчитель і учні відкриті до різноманіття, де забезпечення потреб учнів і повага до їх здібностей та можливостей бути успішними [34].

Інклюзивне навчання – це комплексний процес забезпечення різноманітного доступу до якісної освіти дітям з особливими освітніми потребами шляхом їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на основі використання особистісно орієнтованих методів навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей. (Інклюзивне навчання означає, що всі учні можуть навчатися в школах за місцем проживання, в класах, в яких в разі необхідності буде надаватися підтримка як у навчальному процесі, так і з перепланування школи, класів, програм і діяльності з тим, щоб всі учні без виключення навчалися і проводили час разом [8].

За міжнародними документами для широкого розуміння інклюзивної освіти, діти з особливими потребами – це особи до вісімнадцяти років, яким потрібна додаткова підтримка в освітньому процесі (діти з розладами психофізичного розвитку, особи які мають інвалідність, діти-біженці,

працюючі, діти-мігруючі, діти – представники релігійних меншин, діти із сімей з низьким прожитковим мінімумом, безпритульні діти, діти-сироти) [37].

Термін «діти з особливими освітніми потребами» в законодавстві України використовується у вужчому розумінні а саме як інклюзивна освіта яка охоплює осіб з порушеннями психофізичного розвитку та дітей з інвалідністю. В останні роки велика увага приділяється таким дітям, розробляються різноманітні програми навчання та реабілітації. Особливу увагу потрібно приділити дітям з порушенням слуху, так як кількість їх зросла а нових методів та підходу до їх адаптивної сфери в освітньому просторі не достатньо вдосконалені, тому потрібно звернути увагу на їх вдосконалення та застосування більш сучасних та більш ефективніших програм. Ці програми допоможуть особам швидше адаптуватися в освітньому просторі та в загалі в соціумі [11].

1.3. Класифікація дітей з особливими освітніми потребами

До категорії осіб з особливими освітніми потребами відносять тих, які потребують додаткової підтримки під час освітнього процесу. До них належать: особи з порушеннями зору, різних паталогій слуху, тяжкими порушеннями мовлення (у тому числі з дислексією), опорно-рухового апарата; захворюваннями нервової системи; затримкою психічного розвитку, інтелектуальними порушеннями та іншими складними порушеннями розвитку (у тому числі з розладами аутистичного спектру). Хворим, яким було призначення встановлення електрокардіо-стимулятора або іншого електронного імплантанту чи пристрою [48].

Інтегрування дітей з порушеннями психофізичного розвитку до загальноосвітнього простору України як один із напрямів всієї системи освіти відповідає пріоритетам сучасної державної політики. В Україні уряд намагається зробити все для того, щоб показниками інклюзії були на рівні

європейських країн. Статистичні дані Міністерства праці та соціальної політики, Державного комітету статистики України свідчать, що кількість людей з інвалідністю становить 10% від загальної кількості населення країни, 6% із них мають вади інтелектуального розвитку. Водночас виражені відхилення від прийнятого за норму розвитку – підстава для надання спеціальних послуг дитині під час її навчання в освітньому закладі, що до останнього часу не входило до компетенції загальної середньої освіти [38].

Особи, які мають захворювання, та ті що залежать від постійного медичного догляду, або тимчасового здійснення лікувально-медичних процедур для забезпечення життєдіяльності людини та контролю її стану протягом лікування. Хворі, які мають потреби у відновленні здоров'я в установах санаторію для здобуття загальної та середньої освіти. Особи, які стали заручниками складних життєвих умов, яких було прийняте рішення влаштувати до дитячих будинків сімейного типу або до соціально-реабілітаційних центрів та шкіл. Ті хто проживають в населених пунктах та в тимчасово окупованих територіях, на яких не здійснюється органами державної влади певних повноважень для вирішення цієї проблеми, що розташовані на лінії зіткнення. Люди, які вимагають додаткового та тимчасового захисту і здобувають спеціалізовану освіту та можуть пришвидшено освоїти навчальні предмети одразу декількох класів на освітньому рівні [7].

РОЗДІЛ 2

ВИВЧИТИ ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ВТРАТУ ТА ПОРУШЕННЯ СЛУХУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

2.1. Висвітлення проблеми реабілітації осіб з вадами слуху

На сучасному етапі число осіб, які мають різного характеру патології слуху, неухильно зростає збільшується також питома вага таких осіб серед дошкільнят, школярів і представників молодшої генерації. Доведено те що глухі діти та діти з вадами слуху відрізняються від здорових однолітків соматичною слабкістю, недостатньою руховою активністю, відставанням у фізичному та моторному розвитку, ці чинники впливають на розвиток особистості дітей і підлітків, тому молодь потребує ефективної роботи спеціальної системи навчання й виховання. Важливе місце посідають в ній заняття фізичними вправами, що покликані забезпечити не тільки необхідний рівень фізичного розвитку, а й корекцію відхилень у різних сферах діяльності школяра [13].

В Україні налічується близько 300 тис дітей та одного мільйону дорослих глухих та слабочуючих осіб. Відомо, що слухова сенсорна система відіграє важливу роль у формуванні та реалізації психофізіологічної діяльності людини. Уроджена, або набута до лінгвального віку втрата слуху

впливає не тільки на психофізіологічний розвиток людини, але призводить до функціональних змін у більшості систем організму [22].

Вислів «порушення слуху» використовується для всіх вад слуху, їх ступенів і видів, залежно від ступеня ушкодження слуху і від часу втрати (або різкого зниження), дітей розділяють на глухих, пізнооглухлих і слабочуючих (туговухих) в залежності від дефекту слухової функції.

До категорії глухих дітей відносять тих у яких є глибоке стійке двостороннє порушення слуху і може бути вродженим або набутиим у ранньому дитинстві до того, як у неї сформувалася мова. Особи, які втратили слух після того, як у них вже була сформуванa мова, і тому збереглася тією чи іншою мірою називають пізньоглухими.

Туговухість це стійке зниження слуху, що викликає труднощі в сприйнятті мови, і може бути: кондуктивною яка виникає внаслідок захворювань, сірчаних пробок, аномальної будови зовнішнього та середнього вуха і може піддаватися консервативним методам лікування або за допомогою оперативного втручання, сенсоневральною (нейросенсорною) пов'язаній з ураженням внутрішнього вуха або слухового нерва, при цьому порушення носять стійкий незворотний характер. Лікування може дати певний прогрес, якщо воно розпочато на ранніх етапах хвороби, та змішаною найтяжча форма туговухості [26].

Зниження слуху:

- показник 1,16 – 45 легке порушення. Шепітне мовлення чує на відстані 1,5 – 3 м., розмовне 4 – 5 м, туговухість I ступеня 2,46 – 55 середнє порушення;

- шепітне мовлення 0,5 – 1,5 м., розмовне – 3,5 м, туговухість II ступеня 3. 56 – 75 важке порушення;

- шепітне мовлення не чує, розмовне – 1– 3 м, туговухість III ступеня 4,76 – 90, глибоке порушення;

- розмовне мовлення до 1 м. або крик біля вушної раковини, туговухість IV ступеня 5 – більше 90, не чує без звукопідсилювальної апаратури ні шепоту, ні мовлення.

Різниця між глухими і слабочуючими полягає в тому що в них відрізняються способи сприйняття мови. При глухоті особи більш розвивають і оволодівають зоровим (читання з губ і обличчя співрозмовника) і слухозоровим (за допомогою звукопідсилюючої апаратури) сприйняттям словесної мови в умовах спеціального навчання, яке призначається при такій паталогії. При туговухості люди можуть самостійно сприймати на слух мову розмовної гучності у процесі спілкування з оточуючими. У залежності від важкості порушення слуху більш чутливим стає зорове сприйняття. До окремої групи віднесли пізнооглухлих. Ці діти відрізняються тим, що вони володіють уже сформованою мовою до того як з'явилися проблеми зі слухом. При різному ступені порушення слуху є різний рівень збереженості мови, але при цьому всі вони мають змогу і навички словесного спілкування, у тій чи іншій мірі сформоване словесно-логічне мислення. Для таких дітей важливим завданням є засвоєння навичок зорового чи слухозорового сприйняття зверненої до них мови при вступі до спеціальної школи [31].

Виділяють уроджену глухоту, що має місце в 23% дітей, та набуту у 77%. Набута глухоти найчастіше спричинена цереброспінальним менінгітом (71%). Причинами набутих порушень слуху є: перенесені інфекційні захворювання; запалення порожнини носа й носоглотки (не відносяться ніяким чином до вуха); запальні захворювання слухового ходу, слухової труби, барабанної порожнини; травми механічного іноді трапляється й термічного характеру, а також негативна дія шуму; алергічні захворювання, які спричиняють нейросенсорну туговухість; при загальносоматичному захворюванні, основна роль належить цукровому діабету, також причиною є захворюванням нирок, крові та інші які ускладнюють це захворювання; вплив екзогенних ототоксичних речовин та негативний вплив різних медикаментів, що ведуть за собою певні наслідки [44].

Доведено, що основна патологія може викликати порушення, які ведуть до вторинних змін у функціонуванні інших систем. Рядом дослідників встановлено, що втрата слуху у дітей супроводжується не гармонійним фізичним розвитком у 62%, та викликає у 43,6% випадків опорно-рухові дефекти (сколіоз, плоскостопість, тощо). У дітей дошкільного віку у 80% випадків спостерігається затримка моторного розвитку. Супутні захворювання встановлені у 70% глухих дітей. Існує необхідність розробки комплексних програм фізичної реабілітації для дітей різної вікової категорії з депривацією слуху з урахуванням особливостей розвитку респераторної системи.

Порушення функцій слухового аналізатора несуть за собою ряд вторинних відхилень, а саме головне до затримки в мовному розвитку, та як мова виступає головним засобом взаємозв'язку людей з навколишнім світом. Такого характеру порушення призводить до зменшення обсягу одержаної інформації, що впливає на розвиток всіх пізнавальних процесів, і тим самим має впливає і на процес оволодіння всіма видами рухових здібностей [5].

Афанасьєва О. (2011) характеризує фізичний розвиток глухих і слабочуючих осіб і зазначає, що втрата слуху в дитячому віці впливає і сповільнює процес природнього фізичного розвитку [2]. Руховий і слуховий аналізатор дуже тісно пов'язані, Бернштейн Н. А. (1966) підкреслював, що рухова діяльність коригується не тільки зором, але й велике значення має слух. Як зорові так і слухові сигнали, мають значний вплив на регуляцію рухів. Слух якщо вийшов із ладу систем аналізаторів, означає не просто ізольоване «випадання» сенсорної системи, а є причиною порушення всього розвитку осіб з даною патологією. Між слухом, мовною і руховою системою, існує тісний функціональний взаємозв'язок і коли виходить з ладу одна із функцій, це веде до ряду супутніх проблем.

При вадах слуху властиві різноманітні порушення в руховій діяльності, до найбільш характерних відносяться: недостатньо точна координація і невпевненість в рухах, що особливо помітно при оволодінні навичкою

ходьби у малюків, і виявляється в більш старшому віці у вигляді човгання під час ходьби; тяжко зберігати статистичну та динамічну рівновагу; проблеми з орієнтуванням в просторі; уповільнена швидкість виконання окремих рухів в порівнянні зі здоровими дітьми.

В роботах автора Крохмаль І. М. (2015) також спостерігались порушення з боку фізичного і психічного розвитку (плечова асиметрія, плоскостопість, сутулість, що призводить до викривлення хребта, диспластичність статури, ослабленість і дискоординація діяльності окремих м'язових груп, стомлюваність, нестійкість емоційного стану), також відбуваються порушення моторики.

Речицький Є. Г. (2004) підкреслює, що у більшості дітей спостерігається відставання виконання дрібних рухів пальців рук, проблеми з артикуляційним апаратом а порушена рівновага. При ходьбі з відкритими очима глухі тримаються на рівні з дітьми якічують. А от при ходьбі із заплющеними очима у 45% глухих молодших школярів спостерігаються відхилення у рівновазі, які тривають до 12-14 років, після цього відмінності зменшуються [18].

Так як при вадах слуху порушується координація, вправи застосовують на зміну місцезнаходження, та зміна розташування інвентарю в залі для того щоб змінити напрямк й виконання рухів. Вправи потрібно виконувати для дітей більш в швидшому темпі, рухи швидкі, але легкі і зрозумілі, за допомогою ігор розвивати рухову реакцію зі зміною для навичок і умінь які уже були сформовані. Застосування звукового супроводу під час проведення фізичної реабілітації допомагає особам розвивати відчуття ритму, починають розрізняти повільні і швидкі звучань, що спонукаю і впливає на розвиток слухового сприйняття. На заняттях з глухими дітьми рекомендується застосовувати повільні музичні композиції з вираженими низькочастотним звучанням (спокійний або середній).

Також використовують в реабілітаційних заходах технічні засоби відновлення. Ці засоби сприяють розвитку самообслуговування,

орієнтування в просторі, спілкування й обміну інформації та засоби для занять трудовою діяльністю, застосовують протезні вироби (слухові апарати, кохлеарні імпланти). Сприяє розвитку довільної уваги, повборюють рухи за дорослими а потім і самостійно виконують вправи, лише за допомогою слів інструктора. Також починають діяти в колективі, контролюючи свої дії і розуміють дії інших дітей, з'являється бажання допомогти один одному, самостійність та організованість, витримка в іграх та при виконанні вправ. Головним фактором в проведенні занять є формування та розвиток зацікавленості дітей протягом усього тренування.

Отже, корекція рухової сфери глухих осіб, для вирішення проблеми адаптації в умовах сучасного життя, необхідною умовою є використання різних засобів та методів фізичної реабілітації. Розвиток та тренування функцій рівноваги допоможе вирішити проблеми корекції рухової сфери та формуватиме правильну поставу, позитивний вплив на розвиток респіраторної системи і комплекс вправ для профілактики плоскостопості.

2.2. Підхід та підбір засобів фізичної реабілітації для осіб з порушенням та втратою слуху

З кожним роком в Україні, та в усьому світі, проблема порушення слуху стає більш поширеною та актуальною як у медичному так і в соціальному аспектах. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у всьому світі щорічно народжується понад 665 тисяч осіб з вадами слуху, на одну тисячу новонароджених із нормальним слухом, з них одна дитина яка має виражений ступень приглухуватості, легкий та середній ступені порушення слуху виявляють у 1-2% народжених дітей. Втрата функції слухового аналізатора призводить до таких проблем як: затримка формування мовних навичок, інтелекту та особистості дитини в цілому. Зниження слуху, значно погіршує якість життя, обмежує особу у виборі фаху, а також часто призводить і до виключення із соціуму [49].

За прогнозами експертів ВООЗ до 2030 року кількість осіб з незворотними формами глухоти збільшиться на 30%. За даними офіційної статистики всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 25% всіх людей із проблемами слуху страждають з дитячих років, при цьому, як мінімум 50% випадків хворих на цю недугу можна запобігти. Насторожує те, що у 62-64% дітей із порушенням слуху виявляють різні ступені та види вестибулярної дисфункції, дизрегуляцію кінестезіологічного аналізатора, зниження рефлекторної відповіді на подразники, у 43% випадків ця вада пригнічує гальмівні процеси кори головного мозку. Тому, на жаль, глухота або (тяжка приглухуватість) у новонароджених та дітей прелінгвального віку без проведення своєчасної діагностики та методів лікування призводить до глухонімоти, що є причиною сповільнення психофізичного і соціального розвитку з подальшою інвалідизацією. Дуже важливим є раннє виявлення вродженої, чи набутої приглухуватості, так як визначальним чинником ефективності реабілітації залежить від часу початку лікування дітей із приглухуватістю. Своєчасне і правильне виявлення діагнозу надає більшої можливості успішної інтеграції та адаптації дитини у розмовне середовище, покращує і сприяє розвитку пізнавальних навичок, що є попередженням її виключення із соціуму. Для запобігання тяжких наслідків бажано проводити діагностику та реабілітацію дітям до 6-місячного віку. Для своєчасної корекції – слухопротезування, слід проводити аудіометричний скринінг із метою ранньої діагностики вад слуху [7].

Різновид реабілітаційних засобів ефективно впливають на стан і розвиток осіб з вадами слуху. До головної мети реабілітації входить поліпшити стан здоров'я та працездатність дітей з порушеннями слуху. А до завдань фізичної реабілітації входить: корекція основних рухів, розвиток координаційних можливостей, розвиток особистості в суспільстві, розвиток і удосконалення фізичної підготовки, розвиток пізнавальної сфери, корекція та профілактика соматичних порушень у осіб які мають паталогію слуху.

Реабілітаційна програма має включати в себе різні види, форми лікувальних заходів а саме: лікувальна фізична культура (застосовуються загальнорозвиваючі, ритмопластичні вправи, танцювально-ритмічні, рухливі ігри, плавання, фізіотерапія (стимулюючого характеру: акупунктура, лазеро- та електро- пунктура, фоноелектрофорез, електростростимуляція структур внутрішнього вуха. Застосовується також метод оксигенація гіпербарична, та використання кисню під високим тиском у барокамерах. Для покращення кровообігу і мікроциркуляції тканин призначаються методи, які мають судинорозширювальний ефект це (електрофорез, гальванізація), поліпшення трофічних процесів (місцева дарсонвалізація, ампліпульстерапія, діадинамотерапія); для технічних засобів реабілітації застосовують механотерапію [6]. Завдяки використанню найновішої медичної, технічної та корекційної технології, більшість осіб з паталогіями слуху можуть успішно чути звуки, яких раніше не сприймали і не могли чути. Сучасні цифрові слухові адаптивні апарати та кохлеарна імплантація, дають реальну можливість чути та розпізнати мовні й оточуючі звуки не залежно від ситуації [40].

Лікування при вадах слуху застосовують консервативного характеру а саме: психотерапія, протезування слуховими апаратами, сурдопедагогічні заняття. Слухопротезування допомагає сприймати оточуючі звуків, завдяки правильному підборі та налаштування слухового апарату, але іноді найсучасніші апарати для покращення слуху не дозволяють дитині з глибокою втратою слуху повноцінно чути мову та оточуючі звуки.

Завдяки сучасним розробкам високих технологій, в сфері медицини, науки, та техніки, дозволяють практично вирішити проблеми дітей та дорослих які мають вади слуху. Революційний крок в реабілітації на сьогодні в технічному напрямку для людей з порушеннями слуху, особливо дітей, є кохлеарна імплантація – у слухопротезуванні, що здійснюється методом оперативного втручання. Загальновизнаним методом лікування сенсоневральної глухоти та туговухості високого ступеня стало

використання кохлеарних імплантів. Кохлеарний імплант виконує функцію пошкодженого завитка таким шляхом що його вживляють безпосередньо у внутрішнє вухо системи електродів, вподальшому перетворюючи акустичні сигнали в електричні імпульси, при цьому клітини волоскові стимулюються і вмикаються в роботу. Імпульси з волосяних клітин передають далі інформацію до волокон слухового нерва, який передає інформацію про слухові відчуття в головний мозок для подальшої обробки і реакції на імпульс [15].

При проведенні кохлеарної імплантації, застосовується незвичайна операція, вона закладає основу для формування у дитини нових функціональних систем (слухозорової, слухомовленнєвої та слухової), для утворення і розвитку усного мовлення. Тому фахівці обов'язково повині проконсультувати батьків яка операція виконується, яку застосовувати реабілітацію після такої операції, та які методи дозволяють використовувати післяопераційний період [27].

Застосування кохлеарної імплантації дає особі з порушеннями слуху можливість для подальшого ефективного навчання, праці та відпочинку нарівні з чуючими людьми, та реалізовувати свої уміння та навички, повноцінно розкрити можливості, налагодити контакт з рідними та оточуючими, та комфортно відчувати себе в соціумі. Дітям яким в ранньому віці вчасно провели оперативне втручання і встановили імплант, та провели необхідну реабілітацію, досягають значного прогресу у освоєнні мовлення, що дозволяє їм вести активне життя і не бути вилученим із соціуму [37].

РОЗДІЛ 3

АДАПТИВНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ВАДАМИ СЛУХУ

3.1. Засоби фізичної реабілітації для слабочуючих дітей

Значний впливає на загальний і фізичний розвиток дитини має відсутність слуху і суттєво позначається на формуванні її рухових навичок. Порушуються функції рівноваги, що перш за все ведуть за собою сповільнення процесів оволодіння руховими вміннями і навичками [6].

Відставання виражене у недостатньо точній координації рухів, низькому рівні розвитку просторової орієнтації. Патологія слуху є причиною дисгармонійного фізичного розвитку у 61% хворих, 44,2 % спостерігаються проблеми з поставою формується сколіоз, затримка моторного розвитку – в 81% випадків. 70 – 80% дітей мають ряд супутніх захворювань які також негативно впливають на подальший розвиток особи, але наявність особливостей у розвитку осіб з вадами слуху не говорить про їх неповноцінність [12].

Вплив фізичного виховання є одним з основних способів корекції та усунення порушень фізичного розвитку, підготовка до рухової діяльності, психомоторики, формування вольових якостей дітей із паталогією слуху, залучення їх до трудової діяльності, розвивати інтерес до занять. Відставання у розвитку фізичних якостей слабчочуючих та глухих учнів не можна розглядати як наслідок їх первинного дефекту. Результатом недосконалості процесу фізичного виховання у школі для глухих та слабчочуючих і недостатньої освітньої розробленості цілого ряду проблем фізичного виховання даної категорії юнаків. Фізичний та розумовий розвиток дітей із порушеннями слуху зявляється спеціальне завдання – усунення дифекту, корегувати та компенсувати негативні наслідки за рахунок різновиду фізичних вправ. Тому ведеться підбір таких методів фізкультурно-спортивної діяльності, які будуть відповідати рівню фізичних здібностей цієї категорії осіб, використовують фізичні вправи та такі види спорту, які найбільш придатні та ефективні для дітей даної нозології [3].

Особливості методики адаптивного фізичного виховання та стратегія процесу фізичного виховання слабчочуючих осіб формується на таких даних, як причина виникнення патології, її клінічні прояви, наявність ускладнень і супутніх рухових порушень. У формуванні рухових умінь і навичок рекомендується така послідовність:

- правильне поставлення дихання;
- положення голови (при вадах слуху людина нахиляє голову для кращого сприйняття звуку, що негативно впливає на поставу і в подальшоу розвивається сколіоз);
- застосування довільних та мимовільних рухів;
- правильне положення (це дуже важливо при ураженнях вестибулярної системи);
- скоординовані рухи згиначів і розгиначів;
- поєднання руху та дихання;
- рух очей, що супроводжується рухом тіла;

- відношення простору, як засіб раціоналізаційної дії та координації.

Особливостями методики фізичного виховання глухих відносять такі положення:

- викладач має володіти мовою жестів;
- глухим дітям потрібно більш ретельно підбирати раціональні наочні повідомлення для легкого сприйняття;
 - все щовивчається, завжди демонструються наочно для кращого сприйняття;
 - великий успіх має використання відеоматеріалів;
 - учитель спілкуючись з учнями (у разі засвоєння нового матеріалу), повинен підбирати добре освітлене місце, роіщуватись обличчям до дітей таким чином, щоб вони постійно бачили і слідкували за його обличчя і губи і жестами;
 - говорити повільно, чітко; доповнювати мову жестами та мімікою;
 - які не стосуються теми жести і міміку взагалі не застосовувати;
 - у процесі спілкування викладач повинен налагодити зворотній зв'язок;
 - протягом заняття викладач має запитувати учнів, як вони зрозуміли і як усвоєли матеріал;
 - для кращого розуміння потрібно двічі повторювати жести, щоб бути переконаним в тому, що все зрозуміли правильно;
 - через кожні 15 хв. робити відпочинок, легку розминку в ігровій формі (для покращення концентрації уваги, після навантаження);
 - під час занять уникати постороннього шуму, щоб не переключалась увага на стороні звуки;
 - організовувати взаємодопомогу серед учнів;
 - потрібно своєчасно розпізнавати мімічні реакції учнів та емоційний стан;
 - при паталагіях вестибулярного апарату вилучити вправи та ігри, які можуть призвести до негативних наслідків [45].

Адаптоване фізичне виховання має значні можливості щодо корекції та вдосконалення моторики хворих. Численість фізичних вправ та різновид їх виконання, дають можливість підбирати доцільні сполучень для кожного окремо, взаємності від виду ураження. Завданнями впровадження нових форм фізичного виховання в сурдопедагогіці повина бути системність формування компенсаторних процесів, розвивати на кожній стадії, поява дефекту і компенсація залежить від часу від важкості та глибини ураження, вчасне розкриття учвісті сенситивних періодів розвитку тієї чи іншої функції у процесі компенсації дефекту а також усвідомлення великого значення різних форм практичної діяльності, як позитивно впливатиме на фізичний, психічний і соціальний розвиток дітей, а вплив дефекту пригнічуватиме [36].

3.2. Особливості підходу до психофізичного розвитку осіб з втратою слуху

Для спійняття усного мовлення при глухоті та стійкій туговухості велике значення набуває застосування тактильно-вібраційної чутливості. При дотику до предмета вібрація передається дитині, до деяких частин голосового апарату (грудна клітка, гортань), та до предметів, що розміщені близько до джерела звуку. Тактильні відчуття може пробудити звукове мовлення, також значний вплив мають різні температури на тіло дитини. Мова дитини з паталогією слуху характеризується такими особливостями: незначний словесний запас, при вимові слів не мають чіткості, для поняття назви предметів та дій можна вживати одне ж і те слово. В граматичній будові речень спостерігаються грубі порушення, при складовій структурі спостерігаються викривлення вимови слів.

Для таких дітей характерним є поєднувати дзвінких й глухих приголосних, заміна свистячих шиплячими та їх змішування, сигматизми, неправильна вимова р, л. Підсилення гучності розмовного мовлення на заняттях при легкому ступені зниження слуху достатньо для того щоб уловити звуки, таким чином активізується ослаблений слух особи. При

тяжких ступенях зниження слуху, дуже важливо включити в роботу аналізатори які зберігли свою функціональну дію, розвиток зорового аналізатора допомагає розуміти мовлення людей які оточують, та виробляються навички читати по губам. На основі повторювання що в подальшому впливає на мовленнєвий розвиток [34].

Особливістю розвитку такої категорії дітей є уповільнення психічного розвитку через певний час після народження (або після зниження слуху). Своєчасно проведена медична допомога та педагогічна підтримка, допомагають дитині з порушеннями слуху освоїти навчальні програми. Вчасно виявлене й скореговане слуховими апаратами чи системами кохлеарної імплантації порушення слуху, суттєво покращують пізнавальні можливості дитини та з легкістю інтегрувати в соціум.

У випадку, коли слух не піддається корекції, важливо чим раніше тим краще розвивати у дитини навички використовувати збережені аналізатори (зір, дотик). Дотримання педагогічними працівниками закладу основних рекомендацій та стратегій підтримки, полегшують адаптацію дитини до освітнього середовища [42].

Тренування вестибулярної системи правильно підібраними вправами підвищує функціональну стійкість вестибулярного аналізатора до впливу несприятливих факторів які впливають із навколишнього середовища, пов'язаних з порушеннями внутрішнього вуха. Впливаючи на вестибулярну систему, можливо впливати на слухове сприйняття. Стан підвищеного збудження в якому знаходиться вестибулярна система, функціонально адаптується до різних подразників (а саме до фізичного навантаження), у зв'язку з чим її реактивність значно змінюється, із стану збудження переходить в стан гальмування [4].

Для покращення координаційних здібностей, вправи використовують прості, а саме які необхідні при виконанні будь-яких дій (ходьба, навчальні і побутові дії, біг, стрибки,); розвиваючи рівень однієї фізичної здібності призводить до позитивних змін інших.

Вправи швидко-силової спрямованості створює позитивної передумови як для корекції постих координаційних здібностей, так і для підвищення рівня фізичних якостей осіб. Завдяки використанню швидко-силових вправ що сприяє розвитку координаційних здібностей за допомогою (стрибки, біг, метання, вправи з набивним м'ячем 0,5 кг) [39].

Для розвитку рівноваги використовують такі вправи: зміна площі опори (зміна ширини лінії від 26 см. до прямої лінії):

1. ходьба по колу (в різних напрямках);
2. ходити по доріжці (з різними предметами в руках, переступаючи через перешкоди);
3. переступати рейки гімнастичних сходів;
4. стоячи на одній нозі, іншою ногою робити рухи в сторону, назад, зігнути;
5. ходьба «купинам» використання дощечок;
6. ходьба на лижах по килиму;
7. їзда на велосипеді або самокаті.

Вправи з використанням вузької площі опори (опора припіднята від 10-15 до 40 см. на висоту):

1. виконуючі різні завдання при цьому намагатися йти по вузькій опорі;
2. повзання по похилій поверхні;
3. тримати балансування на набивному м'ячі.

Вправи з м'ячем (діаметр від 24 см до 3 см): емітація гри в баскетбол, бадмінтон, настільний теніс, футбол.

Для корекції вестибулярної функції застосовують: вправи на подразнення напівзавиткових каналів (обертання з поступовим збільшенням амплітуди, рухів):

- виконувати рухи очима;
- нахили і повороти голови в різних напрямках;
- повороти на 900, 1800, 3600 (те ж саме зі стрибком);

- нахиливши тулуб виконувати повороти голови;
- куvirки вперед, назад (при цьому інструктор контролює виконання і допомагає);
- обертання навколо фіксованої палиці, тримаючись за неї руками;
- в парах здійснюють швидкі обертальні рухи з різкою зупинкою (в обидва боки);
- здійснювати стрибки на батуті.

Вправи з закритими очима для розвитку координації та відчуття простору:

- ходьба (спиною вперед, переставними кроками правим та лівим боком);
- перекати вперед назад;
- стійка на носках, на одній нозі (те ж саме на підвищеній опорі);
- із заплющеними очима направлятися до джерела звуку.

Вправи на орієнтацію в просторі є елементом кожного заняття, його організуючим початком. Вони спрямовані на те, щоби навчити дітей організованості під час проведення занять, наприклад: шикуватися в колону, ланцюжок, швидко знаходити своє місце, зберігати дистанцію один між одним, ходити по колу, в заданому напрямку, різними видами кроків.

Ритміко-гімнастичні вправи сприяють на розвиток м'язів ший, плечового поясу, корпусу, ніг, узгодженню рухи рук з рухами ніг, тулуба, голови, напрацюванню координації рухів та необхідних музично-ритмічних навичок [9].

Вправи на розвиток дихання, голосу та артикуляції сприяють правильного діафрагмального дихання, тривалості видиху, його сили та поступовості. В поєднанні з рухами рук (вгору – вниз, вгору – в сторони), тулуба (повороти праворуч – ліворуч, нахили вперед), голови(нахили до грудей, повороти по колу). На розвиток дихання також використовують мовленнєвий матеріал, який промовляється на видиху. Робота над голосом

починається з вимови на видиху, голосних та приголосних звуків. Необхідно прививати силу, висоту, довжину звучання та виразність голосу, що визначає його тембр. Для кращого виконання вправи з розвитку голосу проводять з музичним супроводом. Зі змінами в висоті голосу в цей час голосні проспівуються. Сила голосу виховується у вимові голосних більш гучно або більш тихо з відповідним посиленням чи ослабленням музичного акомпанементу. Тривалість звучання голосу залежить від тривалості видиху. Використовують таку комбінацію звуків: А, У, О, І. У вправи на дихання та артикуляції включаються співи та вимова вигуків, експресивно характеру, виражають емоції, вольові спонукання людини: радість, біль, гнів, страх: «А! О! Ах! Ох! Ой! Ай – ай – ай!» тощо. Також при заняті артикуляційної гімнастики, одночасно застосовувати вправи на дрібну моторику [29].

Тренування проводити 3 рази на тиждень, по 30 – 40 хв. (залежно від віку), декілька заняття з обов'язковим включенням вправ для розвитку швидко-силових якостей, одне для корекції вестибулярних порушень і розвитку рівноваги [23].

Заняття з дітьми необхідно проводити систематично, у зміст яких включити загальний розвиток, для розвитку мовлення включити спеціальні ігри та вправи щоб розвивати слухове сприйняття. Тривалість занять та їх кількість залежать від віку дитини, його психофізичного стану. Заняття проводяться декілька разів на добу, в періоди бадьорості дитини. Для підвищення у глухих дітей більш стійкості уваги доцільно проводити заняття у вигляді гри або вправи колірною і звуковою супроводу, що активізують компенсаторні можливості сенсорних систем глухих дітей. З метою підвищення рухової активності у процедурах фізичної реабілітації рекомендується застосовувати ритмічну музику з пульсуючими колірними режимами (жовтого, зеленого і червоного кольорів), адекватну завданням і структурі рухових дій, виконуваних дітьми [32].

3.3. Комплексна реабілітація після кохлеарної імплантації

За допомогою адаптивних цифрових слухових апаратів, систем кохлеарної імплантації та сучасної технології бінаурального слухопротезування, надала більшості користувачів, реальну можливість краще чути та спілкуватися в різних акустичних умовах [41].

Метою проведення кінезітерапії було: корекція відставання у фізичному розвитку, покращення загального стану через нормалізацію функціонального резерву внутрішніх органів, прискорення слухомовленнєвої реабілітації, подолання загальної гіподинамії. Програма розроблялась фіхівцями для батьків, для занять в дома. Частота зумовлена щільністю розкладу дитини за рахунок інших видів реабілітаційних занять. У підготовчому періоді частота занять кінезітерапією становила двічі на тиждень по 15 – 20 хв, в основному – тричі на тиждень по 25 хв, заключному – двічі на тиждень по 30 хв. У занять з батьками застосовували (дихальні, артикуляційні вправи, РГГ) заняття проводити щоденно. В ранній період після встановлення імплантата у дитини ще немає повноцінного нормального слуху і реакції на звук та його розуміння [46].

У щадному режимі заняття проводили наочно, в повільному темпі, щоб дитина просто їх повторювала. Оскільки у дітей визначалась низька зацікавленість при проведенні занять, тому тренування проводили максимально в ігровій формі. При розробці програми фізичної реабілітації для осіб з імплантантом дотримувались таких вимог регламентації: суворе дозування та адекватність фізичних навантажень; їх систематичності; поступового розширення засобів для забезпечення комплексного впливу на внутрішні органи та опорно-руховий апарат; підбору вправ відповідно до рівня психомоторного розвитку дитини. Заняття з кінезітерапії в реабілітаційному закладі в підготовчому та основному періодах реабілітації проводили індивідуально. В заключному заняття проводили малогруповим методом з постійним поточним контролем для визначення переносимості та

адекватності фізичного навантаження. Кінезітерапевтичне заняття розділяли на основну, підготовчу, заключну частини [30].

З метою полегшення переходу від сну до активної діяльності використовують ранкову гігієнічну гімнастику, проводити її потрібно в ігровій формі. Виконувати потрібно кожного ранку, до сніданку, бажанно в один і той же час, в добре провітреному приміщенні. Ранкова гігієнічна гімнастика у підготовчому періоді реабілітації триває близько 10 хв., у основному і заключному – 15 хв. Щоб вона була зрозумілою і доступною, дитині пояснюють кожну вправу, батьками попередньо потрібно вивчити всі вправи. У вступному періоді реабілітації заняття з кінезітерапії проводили із використанням вправ дитячої йоги яка має назву (бебі-йоги) це різновид хатха-йоги. Таке заняття представляє собою використання асан-вправ технічно доступних для використання дітям [33].

Заняття проводили з метою вироблення звички, і включити навантаження в режим дня. Також для розвитку фізичних якостей (гнучкості, координаційних здібностей, витривалості), адаптації організму до фізичного навантаження. Заняття проводять в ігровій формі. Асани використовували для дитини, це слова які містять назвами травин або рослин. Наприклад, «поза дерева» або «поза собаки». Це є мотивацією для дітей займатися, вони згадували і повторювали образи які їм задавали, завдяки такій методиці проведення занять у осіб покращується психоемоційний стан. Музикальний супровід підбирали у відповідності до назви асани. Така назва співпадала з звуком, який видає тварина (наприклад, гавкання собаки, нявкання кота, тощо). Це полегшувало сприйняття і запам'ятовування нових слів і звукових понять.

Оздоровчо-тренувальний комплекс після опанування дітьми з КІ простих рухів і налагодження слухомовленнєвого контакту з реабілітологом, впроваджували кінезітерапевтичний (оздоровчотренувальний) комплекс. Комплекс спрямований на корекцію основних порушень в стані здоров'я. До занять були включені вправи для розвитку рівноваги, активізації психічних

процесів і порушеної слухової функції. заняття діти виконували під ритмічну музику [50].

Засобами розвитку швидкісно-силових якостей були різні види бігу, стрибки, метання, вправи з м'ячами. Ігровий метод включав рухливі ігри, повторні завдання, сюжетні ігрові композиції. Корекцію рівноваги проводили з використанням вправ на зменшеній площі опори, в балансуванні. Добре засвоєні та безпечні вправи (ходьба, стійки) спочатку виконували з відкритими очима, потім із закритими. Всі вправи для корекції і розвитку рівноваги виконували зі страховкою, підтримкою, допомогою. Комплекс вправ на корекцію вестибулярних порушень і стійкість до вестибулярним подразників вимагав попереднього навчання техніки. Вправи виконували у всіх трьох площинах, переважно в русі. Враховували, що вправи з нахилами голови у фронтальній площині впливають на фронтальні канали вестибулярного апарату [43]. Подразнення горизонтальних півколових каналів викликається обертанням тулуба, поворотами на 180° (360°), на місці стрибком, під час ходи і бігу. На отолітовий апарат впливають початок і кінець прямолінійного руху, прискорення і уповільнення рухів. Для посилення впливу на вестибулярну систему виконували попередньо розучені вправи з закритими очима. Це активізувало інші компенсаторні механізми сприйняття. Проводили вправи в метанні на точність з м'ячами різного діаметру і ваги. Це є сильним подразником вестибулярного аналізатора. При цьому дітям доводиться закидати голову назад, напружувати зір, координувати рухи, зберігати стійкість. Аеробіка на фітболах, до заключного періоду реабілітації діти вже набували навичок слухомовленнєвого спілкування. Тому кінезітерапевтичні заняття з використанням фітболів проводили малогруповим методом. Це сприяло покращенню спілкування дітей, створенню ігрової атмосфери, можливості виконання парних вправ.

Заняття із використанням фітболів проводили з метою:

- зміцнення і розвитку сили м'язів рук, плечового пояса, черевного преса, спини, ніг і склепіння стопи;

- розвитку функції рівноваги і вестибулярного апарату;
- формування правильної постави та профілактики плоскостопості;
- розвитку спритності і координації рухів;
- збільшення гнучкості і рухливості суглобів;
- розвитку музикальності, сприйняття ритму;
- розвитку аеробної витривалості.

До заняття включали різновиди ходьби, бігу, стрибків на місці і в русі, з фітболом в руках і ногах, сидячи на ньому. Діти виконували загальнорозвиваючі вправи сидячи або лежачи на м'ячі, з фітболом як з предметом. Артикуляційні вправи метою проведення дихально-артикуляційної гімнастики для дітей з КІ було: вироблення повноцінних рухів і певних положень органів артикуляційного апарату, необхідних для правильної вимови звуків та навчання плавного дихання. Також для розширення функціональних резервів дихальної системи [17].

Артикуляційні вправи рекомендували виконувати щодня у ігровій формі разом з батьками після ретельного розбору кожної вправи реабілітологом. Тривалість – 5-7 хв, по 3-5 вправ за раз, кількість повторень кожної вправи – 5-7 разів. Статичні вправи виконували по 10-15 с. До артикуляційної гімнастики включали вправи для губ і розвитку їх рухливості. Також включали вправи для щік, статичні та динамічні вправи для язика, вправи для розвитку рухливості нижньої щелепи, м'язів глотки і м'якого піднебіння. Дихальні вправи Необхідність дихальних вправ зумовлена низькими функціональними показниками дихальної системи дітей з КІ. Також зумовлена необхідністю контролю цих показників внаслідок розвитку усної мови. У дітей з КІ потрібно розвинути глибший вдих і тривалий, плавний видих, правильно регулювати дихання. Включені в програму дихальні ігри з використанням дрібних предметів розвивають дрібну моторику і творче мислення дитини впродовж самостійного виготовлення необхідних для них предметів (сніжинок, метеликів, корабликів, тощо). Також знайомили дітей з новими образними поняттями, потрібними для полегшення засвоєння усної

мови. Масаж Загальний масаж в рамках реабілітаційної програми проводили загальний тонізуючий масаж з метою загального зміцнення організму. Застосовували всі прийоми класичного масажу [24].

Перевагу віддавали більш щадним впливам: різні види погладження, обережне розтирання подушечками пальців, м'яке розминання. Легкі ударні прийоми виконували пальцями і долонею. Критерієм інтенсивності для проведення масажних прийомів була повна відсутність больових та неприємних відчуттів, які могли спричинити рефлекторне м'язове напруження і страх реабілітаційних процедур у дитини. Інтенсивність і глибину прийомів масажу збільшували поступово. При цьому уникали вираженої втоми дитини після сеансу [28].

Потрібно проводити по десять сеансів загального масажу в кожному періоді реабілітації: на початку підготовчого та заключного та у середині основного. Цей масаж не поєднувався з сеансами логопедичного масажу (всього три курси). Тривалість сеансу в підготовчому періоді реабілітації становила 20 хв, в основному – 25 хв, заключному – 30 хв. Загальний масаж проводиться 2-3 рази на тиждень в залежності від періоду реабілітації. Під час масажу широко застосовували пасивні рухи в усіх суглобах. Особливого значення надавали масажу у суглобах фаланг пальців та китиці. Його метою було полегшення в вироблення дрібної моторики. Під час масажу стоп додатково тонізували м'язи їх склепіння. Також акцентувалися на масажі м'язів спини, грудної клітки, шиї та шийно-комірцевої ділянки [20].

Метою його було покращення трофіки допоміжного дихального та артикуляційного апарату, розширення функціонального резерву органів дихання, зміцнення м'язів спини з метою покращення поставами. Сеанс масажу закінчували загальним масажем (обкатуванням) тіла багатоголчастим аплікатором Ляпко («голчастий душ»). Масаж аплікатором проводили в положення дитини стоячи в наступній послідовності: ноги, руки, передня і задня поверхні тулуба. Загальна тривалість масажу – 2-3 хв.

Артикуляційний масаж (логопедичний) масаж проводили з метою нормалізації м'язового тону загальної, мимічної і артикуляційної мускулатури; зменшення проявів дистонії м'язів артикуляційного апарату; стимуляції пропріоцептивних відчуттів; збільшення обсягу і амплітуди артикуляційних рухів; активізації тих груп м'язів периферичного мовного апарату, у яких була недостатня скорочувальна активність; покращення формування довільних, координованих рухів органів артикуляції [19].

У розробленій реабілітаційній програмі застосовували зміцнюючий мануальний логопедичний масаж. Такий масаж заснований на прийомах класичного масажу. Сеанси проводили за схемою: в підготовчому періоді реабілітації тричі на тиждень, 20 сеансів; в основному періоді реабілітації – два цикли по 15 сеансів з перервою в 3 місяці двічі на тиждень; в заключному періоді – 10 сеансів двічі на тиждень. Початкова тривалість процедури становила 5-7 хв. Потім її поступово збільшували 20-25 хв. На масовані ділянки впливали у наступній послідовності: мимічна мускулатура, м'язи губ, м'язи язика, м'язи шиї і плечового пояса. Логопедичний масаж закінчували обкочуванням масованих ділянок, передньої поверхні шиї, шийно-комірцевої зони, передньої і задньої поверхонь грудної клітки багатоголчастим аплікатором Ляпко (лицьовим валиком) тривалістю 1-2 хв. Його метою було посилення ефекту логопедичного масажу. Загартування Загартування дітей проводили з метою загального зміцнення організму, профілактики застудних захворювань та підвищення імунітету [13].

Для загартування у розробленій реабілітаційній програмі застосовували вплив низьких температур. Це доступний та найпростіший вид загартування в домашніх умовах але ефект від такої процедури значний. Таким хворим потрібно: дотримуватись правильного режиму дня, раціональне харчування, заняття спортом. Також включити такі процедури, повітряні ванни, сонячні ванни і загартовування водою (умивання, контрастні ванни для нижніх кінцівок, обтирання). Така програма реабілітаційної, яка розроблялась саме для таких осіб в яких всановленно імплантант є досить ефективною так як в

покращує антропометричні показників (маси тіла, обхвату грудної клітки, плеча, стегна), фізичних якостей (сили, спритності, швидкості, витривалості, гнучкості) в порівнянні з вихідними положеннями [25].

ВИСНОВКИ

1. Законодавство України термін «діти з особливими освітніми потребами» використовується у вужчому розумінні інклюзивної освіти й охоплює дітей з різними порушеннями психофізичного розвитку та дітей з інвалідністю. В останні роки кількість осіб з порушенням зростає, тому розробляються різноманітні програми навчання та реабілітації. Особливу увагу потрібно приділити дітям з порушенням слуху, так як кількість їх зросла, а нові методи та підхід до адаптивної сфери в освітньому просторі не достатньо вдосконалені, тому потрібно звернути особливу увагу на вдосконалення та застосування більш сучасних та ефективніших методів навчання та реабілітації. Ці методи допоможуть особам з вадами слуху швидше адаптуватися в освітньому просторі та в соціумі.

2. Причинами виникнення туговухості є: інфекційні хвороби переважно вірусної етіології, гострий середній отит, хвороби серцево-судинної та ендокринної систем, травми (механічна, акустична, баротравма). Клінічно туговухість проявляється зниженням слуху, відчуття шуму, можливі запаморочення. Виділяють вроджену приглухуватість (в більшості випадків

спровокована несприятливим перебігом вагітності або спадковими факторами, часто розвивається внаслідок перенесеними матір'ю інфекційними хворобами) та набуту (розвивається протягом життя під впливом несприятливих факторів). Клінічно спостерігається недостатністю фізичного розвитку, що проявляється в розладах координації, рівноваги, гнучкості, порушення постави та дисфункцій дихальної системи.

3. Програма фізичної реабілітації повинна включати в себе різні види, форми та засоби реабілітації: лікувальну фізичну культуру (загальнорозвиваючі, танцювально-ритмічні, ритмопластичні вправи, рухливі ігри, плавання), фізіотерапію (акупунктура, лазеро-та електропунктури, фоноелектрофорез, електрофорез, гальванізація, місцева дарсонвалізація, діадинамотерапія, ампліпульстерапія), масаж (класичний, сегментарно-рефлекторний, точковий).

4. Отже при складанні програми фізичної реабілітації важливим фактором є своєчасність застосування засобів реабілітації та педагогічної підтримки. Завдяки комплексному підходу до фізичної терапії у осіб з вадами слуху при доцільному підборі видів форм та засобів реабілітації із застосуванням ігрової форми та лікувального впливу, можна спостерігати розвиток та поліпшення моторних функцій, координаційних здібностей, формування правильної постави та поліпшення респіраторної функції дихальної системи.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксонов А. В. Ефективність фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку в умовах інклюзивного навчання / А. В. Аксонов дис. канд. пед. наук. СПб., 2011. – 203 с.
2. Афанасьєва О. Сучасний стан проблеми фізичної реабілітації дітей з деривацією слуху / Олександра Афанасьєва, Ольга Луковська // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз.виховання, спорту і здоров'я людини / за заг. ред. Є Приступи. – Л., 2011. – Вип.15, т.3.– С.17 – 20.
3. Байкина Н. Г. Коррекционные основы физического воспитания глухих школьников: / Н.Г. байкина Автореф. дисс. д-ра пед. наук: 13.00.04. – М.: 1992. – 31 с.
4. Батова А. В. Соціально-педагогічні інтеграції дітей-інвалідів в соціальній сфері /А. В. Батова автореф. дис. канд. пед. наук. М., 2001. – 23 с.
5. Боднар І. Р. Проблеми залучення учнів 1–3 груп здоров'я до спільних уроків фізичної культури / І.Р. Боднар // Фізична активність, здоров'я і спорт. 2013. – №1(11). – С. 36 – 44.

6. Бацунов Н. А., Бессарабов Н. С. Точность игровых движений у глухих детей / Н. А. Бацунова, Н. С. Бессарабов // Тезисы докладов I Всесоюзной научно-практической конференции. – Одесса, 1989. – С. 6.
7. Вільчковський Е. С. Організація рухового режиму у дошкільних Навчальних закладах: навч-метод. посіб. / Е. С. Вільчковський, Н. Ф. Денисенко // Тернопіль: Мандрівець, 2008. – 128 с.
8. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі та соціальному середовищі: навч. посіб. / О. В. Гаврилов. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – 308 с.
9. Гандзюк С. логоритміки – система рухових вправ/ С. Гандзюк //Дошк. виховання. – №1. – 2012. – С. 28.
10. Гасюк О. М. Взаємозв'язок психофізіологічних функцій з показниками серцево-судинної та респіраторної систем у дітей молодшого шкільного віку із слуховою депривацією: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. біол. наук: спец. 03.00.13 «Фізіологія людини і тварин» / О. М. Гасюк // Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. – К., 2004. – 20 с.
11. Гельбрюге Теодор. Розвиток немовлят / Пер. з нім. Марти Стасюк. Львів: Астролябія, 2006. – 2 - 8 с.
12. Горопаха Н. М. Фізичне виховання дошкільників та молодших школярів у контексті інклюзивної освіти: проблеми наступності та перспективності / Н. М. Горопаха // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти. – 2014. – Вип. 10. – С. 11-15.
13. Грибовська І. Б. Корекція функціонального стану вестибуляторної системи в глухих школярів засобами фізичного виховання //Дефектологія. – 1997. – №4. – С. 21-22.
14. Григорьева Л. П. Психофизиология развития внимания у детей в норме и со сложными сенсорными нарушениями / Л. П. Григорьева // Дефектология. 2002. -№ 1. – С. 3-13.

15. Дегтяренко Т. М. Корекційно-реабілітаційна робота в спеціальних дшкільних закладах для дітей з особливими потребами: навч. посіб. / Т. М. Дегтяренко. – Суми: Університетська книга, 2008. – 302 с.

16. Дитина зі світу тиші: на допомогу батьками нечуючої дитини: наук. - метод. посіб. / Укл. Н. А. Зборовська та ін. // за ред. С. В. Кульбіді. – К.: СПКТБ УТОГ, 2011. – 183 с.

17. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. – 2-е изд., стер. / В.И. Дубровский – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 608 с.

18. Демченко Е. В. Особенности психофизического развития и уровня физической подготовленности детей с нарушением слуха и перспективы их коррекции средствами 8 реабилитационной верховой езды / Е. В. Демченко // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. – 2012. – № 3 (103).

19. Дьякова Е. А. Логопедический массаж: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. А. Дьяконова // Москва: Издательский центр «Академия», 2005. – 96 с.

20. Дошкільна освіта України у 2014 році. Статистичний бюллетень / Державна служба статистики України, 2015. – 89 с.

21. Заставна О. М. Стан рухової активності та фізичної підготовленості дітей старшого дошкільного віку після кохлеарної імплантації / О. М. Заставна // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – 2015. – Випуск 129, том 1. – С. 98-102.

22. Заставна О. М. Фізична реабілітація слабочуючих дітей старшого дошкільного віку після кохлеарної імплантації: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. наук з фіз. вихов. та спорту: спец. 24.00.03 «Фізична реабілітація» / О. М. Заставна; // ДВНЗ «Прикарпатський

національний університет імені Василя Стефаника». – Івано-Франківськ, 2016. – 20 с.

23. Заставна О. М. Особливості фізичного розвитку дітей дошкільного віку після кохлеарної імплантації / О. Заставна // Молода спортивна наука України. – 2015. – Т. 3. – С. 52-56.

24. Загальноосвітні навчальні заклади України на початок 2014/15 навчального року. Статистичний бюлетень / Державна служба статистики України, 2015. – 100 с.

25. Зінченко С., Злагодух В. Специфічні розлади здібностей дитини // Практична психологія та соціальна робота з дьтьми. - 2006. - № 8. - С.48-51; № 9. – С. 63 – 66.

26. Івахненко А. А. Порівняльна характеристика розвитку психомоторної сфери глухих дітей молодшого шкільного віку та їх однолітків зі збереженим слухом / А. А. Івахненко. – Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. –2014. – №1. – С13 – 17.

27. Ільницький В. І., Ясінський Є. А. Фізичне виховання в середніх медичних навчальних закладах: / В. І. Ільницький Посібник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. –192 с.

28. Імплантація, освітня реабілітація, реабілітація // Наше життя. – 2011. – 23 вересня. – С. 4.

29. Кузнецова К. Логопедична ритміка в іграх та вправах для дітей з важкими вадами мови. – М., 2004.

30. Коноплева Л. Н. Интегрированное обучение детей с особенностями психофизического развития: Монография / Л. Н. Коноплева, Т. Л. Лещинская. // Мн.: НИО, 2003. – 232 с.

31. Королева И. В. Слухоречевая реабилитация глухих детей с кохлеарными имплантами / И. В. Королева. // СПб., 2005. - 90 с.

32. Красикова И. С. Детский массаж и гимнастика для детей от трёх до семи лет / И. С. Красикова. // Санкт-Петербург: Корона принт, 2003. – 250 с.
33. Лукьяненко В. П. Физическая культура: Основы знаний: Учеб. Посбие. – 2-е изд., стереотип. – М.: Сов. спорт, 2005. – 224 с.
34. Лесько О. М. Рухливі ігри для молодших школярів із затримкою психічного розвитку: навч.-метод. пос. / О. М. Лесько, В. Трач. – Л.: ЛДІФК, 2004. – 88 с.
35. Липень А. А. Детская оздоровительная йога. Пособие для инструкторов по йоге / А. А. Липень. // Санкт-Петербург: Питер-пресс, 2009. – 280 с.
36. Мороз Б. С. Діти з порушенням слуху: крок за кроком від діагностики до інклюзії: посіб. для спеціаластів і батьків / авт.: Б. С. Мороз, В. П. Овсяник, О. Н. Борисенко и др.; под ред. Б. С. Мороза. – К.: А. Т. Ростунов, 2013. – 24 с.
37. Мурза В. П. Психолого-фізична реабілітація: / В. П. Мурза Підрчни. К., 2005. – 608 с.
38. Миронова С., Завальнюк О. Ставлення студентів і педагогів до прблем інклюзивної освіти дітей з порушеннями психофізичного розвитку / С. Миронова, О. Завальнюк // Дефектологія. – 2011. – №1. – С. 8-11.
39. Метод. рекомендації по фізкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии. / М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.
40. Міщик Л. Інклюзивна освіта як умова соціалізації дітей-інвалідів у процесі навчання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Znpkhist/2012_5/12mliupn.pdf
41. Нетрадиційні методи оздоровлення дітей дошкільного віку: навч. посіб. / Г. І. Григоренко, Н. Ф. Денисенко, Ю. О. Коваленко, Н. В. Маковецька. – Запоріжжя: ЗНУ, 2006. – 116 с.

42. Назаренко Л. Д. Оздоровчі основи фізичних вправ. / Л. Д. Назаренко М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 24 с.
43. Оздоровча робота в дошкільному навчальному закладі: навч. посіб. / Г.І. Григоренко, Н. Ф. Денисенко, Ю. О. Коваленко, Н. В. Маковецька. – Запоріжжя: ЗНУ, 2006. – 99 с.
44. Рахманов В. М. Медико-соціальні аспекти виховання і навчання дітей з порушенням / В. М. Рахманов. – Х.: Основа, 1990. – 153 с.
45. Сабадашина Р. О. Медицина дитячого віку. / Р. О. Сабадашина, Рівне.: 2003. – 463 с.
46. Савчук Л. Компетентнісний підхід у підвищенні кваліфікації педагогів до запровадження інклюзивної моделі навчання дітей з ООП / Л. Савчук // Нова педагогічна думка. – 2010. – №1. – С. 98 – 101.
47. Смирнов Н.К. Здоровьесохраняющие образовательные технологии в современной школе / Н. К. Смирнов. – М.: АПК и ПРО, 2002. – 121 с.
48. Соціальна робота з дітьми, молоддю, жінками, різними категоріями сімей: Аналітичний звіт щодо діяльності центрів соціальних служб для молоді / Упоряд.: Р. Г. Драпушко, С. В. Толстоухова, О. К. Шатохіна, Л. І. Шамрай. – К.: УДЦССМ, 1999. – 14с.
49. Флейчук О. Оцінка фізичної та розумової працездатності глухих дітей / О. Флейчук. // Наука и спорт: взгляд в III тысячелетие: Сб. ст. Міжнар. наук. конф. студ. – К., 1999. – С. 109-111.
50. Шапковой Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л. В. Шапковой. // М.: Советский спорт, 2003. – 464 с

ДОДАТКИ

Додаток А

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

Я, Гиттак Ліліє Вікторівна,
учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, УСВІДОМЛЮЮ, що академічна добродесність – 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 добродесності;
- 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 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;

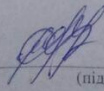
– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символи університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– 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 добродесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної добродесності.

14.04.2020 (дата)

 (підпис)

Ліліє Гиттак (ім'я, прізвище)

Рис. 1. Кодекс академічної добродесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету