

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет
імені Івана Огієнка

А.В. Михальський, Е.О. Жигульова, Ю.А. Михальська

**ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ
ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ РОБОТІ З
ДІТЬМИ ІЗ ОСОБЛИВИМИ
ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ**

Навчальний посібник

м. Кам'янець-Подільський – 2020 р.

УДК 376-056.2/3: 613(075.8)

ББК 74.3+51.1

М 69

Рецензенти:

Доцюк Л.Г. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізичної реабілітації та ерготерапії Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича;

Христич Т.М. – доктор медичних наук, професор кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних основ фізичного виховання Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка;

Дмітрієва О.І. – кандидата педагогічних наук, доцент кафедри корекційної педагогіки та інклюзивної освіти Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.

*Рекомендовано до друку вченою радою
факультету корекційної та соціальної педагогіки і психології
Кам'янець-Подільського національного університету
імені Івана Огієнка
протокол № 6 від 24 .06.2020 р.*

Михальський А.В., Жигульова Е.О., Михальська Ю.А.

М 69 Здоров'язберігаючі технології при роботі з дітьми із особливими освітніми потребами : Навчальний посібник. Кам'янець-Подільський : Видавець Ковальчук О.В., 2020. 228 с.

У навчальному посібнику викладено основи курсу «Здоров'язберігаючі технології». Значне місце відведено розгляду суті здоров'язберігаючих технологій та загальній характеристиці дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Дана характеристика психофізичного розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я та висвітлюються особливості реалізації здоров'язберігаючих технологій при роботі з дітьми із особливими освітніми потребами.

Посібник адресовано студентам ВНЗ III-IV рівнів акредитації, які навчаються за спеціальностями 227 Фізична терапія, ерготерапія та 016 Спеціальна освіта.

УДК 376-056.2/3: 613(075.8)

ББК 74.3+51.1

© Михальський А.В., Жигульова Е.О., Михальська Ю.А. 2020

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	5
Передмова.....	6
РОЗДІЛ 1 Сучасне розуміння здоров'я людини і його основних складових.....	8
1.1. Поняття про здоров'я і хвороби.....	8
1.2. Історичні аспекти ставлення до здоров'я	13
1.3. Фактори впливу на здоров'я та чинники розвитку захворювань.....	17
1.4. Здоровий спосіб життя і його складові	21
РОЗДІЛ 2 Здоров'язберігаючі технології в освітньому процесі.....	31
2.1. Суть здоров'язберігаючих технологій	31
2.2. Класифікація здоров'язберігаючих технологій	35
2.3. Роль здоров'язберігаючих технологій в освітньому процесі.....	39
РОЗДІЛ 3 Загальна характеристика дітей з обмеженими можливостями здоров'я	49
3.1. Категорії дітей з обмеженими можливостями здоров'я ..	49
3.2. Причини порушень психофізичного розвитку	57
3.3. Особливості розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я.....	63
3.4. Основи інклюзивної освіти.....	71
РОЗДІЛ 4 Здоров'язберігаючі технології в корекційній роботі з особами із порушеннями зору.....	80
4.1. Порушення зору: причини, види, симптоми, класифікація	80
4.2. Особливості психофізичного розвитку дітей з порушенням зору.....	85
4.3. Гімнастика для очей як здоров'язберігаюча технологія.....	92
4.4. Елементи здоров'язберігаючих технологій В. Ф. Базарного	100
РОЗДІЛ 5 Здоров'язберігаючі технології в корекційній роботі при порушеннях слуху.....	108
5.1. Причини порушень слуху	108

5.2. Основні групи дітей з порушенням слуху і типи порушення слуху	111
5.3. Основні особливості психічного розвитку дітей з порушенням слуху.....	117
5.4. Принципи формування здоров'язберігаючих технологій у системі освіти дітей з порушенням слуху.....	123
РОЗДІЛ 6 Здоров'язберігаючі технології в процесі навчання дітей з інтелектуальними порушеннями.....	135
6.1. Поняття про інтелект. Причини та класифікація затримки психічного розвитку	135
6.2. Клінічна характеристика дітей з інтелектуальними порушеннями.....	140
6.3. Особливості реалізації здоров'язберігаючих технологій при роботі з дітьми із ЗПР та інтелектуальними порушеннями	145
РОЗДІЛ 7 Здоров'язберігаючі технології підвищення якості життя осіб з порушеннями опорно-рухового апарату.....	154
7.1. Види порушень опорно-рухового апарату у дітей	154
7.2. Етіологія, клінічна картина та форми дитячого церебрального паралічу	160
7.3. Клініко-психологічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату	169
7.4. Здоров'язберігаючі технології в роботі з хворими, які мають порушення функцій опорно-рухового апарату.....	173
Словник термінів.....	182
Додатки	194
Література	198

Перелік умовних скорочень

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ДЦП – дитячий церебральний параліч

ЗПР – затримка психічного розвитку

ЗСЖ – здоровий спосіб життя

МКХ – міжнародна класифікація хвороб

ОМЗ – обмежені можливості здоров'я

ООП – особливі освітні потреби

ОРА – опорно-руховий апарат

ЦНС – центральна нервова система

Передмова

*Гроші втратиш - нічого не втратиш,
Час втратиш - багато втратиш,
Здоров'я втратиш усе втратиш.
Сервантес*

Проблема охорони і зміцнення здоров'я дітей, створення оптимальних умов для їх росту і розвитку є актуальною і дуже значущою в останні десятиліття. Здоров'я підростаючого покоління визначає здоров'я нації в цілому, майбутнє країни, її науковий, культурний і економічний потенціал.

Здоров'я дитячого населення являє собою інтегральний параметр, результуючий вплив генетичних задатків, соціальних, культурних, екологічних, медичних та інших факторів, тобто є комплексним результатом складної взаємодії людини з природою і суспільством. Тенденції здоров'я населення, в першу чергу дітей і підлітків, досить точно відображають рівень економічного розвитку та добробуту країни. Таким чином, збереження здоров'я школярів є важливою соціальною проблемою.

Дані ВООЗ свідчать, що число осіб із різними порушеннями розвитку у світі сягає 13% (3% дітей народжуються з вадами інтелекту та 10% дітей з іншими психічними та фізичними вадами). Всього в світі близько 200 мільйонів дітей з обмеженими можливостями здоров'я. Сьогодні практично в кожній п'ятій родині народжується дитина з фізичними або розумовими вадами в розвитку.

На сьогодні дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, в Україні понад 1 млн., що становить 12% від загальної чисельності дітей у країні.

Саме тому об'єктом особливої уваги державної політики України є діти з особливими освітніми потребами. Щоб забезпечити їхній розвиток і надання можливості отримання якісної освіти проводиться реформування освіти та вдосконалюються форми навчання «особливих дітей» для створення найсприятливіших умов їхньої інтеграції в суспільство. Організація освіти, зорієнтованої на ті чи інші проблеми розвитку дитини, передбачає комплексну медико-педагогічну, фізичну, соціальну абілітацію дітей упродовж усього періоду їхнього навчання. Водночас специфіка навчальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами вимагає внесення суттєвих корективів до змісту, структури та організації навчальної та

корекційно-виховної роботи.

Сьогодні наука про здоров'я людини дедалі більше знаходить своє відображення в системі педагогічної освіти, від якої залежить підготовка фахівців, здатних виховувати культуру здоров'я різних верств суспільства. Розумне використання комплексу різноманітних природних засобів оздоровлення, а також вибір складових валеологічної освіти дозволять забезпечити повноцінне відновлення, збереження і примноження здоров'я людей, збагачення їх духовного потенціалу.

Підготовлений нами посібник має на меті допомогти майбутнім фахівцям з фізичної терапії та спеціальної освіти засвоїти сучасне розуміння здоров'я людини і його основних складових та суть здоров'язберігаючих технологій, а також опанувати основними методами здоров'язберігаючих технологій при різних нозологіях.

Усі критичні зауваження читачів автори приймуть із вдячністю.

З повагою – колектив авторів.

РОЗДІЛ 1

Сучасне розуміння здоров'я людини і його основних складових

- 1. Поняття про здоров'я і хвороби**
- 2. Історичні аспекти ставлення до здоров'я**
- 3. Фактори впливу на здоров'я та чинники розвитку захворювань**
- 4. Здоровий спосіб життя і його складові**

1. Поняття про здоров'я і хвороби

Здоров'я людей належить до числа проблем, що мають життєво важливе значення як для кожної людини, так і для всього людства в цілому.

Стан здоров'я не є чимось статичним. Це динамічний процес, а, отже, стан здоров'я може покращуватись або погіршуватись. Основною ознакою здоров'я є здатність до значної пристосованості організму до впливів різноманітних чинників зовнішнього середовища. Завдяки цьому здоровий організм може витримувати значні фізичні та психічні навантаження.

Представники різних наукових напрямків робили спроби проникнути в таємниці феномена здоров'я, визначити його сутність для того, щоб навчитися вміло керувати ним, економно використовувати здоров'я протягом усього життя та знаходити засоби для його збереження.

Поняття «здоров'я» належить до числа складних медико-філософських уявлень. За сучасними уявленнями здоров'я не розглядається як суто медична проблема. Комплекс медичних питань становить лише малу частину феномену здоров'я.

Нині існує відносно велика кількість різноманітних за напрямом, структурою та змістом визначень поняття «здоров'я». Т.І. Калью на основі вивчення світового інформаційного потоку документів склав перелік 79 визначень сутності здоров'я людини, але і він є далеко не повним.

На перший погляд визначити стан здоров'я або хвороби є досить простим завданням. Однак це складне питання про що говорить і той факт, що немає єдиного загальноприйнятого визначення цим поняттям. Здоров'я є складним і суперечливим щодо визначення феноменом.

Саме раннє з визначень здоров'я – визначення Алкмеона, має своїх прибічників аж до сьогоднішнього дня: «Здоров'я є гармонія

протилежно спрямованих сил». Цицерон охарактеризував здоров'я як правильне співвідношення різних душевних станів.

«Здоров'я – це стан, ... в якому ми не відчуваємо болі і який не заважає виконувати функції нашого щоденного життя: брати участь у керівництві, митися, пити та їсти і робити все, що ми хочемо.» (Гален).

«Здоров'я – стан рівноваги між вимогами середовища та силами організму.» (О. О. Остроумов).

Виходячи із того, що людина є істотою соціальною А.Д.Адо вказав, що здоров'я – це існування, яке допускає найбільш повноцінну участь у різних видах суспільної та трудової діяльності.

Досить чітке і об'ємне визначення дає М.Н.Зайко. «Здоров'я – це перш за все нормальний стан організму, в якому структура і функції відповідають одне одному, а регуляторні системи наділені здатністю підтримувати стабільність внутрішнього середовища». Таким чином, здоров'я виражається в тому, що у відповідь на будь-яке подразнення виникають адекватні реакції направлені на пристосування організму до змінених умов середовища.

І. І. Брехман підкреслює, що здоров'я – це не відсутність хвороб, а фізична, соціальна і психологічна гармонія людини, доброзичливі стосунки з іншими людьми, з природою і самим собою. Він пише, що «здоров'я людини – це здатність зберігати відповідно віку стійкість в умовах різких змін кількісних і якісних параметрів триєдиного джерела сенсорної, вербальної і структурної інформації».

Один із засновників валеології Т. Ф. Акбашев називає здоров'я характеристикою запасу життєвих сил людини, яка задається природою і реалізується або не реалізується людиною.

У переважній більшості робіт підкреслюється, що абсолютне здоров'я є абстракцією.

Одне із визначень записано в преамбулі статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у якому сказано, що **здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів.** Але дане визначення є дуже загальним і до деякої міри спірне. Особливо це стосується поняття «соціальне благополуччя».

Світова наука передбачає цілісний погляд на здоров'я як феномен, що інтегрує принаймні чотири його сфери, або складові: фізичну, психічну (розумову), соціальну (суспільну) і духовну. Всі ці складові є невід'ємними одна від одної, вони тісно взаємопов'язані і саме разом, у сукупності, визначають стан здоров'я людини. Для зручності вивчення, полегшення методології дослідження феномену здоров'я наука диференціює поняття фізичного, психічного,

соціального і духовного здоров'я, але у реальному житті майже завжди має місце інтегральний вплив цих складових.

Фізичне здоров'я визначають такі чинники, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, фізіологічні функції організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадковості, рівні фізичного розвитку органів і систем організму.

До сфери **психічного здоров'я** відносять індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад збудженість, емоційність, чутливість. Психічне життя індивіда складається з потреб, інтересів, мотивів, стимулів, установок, цілей, уяв, почуттів тощо. Психічне здоров'я пов'язано з особливостями мислення, характеру, здібностей. Всі ці складові і чинники обумовлюють особливості індивідуальних реакцій на, так би мовити, однакові життєві ситуації, вірогідність стресів, афектів.

Духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, його сприйняття складових духовної культури людства:

- освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей в контексті власних ідеалів і світогляду.

Все це визначає стан духовного здоров'я індивіда.

Соціальне здоров'я індивіда залежить від економічних чинників, його стосунків із структурними одиницями соціуму - сім'єю, організаціями, через які відбуваються соціальні зв'язки – праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. Крім того, потрібно враховувати міжетнічні стосунки, різницю в доходах різних соціальних категорій суспільства, рівень матеріального виробництва, техніки і технологій, їх суперечливий вплив на здоров'я взагалі. Ці чинники і складові створюють відчуття соціальної захищеності (або незахищеності), що суттєво впливає на здоров'я людини. У загальному вигляді соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку, що притаманне головним сферам суспільного життя в певному середовищі – економічному, політичному, соціальному, духовному. Ще раз потрібно наголосити, що в реальному житті всі чотири складові – фізична, психічна, духовна і соціальна – діють одночасно і їх інтегрований вплив визначає стан здоров'я людини як цілісний складний феномен.

Досить часто говорячи про здоров'я ми використовуємо термін «норма», розуміючи під нею фізіологічну міру здоров'я. Норму визначають як середньостатистичні дані серед популяції. Зрозуміло, що виходячи із цього «норма» має певний суб'єктивізм, оскільки ті чи

інші показники функціонування організму здатні змінюватись як під впливом внутрішніх так і зовнішніх чинників.

Таким чином точно визначити «норму» інколи буває досить важко. Чіткі межі здоров'я важко встановити ще і тому, що існують різні перехідні стани коли людина почуває себе добре і показники функціонального стану не змінені, але вже діють на організм хвороботворні фактори. Тому в оцінці стану здоров'я доречніше використовувати термін «практично здорова людина», а не «здорова людина».

Об'єктивно визначити стан здоров'я можна лише при детальному обстеженні людини, яке включає в себе антропометричні, фізіологічні, біохімічні та клінічні показники, а також враховуючи при цьому соціальні, кліматичні, вікові, статеві та інші аспекти.

Рівні здоров'я. Їх можна уявити як динамічні стани на лінійці, на одному кінці якої – передчасна смерть, а на другому – ідеальне здоров'я. Між теоретичним поняттям «досконале здоров'я» і хворобою існують проміжні стадії.

Абсолютно здоровий – стан організму, в якого всі органи і системи функціонують ідеально (теоретичне поняття).

Практично здоровий – організм підтримує всі показники в межах фізіологічної норми. Він здатний витримувати значні навантаження і за рахунок внутрішніх резервів швидко адаптується до змін у навколишньому середовищі.

Збій адаптації – внаслідок тривалого впливу несприятливих факторів в організмі порушується система саморегуляції, накопичуються токсичні речовини, знижується активність імунної системи.

Передхвороба – накопичуються дезадаптаційні зміни, виникає імунодефіцит, порушується обмін речовин. На цій стадії відбувається зниження больового порогу, наростають втомлюваність і ризик виникнення захворювань.

Хвороба – патологічний процес, що виявляється у формі виражених ознак (симптомів).

Дослідження здоров'я населення дає можливість одержувати різнобічну інформацію, у тому числі передбачає розподіл населення за групами здоров'я з переважним використанням даних про захворюваність.

1 група – **Здорові**. До 1 випадку гострих респіраторних захворювань за рік.

2 група – **Практично здорові**. Особи з факторами ризику; не більше 2-3 випадків гострих респіраторних захворювань за рік.

3 група – *Хворі із компенсованим станом*. Особи з хронічними хворобами без загострень; 4 і більше випадків гострих респіраторних захворювань.

4 група – *Хворі із субкомпенсованим станом*. Особи із загостреннями хронічних хвороб протягом року.

5 група – *Хворі із декомпенсованим станом*. Хронічні хворі в стадії декомпенсації.

Здоров'я і хвороба є різними проявами життя, для яких характерний обмін речовин, наявність захисних реакцій, зв'язок з оточуючим середовищем, що свідчить про єдність їх взаємозв'язку як двох ознак життя. Не дивлячись на це хвороба є протилежністю здоров'ю.

Перехідним станом між здоров'ям і хворобою є розлад адаптації організму до змін зовнішнього середовища внаслідок чого регуляторні механізми не здатні підтримувати стабільність внутрішнього середовища. У випадку неможливості відновлення адаптації виникає хвороба. У хворому організмі, як і в здоровому відбуваються обмінні процеси, ростуть і розмножуються клітини, функціонують усі органи і системи але завжди порушуються пристосувальні здатності організму. Слід відмітити, що при хворобі не дивлячись на функціонування органів і систем, все ж порушується нормальний хід фізіологічних процесів.

Дати вичерпне визначення хворобі настільки ж важко як і здоров'ю. Одне із самих коротких визначень дав Р.Вірхов: «Хвороба це життя при ненормальних умовах». Але у цьому визначенні не враховуються всі аспекти хвороби.

Більшість визначень хвороби робиться на врахуванні здатності організму до адаптації. *Хвороба – це порушення нормальної життєдіяльності організму внаслідок впливу пошкоджуючих факторів, що призводять до зниження його пристосувальних можливостей*. Таким чином, порушення процесів пристосування є основним у розвитку хвороби.

Особливістю розвитку хвороби в людей, на відміну від тварин, є вплив соціального фактору. Сюди можна віднести і те, що хвороба порушує трудову діяльність людини, що є надзвичайно важливим у людському суспільстві. Враховуючи на важливість збереження працездатності для людини Д.О. Альперн і Я.Л. Рапопорт вважали її основним проявом хвороби. Виходячи із зазначеного буде доречним доповнення у визначення хвороби яке торкається саме цього аспекту. *Хвороба – це порушення нормальної життєдіяльності організму внаслідок впливу пошкоджуючих факторів, що призводять до зниження його пристосувальних можливостей і зниження*

працездатності людини.

Розглядаючи хворобу слід відмітити, що вона складається із сукупності структурних і функціональних змін та характерних клінічних проявів. При будь якій хворобі в організмі порушується функція ЦНС, яка відіграє визначальну роль в адаптації організму до змін зовнішнього середовища.

2. Історичні аспекти ставлення до здоров'я

Фізичне та психічне здоров'я у всі часи було важливою цінністю для кожної людини, хоча в певні історичні періоди деякі суспільства, безсумнівно, втрачали або ігнорували усвідомлення реальної цінності індивідуального та суспільного здоров'я, обмежуючись лише декларацією.

Ще в старовині воно розумілося лікарями і філософами як головна умова вільної діяльності людини, її досконалості. Так, в первіснообщинному суспільстві, усвідомлюючи та переживаючи свою беззахисність перед силами природи, людина пов'язувала свій фізичний стан із містичними уявленнями і об'єктами, які обожнювалися, а заходи щодо охорони здоров'я приймали відповідно характер релігійних обрядів.

Вже в міфологічні часи античності намітились два напрямки в розвитку знань про здоров'я і методи його стимуляції, які умовно можна визначити як західний і східний напрямки.

Східна філософія, заснована на розумінні людини як цілого, нерозривно пов'язаного із безпосереднім оточенням, природою і космосом, є основою «східної» медицини, орієнтованої на підтримку здоров'я, виявлення величезних можливостей людини в її протистоянні недугам.

Західні оздоровчі системи основну увагу зосереджували на суто фізичному розвитку людини:

- силі;
- спритності;
- витривалості;
- швидкості.

Мислителі античного періоду намагалися виділити в явищі здоров'я специфічні елементи:

- Гіппократ розглядав здоров'я як деяку гармонію та акцентував увагу на фізичному здоров'ї людини;
- Демокрит, навпаки, віддавав пріоритет духовному здоров'ю, яке є «благим станом духу».

На цьому етапі розвитку людства медицина складалася як наука, що декларувала збереження і зміцнення здоров'я, продовження життя

людей як головну мету, тоді як лікування хвороб було її другою метою.

В цей період з'явилися і перші концепції здорового способу життя (ЗСЖ): «пізнай самого себе», «піклуйся про самого себе», згідно яким у кожної людини повинен бути певний образ дій, здійснюваний по відношенню до самої себе та включаючи турботу про самого себе.

Проте особливістю підходу до здоров'я, що сформувався в античний період європейської історії, вважається те, що, відтісняючи духовний елемент на другий план, на перший план був винесений фізичний компонент індивідуального здоров'я і ЗСЖ.

Ставлення до здоров'я почало принципово змінюватися вже в рабовласницьких суспільствах у міру виникнення і поглиблення майнової та соціальної нерівності людей. При цьому представники вищих верств, вдаючись до надмірностей і комфорту, все у меншій мірі надавали увагу своєму здоров'ю і все більше сподівалися на лікування його порушень та на лікарів.

На думку В.В. Давидовича і А.В. Чекалова, саме ця обставина сприяла тому, що медицина втратила своє профілактичне значення і стала звертати основну увагу на лікування хвороб та розглядати пацієнта як пасивну особу, отримуючу певні розпорядження, у виробленні яких вона не бере участі.

Це закономірно призвело до переоцінки та зміни не тільки розподілу ролей лікаря і пацієнта в діагностично-лікувальному процесі, але й до зміни ставлення пацієнта до власного здоров'я.

Серед учених і філософів, які на різних етапах висловлювали валеологічні думки й ідеї, слід згадати англійського філософа Ф. Беконна (1561-1626), який проголосив, що «медицина, яка не базується на філософії, не може бути надійною» і що «перший обов'язок медицини – збереження здоров'я, другий – лікування захворювань, третій – продовження життя». Йому ж належить і думка про величезне значення для здоров'я психоемоційного стану людини.

У подальші століття в західній науці проблему здоров'я і ЗСЖ зачіпали такі лікарі і мислителі як голландський філософ Б. Спіноза (1632-1677), французький медик і філософ Ж. Ламетрі (1709-1751), французький лікар і філософ П.Ж. Кабаніс (1757-1808), російський учений-натураліст М.В. Ломоносов (1711-1765).

Значний поштовх розвитку науки про здоров'я дали роботи українського науковця, одного з основоположників імунології та мікробіології І.І. Мечникова (1845-1916) та російського лікаря І.В. Давидовського (1887-1968), завдяки яким визначився основний

принцип розумної стратегії, спрямованої на збереження здоров'я – стимуляцію захисних сил організму.

І.І. Мечников прийняв участь у розробці одного з напрямів сучасної науки – ортобіотики (наука про самозбереження здоров'я, розумний спосіб життя), яка займається цією складною і багатоаспектною проблемою «розумного способу життя», і перша заповідь якої – «зміни ставлення до власного здоров'я».

Плідні ідеї про можливості людського організму і про способи його вдосконалення, викладені І.І. Мечниковим у його «Етюдах оптимізму», знайшли подальший розвиток у роботах японського цілителя ХХ століття Кацудзо Ніші, російського вченого-фармаколога, засновника валеології І.І. Брехмана (1921-1994), бувшого завідувача кафедри спортивної медицини і санології Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика Г.Л. Апанасенка, російського лікаря-нейрохірурга, автора популярної Системи Природного Оздоровлення Г.С. Шаталової (1916-2011) та ін.

У ХХ столітті медицина розвивалася як комплекс знань і практичних методів зберігання і зміцнення здоров'я людини, профілактики захворювань і лікування хворих, але переважно в напрямку вдосконалення лікувально-діагностичних заходів.

Втративши цілісний підхід до людини – хворої чи здорової, «офіційна медицина» стала «медициною хвороб» і навіть симптомів, але не «медициною здоров'я»; не зробити людину здоровою, а врятувати її, зняти гострий біль, заглушити загострення хвороби – у цьому полягають її задачі і цим фактично обмежуються її можливості».

Результатом зміни стратегії охорони здоров'я, яка мала місце в другій половині ХХ століття та була названа «другою протиепідемічною революцією», стала об'єктивізація комплексу раціональних поведінкових правил, відомих як ЗСЖ.

Цей комплекс «гарантує індивіду максимальний захист від впливу на нього чинників ризику навколишнього середовища і, таким чином, – максимальну захищеність від можливості появи будь-якої форми хвороб цивілізації».

В основу ЗСЖ покладений принцип індивідуальної відповідальності людини за своє здоров'я. ЗСЖ народився на Заході, але рекомендований ВООЗ для всіх світових систем охорони здоров'я. Він є похідним західного світогляду і соціальних умов та має своєю основою такі особливості західної організації служб охорони здоров'я:

- існування розвиненої системи сімейної медицини;

- характеристика самого «західного» пацієнта, як активного суб'єкта, який усвідомлює (в умовах страхової медицини) матеріальну перевагу зберігання здоров'я та недопущення хвороб;
- наявність високоорганізованих і забезпечених гігієнічних служб охорони громадського здоров'я;
- традиційно високий рівень розвитку психоаналітичних і психотерапевтичних структур;
- дух західної людини, який орієнтує особу на переважно індивідуальні зусилля в досягненні будь-якої мети.

Всі ці фактори, які можуть розглядатися як об'єктивні умови, що сприяють розвитку ЗСЖ, відсутні в нашій дійсності.

Але вибір самозберігаючої поведінки та дотримання ЗСЖ також значною мірою залежить від внутрішнього спонукання, опосередкованого характером людини, її моральними принципами, освітою, світоглядом, внутрішньою картиною здоров'я.

В якості інших суб'єктивних чинників самозберігаючої поведінки розглядають:

- усвідомлення людиною особистої відповідальності за власне життя і зокрема – за своє здоров'я, суб'єктивну самооцінку фізичного стану, місце здоров'я в персональній системі цінностей;
- усвідомлене ставлення до форм співжиття, «культуру почуттів», ціннісну орієнтацію на способи життєдіяльності, що покращують та зміцнюють здоров'я;
- ціннісні настанови, якими керується людина в своєму повсякденному житті;
- ставлення до свого здоров'я та здоров'я оточуючих;
- свідомою роботою самої людини по відновленню і розвитку життєвих ресурсів, перетворенню ЗСЖ у фундаментальну складову образу «Я».

Дані більшості емпіричних досліджень, проведених в Україні, свідчать про те, що на даний момент у нашій країні не існує такої системи соціальних уявлень про здоров'я, про необхідність і принципи його зберігання і зміцнення, яка була б адекватна обґрунтованій, раціональній і структурованій системі наукових уявлень по цій проблемі.

Це проявляється в тому, що:

- «люди багато чого просто не знають, а якщо і знають, то більшість з них не дотримується правил ЗСЖ»;
- на особистому рівні і на рівні суспільної свідомості немає системного уявлення про здоров'я як соціальну цінність, а в образі життя більшості людей відсутні реальні дії, спрямовані на підтримку свого здоров'я та формування іміджу здорової людини, переважна

більшість опитаного населення не здатна відділити проблеми здоров'я від проблем економічних і політичних;

- у свідомості більшості людей немає чітких уявлень про те, що у кожного повинна бути система підтримки свого здоров'я і, як наслідок, багато хто схильний переносити велику частину відповідальності за погіршення здоров'я населення на державу;

- серед соціальних процесів і факторів опитані представники населення виділяють лише ті, які негативно впливають на стан здоров'я населення;

- недостатньо усвідомлюють внутрішні ресурси власного організму і психіки та нарікають на несприятливі зовнішні умови життя.

Водночас, починає з'являтися й наростання інтересу людей до свого організму, до проблем здоров'я, «вірогідно в зв'язку із швидким зростанням рівня освіти», і підвищення критичності пацієнтів.

Так, зменшення кількості звертань до установ охорони здоров'я обумовлено тим, що багато наших співвітчизників побоюються зайвий раз не вийти на роботу, оскільки ризикують через те її втратити, тобто в хворих більше шансів стати безробітними, ніж у здорових.

Проте, усвідомлення цього факту може сприяти формуванню у населення мотивації до збереження здоров'я, і розуміння того, що здоров'я є безцінною соціальною якістю, яку потрібно зберігати та примножувати.

Таким чином, можна стверджувати, що ЗСЖ є немислимим без адекватного ставлення самої людини до свого здоров'я і здоров'я оточуючих.

Отже, усвідомлення (чи, навпаки, недостатнє усвідомлення) переваг ЗСЖ та необхідності його реалізації (чи відмова від нього) базуються на ставленні особистості до свого здоров'я та залежать від особливостей цього ставлення.

3. Фактори впливу на здоров'я та чинники розвитку захворювань

Здоров'я людини залежить від багатьох факторів. Що ж до ролі і значення основних факторів, які беруть участь у формуванні здоров'я, то багаторічні дослідження наукової школи фахівців з громадської охорони здоров'я, очолюваної академіком Ю.П. Лісциним, дозволили розподілити їх таким чином:

1. Спосіб життя людини – він на 50-55% визначає стан його здоров'я.

2. Екологічні чинники – на 20-25% впливають на здоров'я

людини.

3. Біологічні чинники – на 15-20% визначають стан здоров'я.

4. Медичні чинники – на 8-10% впливають на здоров'я людини.

Спосіб життя людини

Спосіб життя людини – це сукупність матеріальних умов, суспільних соціальних установок (культура, освіта, традиції тощо), умов поведінки (включаючи соціально-психологічну та фізіологічну реактивність) особистості і зворотний її вплив на ці умови. Активна участь людини в процесі формування умов життя – обов'язковий елемент поняття «спосіб життя», так як спосіб життя людини – адекватна реакція на навколишнє її середовище в цілому. Негативними його чинниками є шкідливі звички, незбалансоване, неправильне харчування, несприятливі умови праці, моральне і психічне навантаження, малорухомий спосіб життя, погані матеріальні умови, незгода в сім'ї, самотність, низький освітній та культурний рівень тощо.

Екологічні чинники.

Екологічні чинники умовно можна розділити на три великі групи:

1. біотичні – вплив живої природи (патогенні мікроорганізми);
2. абіотичні – вплив неживої природи (шум, ультрафіолетове випромінювання, радіоактивність, хімічні речовини);
3. антропогенні – вплив розумної або безрозсудної діяльності людини (забруднення повітря, води, ґрунту).

Біологічні чинники

Науково доведено вплив спадковості майже на всі аспекти фізичного і психічного здоров'я. Під генетичними чинниками слід розуміти успадковані від найближчих предків особливості забезпечення життєдіяльності. З генною програмою, що успадковується від батьків і визначає генетичні особливості дитини, людині належить жити все життя, і від того, наскільки спосіб її життя відповідатиме фенотиповій програмі, залежатиме її здоров'я і тривалість життя. Середовище, в якому житиме людина, лише може змінити його потенціал у рамках норм реакцій, але змінити сам геном не зможе. Набір генів, успадкований дитиною від батьків (генотип) формується упродовж життя багатьох поколінь і є дуже стійкою величиною.

Сучасні тенденції в зміні структури захворюваності свідчать про зростання відносного значення генетично обумовлених захворювань людини. За даними світової статистики, близько 5% усіх

новонароджених з'являється на світ з генетично обумовленими дефектами, роль яких у перинатальній патології ще вища.

Медичні чинники

Якість і доступність медичних послуг – важливий чинник охорони здоров'я. У кризових ситуаціях він є вирішальним. Але набагато важливіше запобігти проблемам зі здоров'ям, тобто більше уваги необхідно приділяти профілактиці.

Деякими фахівцями представляється більш обґрунтованим, виходячи з валеоцентричного підходу до формування здоров'я, структурно-логічним методом розділити чинники, що впливають на здоров'я людини, на 4 рівнях за значенням групи і розподілити їх відносно значення для формування, зміцнення і збереження здоров'я наступним чином:

- Екологічні чинники: 25% впливу на формування здоров'я;
- Біологічні чинники: 25% впливу на здоров'я людини;
- Соціальні чинники, що включають, зокрема, і медицину, і організацію охорони здоров'я: 25% впливу на здоров'я;
- Особистісні чинники, що обумовлюють мотивацію до здоров'я і ЗСЖ і включають спрямованість особистості, на формування, зміцнення і збереження здоров'я: 25% впливу на здоров'я людини.

При цьому співвідношення впливу цих основних чинників на формування здоров'я може трохи змінюватися, залежно від конкретних обставин, але загальне їх співвідношення і взаємний вплив істотно змінитися не можуть.

Але як би не впливали на людину умови її життя і діяльності, наявність її внутрішнього прагнення до активного, діяльного і продуктивного життя, розуміння цінності свого здоров'я і важливості його збереження шляхом наслідування принципів ЗСЖ, – ці та інші особистісні чинники формування здоров'я, поза сумнівом, відіграють провідну роль.

Чинники ризику – це потенційно небезпечні для здоров'я чинники поведінкового, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, що підвищують вірогідність розвитку захворювань.

Серед чинників, що впливають на здоров'я людини виділяють 2 групи:

- чинники які зміцнюють здоров'я (раціональне харчування, оптимальний руховий режим, особиста гігієна, загартування, режим дня, відсутність шкідливих звичок);
- чинники, які негативно впливають на здоров'я (шкідливі звички, спадковість, низький рівень охорони здоров'я, природні

умови і т.д.).

За своєю природою чинники ризику поділяються на первинні і вторинні. На думку фахівців ВООЗ, до первинних чинників ризику відносяться: куріння, зловживання алкоголем, наркотичними речовинами, нераціональне харчування, психоемоційний стрес, гіпокінезія; до вторинних – артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, алергія, імунодефіцит та ін.

Крім цього чинники ризику поділяють ще на дві групи:

- ті, на які ми не можемо впливати (не модифіковані)
- і ті, на які ми можемо впливати (модифіковані).

До не модифікованих чинників ризику відносяться: стать, вік, спадковість, кліматогеографічні особливості місць проживання та ін.

До модифікованих чинників відносяться: вживання алкоголю, зайва вага, хвороби пов'язані з професійною діяльністю, куріння, гіподинамія та ін. Уникаючи їх, ми значно знижуємо ризик розвитку захворювання.

Одним з найважливіших чинників, що визначають спосіб і якість життя людини, є психологічний клімат у сім'ї та на роботі, який сприяє формуванню і збереженню здоров'я. Для сприятливого психологічного клімату характерні почуття захищеності і емоційної задоволеності. При несприятливому психологічному кліматі з'являється тривожність, емоційний дискомфорт, відчуження, що веде до психічної напруженості та підвищення рівня тривожності. До психогенних факторів, які здатні викликати захворювання, належать хворобливі впливи на вищу нервову діяльність психічної травми. Психічна травма може бути гострою – тоді вона викликає психогенний шок, а може бути і хронічною. Хронічна психічна травма знижує опір організму до захворювань і суттєво впливає на перебіг будь якої хвороби. На важливість психогенних факторів у виникненні хвороб вказує той факт, що виділена група захворювань у виникненні яких основною причиною розглядають саме цей фактор. Цю групу захворювань називають психосоматичними і до них відносять артеріальну гіпертензію, виразкову хворобу, бронхіальну астму, виразковий коліт, цукровий діабет і ін.

Здебільшого виникнення захворювання спричиняється дією на організм не одного, а одночасно кількох чинників ризику. Часто важко виділити причину хвороби, оскільки причин може бути декілька і вони взаємозв'язані.

Вивчення чинників ризику необхідне не лише для оцінювання їхнього впливу, але й для вироблення профілактичних заходів, спрямованих на запобігання їхньому негативному впливу на організм.

Число чинників ризику велике і росте з кожним роком: у 1960-і рр. їх налічувалося не більше 1000, зараз – приблизно 3000. Чинники ризику можуть відноситися до зовнішнього середовища (екологічні, економічні та ін.), самої людини (підвищений рівень холестерину в крові, артеріальна гіпертензія, спадкова схильність та ін.) і особливостей поведінки (куріння, гіподинамія та ін.). Поєднання декількох чинників підсилює їх ефект. При цьому нерідко відбувається потенціювання підсумкового результату, коли загальний негативний вплив виявляється більшим, ніж просто сума окремих впливів.

4. Здоровий спосіб життя і його складові

Спосіб життя характеризується особливостями повсякденного життя людини, що охоплюють її трудову діяльність, побут, форми використання вільного часу, задоволення матеріальних і духовних потреб, участь у суспільному житті, норми і правила поведінки. Спосіб життя це «обличчя» людини.

Спосіб життя, обумовлений у значній мірі соціально-економічними умовами, залежить від мотивів діяльності конкретної людини, особливостей її психіки, стану здоров'я і функціональних можливостей організму.

Спосіб життя людини включає три категорії: рівень життя, якість життя і стиль життя.

Рівень життя – це ступінь задоволення матеріальних, культурних, духовних потреб (в основному економічна категорія).

Якість життя характеризує комфорт у задоволенні людських потреб (переважно соціологічна категорія).

Стиль життя – поведінкова особливість життя людини, тобто певний стандарт, під який підлаштовується психологія і психофізіологія особистості (соціально-психологічна категорія).

Оцінюючи роль кожної з цих категорій у формуванні здоров'я, слід зазначити, що при рівності перших двох (рівень і якість), що носять суспільний характер, здоров'я людини значною мірою залежить від стилю життя, який у великій мірі має персоніфікований характер і визначається історичними і національними традиціями і особистісними схильностями.

Поняття «**Здоровий спосіб життя**» – концентрований вираз взаємозв'язку способу життя і здоров'я людини. ЗСЖ об'єднує все, що сприяє виконанню людиною професійних, суспільних і побутових функцій в оптимальних для здоров'я і розвитку умовах. Він виражає

певну орієнтованість діяльності особистості в напрямі зміцнення і розвитку особистого (індивідуального) і суспільного здоров'я.

Оснoву ЗСЖ складає вибір способу життя, зроблений самою людиною відносно того, як їй жити. Цей вибір значною мірою залежить від конституціональних характеристик індивіда. Спосіб життя людини повинен відповідати її конституції.

Конституція людини – це генетичний потенціал організму, продукт спадковості і середовища, що реалізовує спадковий потенціал; саме конституція людини визначає основні закони її індивідуального життя. Конституція завжди індивідуальна: способів життя стільки ж, скільки людей.

До основних принципів ЗСЖ відносяться:

- *соціальні*: спосіб життя повинен бути естетичним, етичним і вольовим;
- *біологічні*: спосіб життя повинен бути віковим, забезпеченим енергетично, зміцнюючим і ритмічним.

Абсолютно очевидно, що реалізація цих принципів заломлюється через призму соціально-економічних заходів і формування відповідних моделей поведінки людини.

Дотримання ЗСЖ припускає:

- прагнення до фізичної досконалості;
- досягнення душевної, психічної гармонії в житті;
- забезпечення повноцінного харчування;
- виключення з життя саморуйнівної поведінки (табакокуріння, алкоголізму, наркоманії, гіподинамії і т. д.);
- дотримання правил особистої гігієни; загартування організму та його очищення і т.д.

Кажучи про принципи ЗСЖ, слід звернути увагу на досвід наших предків. Так, наприклад, особливий інтерес представляє «Рецепт Тибету вічної молодості і здоров'я». Приведемо його основні положення.

1. Не лікуй хворобу, лікуй своє життя, не доводь тіло і дух до страждання, живи за законами природи, розуму і міри. Їж багато трав і мало м'яса. Будь травоїдним, не будь кровоїдним.

2. Очищай тіло від зовнішнього і внутрішнього бруду. Хай їжа твоя не засмічує тебе.

3. Очищай душу від похмурих думок і душевного бруду, від заздрості, зла, гордині, зарозумілості. Йди і очищайся молитвою.

4. Отримуй у любові радість і насолоду. Живи за законами любові.

5. Вставай вранці з радістю, лягай спати з посмішкою.

До чинників, що **позитивно** впливають на здоров'я людини, відносяться:

- дотримання режиму дня, раціональне харчування, загартування, заняття фізичною культурою і спортом, добрі взаємини з навколишніми людьми.

До чинників, що **негативно** впливають на здоров'я людини, відносяться:

- паління, вживання алкоголю, наркотиків, емоційна і психічна напруженість при спілкуванні з оточенням, а також несприятлива екологічна обстановка в місцях проживання.

Слід підкреслити, що основні складові ЗСЖ носять загальний характер. У той же час, – це динамічна система поведінки людини, заснована на знаннях різних чинників, що впливають на здоров'я і це постійне коригування своєї поведінки з урахуванням набутого досвіду і вікових особливостей.

Формування ЗСЖ включає **чотири складових:**

1. Створення інформаційно-пропагандистської системи підвищення рівня знань усіх категорій населення про негативний вплив чинників ризику на здоров'я, можливостях його зниження.

Тільки через поточну, **повсякденну** інформацію людина отримує необхідні знання, які в тій або іншій мірі впливають на поведінку, а, отже, і на спосіб життя людини.

Природно, що інформація повинна враховувати склад цільової групи, зацікавленість аудиторії. Приміром, якщо темою лекції є матеріал, що викликає інтерес хоч би в частини слухачів, його засвоюваність іншими слухачами значно підвищиться. Оцінюючи в цілому ситуацію, слід підкреслити, що елементи інформаційно-пропагандистської системи створені і останніми роками приймають усе більш виражений характер. На каналах телебачення і радіо доцільно запроваджувати роботу спеціалізованих програм, для прикладу: «Ваше Здоров'я», «Поради лікаря», «На прийомі в лікаря» і т. п., які були б присвячені питанням охорони і зміцнення здоров'я, виробленню мотивації дбайливого відношення до свого здоров'я, питанням про заходи профілактики захворювань, важливість занять фізкультурою і спортом та раціонального харчування.

2. Другий важливий напрям формування ЗСЖ – так зване «навчання здоров'ю».

Це комплексна просвітницька, навчальна і виховна діяльність, спрямована на підвищення інформованості з питань здоров'я і його

охорони, на формування навичок зміцнення здоров'я, створення мотивації для ведення ЗСЖ, як окремих людей, так і суспільства в цілому. Не можна в зв'язку з цим не підкреслити головне питання: ніяка інформація, якщо вона не підкріплена особистою зацікавленістю, нічого для людини не означає. Сьогодні це особливо важливо відносно молоді, яка по-суті постійно знаходиться в зоні ризику. Школа є центром формування світогляду і інтелектуального рівня молодшої людини. Саме тут впродовж усього періоду є можливість дати дітям і батькам глибокі знання про суть психічного і фізичного здоров'я, у доступній формі викласти причини його порушення, навчити методам його відновлення і зміцнення.

Здоров'я учнів безпосередньо залежить від відношення дітей до його збереження і зміцнення. У той же час виховання в дітей турботи за власне здоров'я, формування відповідних умінь і навичок у переважній більшості формальні. Практика, що склалася, зводить цю роботу в школі до лекцій, основним змістом яких є відомості про клініку, діагностику і лікування захворювань. Як правило, їх читають або шкільні медичні працівники, або лікарі поліклінік. Проте вони не володіють методологією навчання і виховання здорової поведінки, теорією і методами формування в людей позитивної мотивації на збереження здоров'я. Звідси відсутність заклопотаності станом власного здоров'я в більшій частині здорового населення.

Профілактика захворювань тільки серед дорослої частини населення або тільки серед дітей недостатньо ефективна, оскільки дитина живе в сім'ї. Якщо батьки і родичі дитини мають певні чинники ризику або страждають хронічними неінфекційними захворюваннями і не піклуються про своє здоров'я, то в дитини формуються стереотипи поведінки, сприяючі розвитку цих же захворювань. Сім'я виконує функції, які багато в чому визначають збереження і зміцнення здоров'я людини і суспільства. Сім'я якнайповніше виконує репродуктивну функцію, у сім'ї батьки залучають своїх дітей до моральних цінностей і норм поведінки, до життя в суспільстві, взаємодії з іншими людьми, передають трудові навички. У сім'ї вирішується функція дозвілля, що забезпечує гармонійний розвиток людини.

3. Заходи по зниженню поширеності паління і споживання тютюнових виробів, зниженню споживання алкоголю, профілактика споживання наркотиків і наркотичних засобів.

Необхідно підкреслити, що від міри зацікавленості людей у власному здоров'ї безпосередньо залежить успіх цього напрямку в роботі по формуванню ЗСЖ. Останніми роками в суспільстві стало

наполегливішим прагнення захистити населення, особливо молодь, від шкідливих звичок, формується законодавча база в цій області, проте говорити про успіхи передчасно. Три чверті чоловіків у віці до 40 років палить, нестримно збільшується питома вага жінок і підлітків які палять. Зловживання алкоголем є причиною більше 70% нещасних випадків, 60% смертельних отруєнь пов'язано із вживанням алкогольних напоїв.

Основною формою антинаркотичної профілактики є пропаганда. Але робота ця багато в чому йде вхолосту, особливо з дітьми і молоддю. Роз'яснювальна робота фахівців охорони здоров'я проводиться епізодично, нею практично займаються лікарі наркологи і не задіяні лікарі інших спеціальностей. Профілактичні акції, як правило, проводяться в містах, не зачіпаючи невеликих населених пунктів. В агітаційних матеріалах не врахована психологія «ринкового» покоління з більш індивідуалізованою свідомістю, ніж у старшого покоління, його нова споживча субкультура, в якій головним поняттям є престиж.

У цілях підвищення ефективності профілактичної роботи доцільно активніше залучати до участі в її проведенні працівників освіти, науки, культури, відомих політиків, шоуменів і інших осіб, що мають авторитет серед певних груп населення. З урахуванням цього, проведення цілеспрямованих масових акцій із залученням відомих осіб, які мають вплив на громадську думку, може виявитися найрезультативнішим.

4. Спонування населення до фізично активного способу життя, занять фізичною культурою, туризмом і спортом, підвищення доступності цих видів оздоровлення.

Природно, що комерціалізація спортивної інфраструктури перешкоджає розвитку масового спорту. У той же час, зводити проблему виключно до доступності спортивних споруд неправильно. Повинно йтися про боротьбу з гіподинамією всіма доступними способами, включаючи уроки фізкультури в школі, фізкультпаузи на виробництві, ранкову гімнастику, піші прогулянки і походи, і інші форми, доступні для масового використання. Необхідно, передусім, здолати пасивність місцевих органів у справах молоді, фізичної культурі і спорту, які здатні професійно очолити і вести цю роботу. Сільські і шкільні стадіони, дворові спортивні майданчики, інші прості спортивні споруди можуть з успіхом стати місцями навчання населення, особливо дітей і молоді, навичкам фізичної культури. Особливу роль у цьому плані повинні відігравати літні оздоровчі установи, які нині використовуються більше як засіб забезпечення зайнятості дітей, ніж як засіб формування ЗСЖ.

Матеріали для самоконтролю

Запитання

1. Здоров'я як основа благополуччя людини і суспільства.
2. Сучасне розуміння здоров'я людини і його основних складових.
3. Охарактеризуйте складові здоров'я.
4. Основні передумови доброго здоров'я.
5. Які існують рівні здоров'я?
6. Які чинники негативно впливають на здоров'я?
7. Охарактеризуйте основні компоненти здорового способу життя.

Тестові завдання

1. Спосіб життя людини включає всі категорії, за виключенням

А) рівень життя Б) якість життя В) вид життя Г) стиль життя

2. За визначенням М.Зайко здоров'я

А) це існування, яке допускає найбільш повноцінну участь у різних видах суспільної і трудової діяльності

Б) це природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін

В) це перш за все нормальний стан організму, в якому структура і функції відповідають одне одному, а регуляторні системи наділені здатністю підтримувати стабільність внутрішнього середовища

Г) це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних дефектів

3. Здоров'я на 25% обумовлене

А) станом охорони здоров'я

Б) генетичними факторами

В) станом (забрудненням) зовнішнього середовища

Г) умовами і способом життя

4. Соціальний рівень цінності здоров'я

А) здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності відношення людського індивіда до світу

Б) початкове здоров'я передбачає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів як наслідок максимуму адаптації

В) здоров'я є характеристикою запасу життєвих сил людини, яка задається природою і реалізується або не реалізується людиною

Г) здоров'я є відсутність хвороби, але швидше заперечення її у значенні подолання (здоров'я – не тільки стан організму, але й стратегія життя людини)

5. До II групи здоров'я (практично здорові) відносяться

А) особи із загостренням хронічних захворювань протягом року

Б) особи з 1 випадком гострих респіраторних захворювань за рік

В) особи з факторами ризику; 4 -5 випадків гострих респіраторних захворювань за рік

Г) особи з факторами ризику; менш 2-3 випадків гострих респіраторних захворювань за рік

6. Усвідомлене в своїй необхідності постійне виконання гігієнічних норм і правил, сприяючих збереженню і зміцненню індивідуального і громадського здоров'я це

А) рівень життя

Б) якість життя

В) спосіб життя взагалі

Г) здоровий спосіб життя

7. Біологічний рівень цінності здоров'я

А) здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності відношення людського індивіда до світу

Б) початкове здоров'я передбачає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів як наслідок максимуму адаптації

В) здоров'я є характеристикою запасу життєвих сил людини, яка задається природою і реалізується або не реалізується людиною

Г) здоров'я є відсутність хвороби, але швидше заперечення її у значенні подолання (здоров'я – не тільки стан організму, але й стратегія життя людини)

8. Здоров'я на 10% обумовлене

А) станом охорони здоров'я

Б) генетичними факторами

В) станом (забрудненням) зовнішнього середовища

Г) умовами і способом життя

9. До IV групи здоров'я (хворі із субкомпенсованим станом) відносяться

А) особи із загостренням хронічних захворювань протягом року

Б) особи з 1 випадком гострих респіраторних захворювань за рік

В) особи з факторами ризику; 4 -5 випадків гострих респіраторних захворювань за рік

Г) особи з факторами ризику; менш 2-3 випадків гострих респіраторних захворювань за рік

10. Ступінь задоволення матеріальних, культурних, духовних потреб (в основному економічна категорія) це

А) рівень життя Б) якість життя В) вид життя Г) стиль життя

11. Психологічний рівень цінності здоров'я

А) здоров'я є мірою соціальної активності, діяльності відношення людського індивіда до світу

Б) початкове здоров'я передбачає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів як наслідок максимуму адаптації

В) здоров'я є характеристикою запасу життєвих сил людини, яка задається природою і реалізується або не реалізується людиною

Г) здоров'я є відсутність хвороби, але швидше заперечення її у значенні подолання (здоров'я – не тільки стан організму, але й стратегія життя людини)

12. Поведінкова особливість життя людини, тобто певний стандарт, під який підлаштовується психологія і психофізіологія особистості (соціально-психологічна категорія) це

А) рівень життя Б) якість життя В) вид життя Г) стиль життя

13. За визначенням ВООЗ здоров'я

А) це існування, яке допускає найбільш повноцінну участь у різних видах суспільної і трудової діяльності

Б) це природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін

В) це перш за все нормальний стан організму, в якому структура і функції відповідають одне одному, а регуляторні системи наділені здатністю підтримувати стабільність внутрішнього середовища

Г) це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних дефектів

14. Здоров'я на 50% обумовлене

А) станом охорони здоров'я

Б) генетичними факторами

В) станом (забрудненням) зовнішнього середовища

Г) умовами і способом життя

15. Найбільш оптимальна система поведінки людини в повсякденному житті, що дозволяє їй максимально реалізувати свої духовні і фізичні якості для досягнення душевного, фізичного і соціального благополуччя це

А) рівень життя Б) якість життя

В) спосіб життя взагалі Г) здоровий спосіб життя

16. За визначенням А. Адо здоров'я

А) це існування, яке допускає найбільш повноцінну участь у різних видах суспільної і трудової діяльності

Б) це природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін

В) це перш за все нормальний стан організму, в якому структура і функції відповідають одне одному, а регуляторні системи наділені здатністю підтримувати стабільність внутрішнього середовища

Г) це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних дефектів

17. До I групи здоров'я (здорові) відносяться

А) особи із загостренням хронічних захворювань протягом року

Б) особи з 1 випадком гострих респіраторних захворювань за рік

В) особи з факторами ризику; 4 -5 випадків гострих респіраторних захворювань за рік

Г) особи з факторами ризику; менш 2-3 випадків гострих респіраторних захворювань за рік

18. Комфорт у задоволенні людських потреб (переважно соціологічна категорія) це

А) рівень життя Б) якість життя В) вид життя Г) стиль життя

19. Здоров'я на 20% обумовлене

А) станом охорони здоров'я

Б) генетичними факторами

В) станом (забрудненням) зовнішнього середовища

Г) умовами і способом життя

20. Система поведінки людини в процесі життєдіяльності, заснована на особистому досвіді, традиціях, прийнятих нормах поведінки, на знаннях законів життєдіяльності і мотивів самореалізації це

А) рівень життя

Б) якість життя

В) спосіб життя взагалі

Г) здоровий спосіб життя

21. До III групи здоров'я (хворі із компенсованим станом) відносяться

А) особи із загостренням хронічних захворювань протягом року

Б) особи з 1 випадком гострих респіраторних захворювань за рік

В) особи з факторами ризику; 4 -5 випадків гострих респіраторних захворювань за рік

Г) особи з факторами ризику; менш 2-3 випадків гострих респіраторних захворювань за рік

Література

1. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Кн. 1. Спб. : Речь, 2006. С. 6-90.
2. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А., Мальований А.В. Санологія (медичні аспекти валеології): підручник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. Львів, ПП “Кварт”, 2011. С.22-30, 63-109, 236-261.
3. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. М.: Флинта: Наука, 2001. С.20-54.
4. Васильева О. С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр “Академия”, 2001. С.6-40, 143-166.
5. Ващенко О.М. Формування у молодших школярів навичок здорового способу життя // *Початкова школа*. 2002. №2. С.58-60.
6. Завидівська Н. Н. Формування потреби здорового способу життя // *Рідна школа*. – 2001. № 10. С. 54-55.
7. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ – «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. С.8-42.
8. Основи здорового способу життя студентів: навч. посібник / С. В. Королінська, Н. І. Ізмайлова, П. О. Сіренко, А. О. Аркуша. Харків : НФаУ, 2013. С.7-10.
9. Основи медичної психології: навчальний посібник /А.В. Михальський, Л.А. Онуфрієва, Ю.А. Михальська. Кам'янець-Подільський : ПП» Медобори – 2006», 2016. С.22-36.
10. Психология здоровья: Ученик для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003. С. 11-103, 241-274.
11. Практикум по психологи здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2005. С. 17-18, 32-37.
12. Смирнов И.Н. Здоровье человека как философская проблема // *Вопр. философии*. 1985. № 7. С. 83-93.
13. Стойка О.О. Сучасні технології формування здорового способу життя серед молоді // *Вісн. соц.гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2001. №3. С.92-97.

РОЗДІЛ 2

Здоров'язберігаючі технології в освітньому процесі

1. Суть здоров'язберігаючих технологій

2. Класифікація здоров'язберігаючих технологій

3. Роль здоров'язберігаючих технологій в освітньому процесі

1. Суть здоров'язберігаючих технологій

Проблема здорового способу життя, подолання хвороб у сфері фізичного та психічного здоров'я дітей нині надзвичайно актуальна.

Проблеми збереження здоров'я стали особливо актуальними на сучасному етапі. Соціально-економічні зміни в суспільстві, кризові явища спричинили за собою зміни мотивацій у дітей в загальноосвітній діяльності, зниження їх творчої активності, зміну соціальної поведінки.

Здоров'язбереження – це збереження здоров'я на заданому рівні.

Здоров'язберігаючу діяльність у рамках системи освіти слід визначити як такий спосіб реалізації усіх компонентів освіти (виховання, навчання і розвитку) в їх єдності, який зумовить діяльність освітніх організацій з охорони і зміцнення здоров'я дітей, цілеспрямовано забезпечуючи досягнення планованого результату – готовності учнів до здоров'яорієнтованої діяльності.

Здоров'язберігаюча технологія – це система заходів, яка включає взаємозв'язок і взаємодію всіх чинників освітнього середовища, спрямованих на збереження здоров'я дитини на всіх етапах її навчання і розвитку.

Суть здоров'язберігаючих технологій

Під здоров'язберігаючими технологіями вчені пропонують розуміти:

- сприятливі умови навчання учасників педагогічного процесу (мінімізація стресових ситуацій, адекватність вимог і методик навчання та виховання);

- оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм);

- повноцінний та раціонально організований руховий режим.

Здоров'язберігаючі технології це один з видів сучасних інноваційних технологій, які спрямовані на збереження і поліпшення здоров'я усіх учасників освітнього процесу. Використання таких технологій має двосторонню спрямованість:

- формування в дітей основ валеологічної культури, тобто навчити їх самостійно піклуватися про своє здоров'я;

- організація освітнього процесу в освітньому закладі без негативного впливу на здоров'я дітей.

Здоров'язберігаючі технології в освітньому закладі поєднуються з традиційними формами і методами в педагогіці, доповнюючи їх різними способами здійснення оздоровчої роботи. Використання таких технологій вирішує цілий ряд завдань:

- закладання фундаменту доброго фізичного здоров'я;
- підвищення рівня психічного і соціального здоров'я;
- проведення профілактичної оздоровчої роботи;
- ознайомлення дітей з принципами ведення здорового способу життя;
- мотивація дітей на здоровий спосіб життя;
- формування корисних звичок;
- формування валеологічних навичок;
- формування усвідомленої потреби в регулярних заняттях фізкультурою;
- виховання ціннісного відношення до свого здоров'я.

Поняття здоров'язберігаючі технології передбачає комплекс напрямів щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів:

- програми, методи, які спрямовані на виховання в учнів культури здоров'я, особистісних рис, що сприяють його збереженню та зміцненню;

- формування уявлень про здоров'я як цінність, а також мотивацію на здоровий спосіб життя;

- сприятливі умови навчання (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання);

- оптимальну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних вимог);

- достатній та раціонально організований руховий режим.

Здоров'язберігаючі технології створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці учнів у школі та вирішують завдання раціональної організації виховного процесу, відповідності навчального та фізичного навантаження можливостям дитини. Мета всіх здоров'язберігаючих освітніх технологій – сформувати в учнів необхідні знання, вміння та навички здорового способу життя, навчити їх використовувати такі знання в повсякденному житті.

Відносно здоров'язберігаючих технологій в системі освіти визначення здоров'я можна представити таким чином: здоров'я – це такий психофізичний і духовний стан дітей, який забезпечує досить високий рівень інтелектуальної і фізичної працездатності, а також адаптованості до навчального, соціального і природного середовища, яке постійно змінюється.

Здоров'язберігаючі технології (за Г. К. Селевко) це:

- умови навчання дитини в школі (відсутність стресу, адекватність вимог, адекватність методик навчання і виховання);
- раціональна організація навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей і гігієнічних вимог);
- відповідність навчального і фізичного навантаження віковим можливостям дитини;
- необхідний, достатній і раціонально організований руховий режим.

Здоров'язберігаючим технологіям дає визначення В. І. Ковалько: «це педагогічна діяльність, яка по-новому вибудовує стосунки між освітою і вихованням, переводить виховання в рамки людиноутворюючого і життєзабезпечуючого процесу, спрямованого на збереження і примноження здоров'я дитини».

Соловйова Н.І. визначає здоров'язберігаючу освітню технологію як функціональну систему організаційних способів управління навчально-пізнавальною і практичною діяльністю учнів, яка науково і інструментально забезпечує збереження і зміцнення їх здоров'я.

З цього виходить, що метою здоров'язберігаючої освітньої технології повинне виступати забезпечення умов фізичного, психічного, соціального і духовного комфорту, сприяючих збереженню і зміцненню здоров'я суб'єктів освітнього процесу, їх продуктивній навчально-пізнавальній і практичній діяльності, заснованій на науковій організації праці і культурі ЗСЖ особистості.

Виходячи із сказаного, якісними характеристиками здоров'я учнів визначаються наступні показники: інтелектуальна і фізична працездатність; фізичний розвиток і загальна фізична підготовленість; психологічна адекватність і врівноваженість; сукупність соціально-духовних цінностей особистості, що забезпечують культуру поведінки, а викладача – психофізична готовність до професійної діяльності і висока ступінь її активності, продуктивність.

Під здоров'язберігаючою освітньою технологією Петров О. В. розуміє систему, що створює максимально можливі умови для збереження, зміцнення і розвитку духовного, емоційного, інтелектуального, особистого і фізичного здоров'я усіх суб'єктів освіти (студентів, педагогів та ін.).

Т. Бойченко відзначає, що сутність здоров'язбережувальних технологій полягає в проведенні відповідних коригуючих, психолого-педагогічних, реабілітаційних заходів з метою поліпшення якості

життя особистості: формування більш високого рівня здоров'я, навичок ЗСЖ, забезпечення професійної діяльності та її мінімальної фізіологічної «вартості».

М. Зотова під здоров'язбережувальною технологією розуміє здоров'ярозвиваючу діяльність, що по-новому вибудовує відношення між освітою і вихованням, переводить їх у межі життєзабезпечувального процесу, спрямованого на збереження та примноження здоров'я учасників цього процесу. Ці технології спрямовані на забезпечення розвитку природних здібностей дитини, її розуму, моральних і естетичних почуттів, потреби в діяльності, оволодінні досвідом спілкування з людьми, природою, мистецтвом.

Здоров'язберігаюча технологія, на думку В. Д. Сонькіна це:

- умови навчання дитини в школі (відсутність стресу, адекватність вимог, адекватність методик навчання і виховання);
- раціональна організація навчального процесу (відповідно до вікових, статевих, індивідуальних особливостей і гігієнічних вимог);
- відповідність навчального і фізичного навантаження віковим можливостям дитини;
- необхідний, достатній і раціонально організований руховий режим.

У сукупність основних елементів здоров'язберігаючої технології включені наступні складові:

1. Інформаційна – відповідає на питання: що? Це концепція, її зміст і принципи, що забезпечують реалізацію мети і завдань.

2. Інструментальна – відповідає на питання: чим? До неї відноситься матеріальна база (приміщення, класи, лабораторії, кабінети, спортивні зали, майданчики і т. д.) і її гігієнічний стан (освітлення, вентиляція і ін.). Інструментальна складова технології включає також устаткування, інвентар, технічні засоби, а також навчально-методичне забезпечення.

3. Соціальна (кадри) – хто? Це викладацький і навчально-допоміжний склад. Його компетентність, готовність і спрямованість до реалізації здоров'язберігаючої технології в освіті.

4. Фінансова – відповідає на питання: скільки? За рахунок яких засобів? Бюджетні і позабюджетні кошти, їх співвідношення.

5. Нормативно-правове забезпечення – використання державних нормативних актів (регіонального, муніципального рівнів, власних засобів). Ведення діловодства по цьому напрямку.

Основні компоненти здоров'язберігаючої технології:

- **Аксіологічний:** усвідомлення учнями високої цінності свого здоров'я, переконаності в необхідності вести ЗСЖ;

– **Гносеологічний:** набуття необхідних для здоров'язбереження знань і умінь, пізнання себе, своїх здібностей і можливостей, ознайомлення з різними методиками з оздоровлення і зміцнення свого здоров'я;

– **Здоров'язберігаючий:** формування гігієнічних навичок і умінь (догляд за собою, одягом, місцем проживання, довкіллям);

– **Емоційно-вольовий:** створення умов для переживання позитивних емоцій від ЗСЖ;

– **Екологічний:** формування умінь і навичок адаптації до екологічних чинників (уміння гуманно вести себе на природі, берегти шкільне майно, утримувати його в чистоті і порядку);

– **Фізкультурно-оздоровчий:** володіння способами діяльності, спрямованими на підвищення рухової активності, попередження гіподинамії.

Завдання здоров'язберігаючих технологій – забезпечити випускникові школи високий рівень здоров'я, сформувати культуру здоров'я, тоді атестат про середню освіту буде дійсною путівкою в щасливе самостійне життя, свідоцтвом уміння молодої людини піклуватися про своє здоров'я і дбайливо відноситися до здоров'я інших людей.

2. Класифікація здоров'язберігаючих технологій

Для забезпечення комплексного підходу до охорони і поліпшення здоров'я дітей, потрібно використовувати різні види сучасних здоров'язберігаючих технологій:

- медико-профілактичні (проведення медоглядів, контроль стану здоров'я дітей, протиепідеміологічна робота, організація спеціалізованих корекційних груп, профілактика багатьох захворювань, санітарно-гігієнічна робота, контроль якості організації харчування і т. д.);

- фізкультурно-оздоровчі (проведення рухливих ігор, спортивні заходи, валеологічні заняття, процедури загартування, організація прогулянок і т. д.);

- валеологічна освіта батьків (мотивація батьків до ведення ЗСЖ, навчання батьків способам взаємодії з дітьми по формуванню у них валеологічної культури);

- валеологічна освіта педагогів (ознайомлення вихователів з інноваційними здоров'язберігаючими технологіями і способами їх впровадження, мотивація до ЗСЖ, розширення знань про вікові і психологічні особливості дошкільників);

- здоров'язберігаюча освіта дітей (формування валеологічних знань і навичок).

Тільки реалізуючи усі вказані види здоров'язберігаючих технологій можна досягти тісної взаємодії основних чинників, що впливають на здоров'я дошкільників і школярів.

Фахівці пропонують декілька підходів до класифікації здоров'язберігаючих технологій.

В освітніх установах найчастіше використовується класифікація запропонована Н.К. Смирновим (2006).

Серед здоров'язберігаючих технологій в системі освіти він виділяє декілька груп, в яких використовується різний підхід до охорони здоров'я, а відповідно, і різні методи і форми роботи.

1. Медико-гігієнічні технології.

Усі проблеми, пов'язані із здоров'ям людини, традиційно відносяться до компетенції медичних працівників, до відповідальності системи охорони здоров'я. Але саме в освітніх установах використання профілактичних програм є обов'язковим. До медико-гігієнічних технологій відносяться контроль і допомога в забезпеченні належних гігієнічних умов.

Медичний кабінет школи організовує проведення щеплень, надання консультативної і невідкладної допомоги всім хто звернувся в медичний кабінет, проводить заходи щодо санітарно-гігієнічної освіти учнів і педагогічного колективу, стежить за динамікою здоров'я учнів, організовує профілактичні заходи напередодні епідемій (грипу) і вирішує ряд інших завдань, що відносяться до компетенції медичної служби. Створення в школі стоматологічного, фізіотерапевтичного і інших медичних кабінетів для надання щоденної допомоги і школярам, і педагогам, проведення занять лікувальної фізичної культури, організація фітобарів і т. п. – теж елементи цієї технології.

2. Фізкультурно-оздоровчі технології.

Спрямовані на фізичний розвиток: загартування, тренування сили, витривалості, швидкості, гнучкості і інших якостей, що відрізняють здорову, треновану людину від фізично немічної. Реалізуються на уроках фізичної культури і в роботі спортивних секцій.

3. Екологічні здоров'язберігаючі технології.

Ресурси цієї області здоров'язбереження поки явно недооцінені і слабо задіяні. Спрямованість цих технологій – створення природодоцільних, екологічно оптимальних умов життя і діяльності людей, гармонійних взаємин з природою. У школі це – і

облаштування пришкільної території, і зелені рослини в класах, рекреаціях, і живий куточок, і участь в природоохоронних заходах.

4. Технології забезпечення безпеки життєдіяльності.

Їх реалізують фахівці з охорони праці, захисту в надзвичайних ситуаціях, архітектори, будівельники, представники комунальних, інженерно-технічних служб, цивільної оборони, пожежної інспекції і т. д. Оскільки збереження здоров'я розглядається при цьому як окремий випадок головного завдання – збереження життя – вимоги і рекомендації цих фахівців підлягають обов'язковому обліку і інтеграції в загальну систему здоров'язберігаючих технологій.

5. Здоров'язберігаючі освітні технології поділяються на 3 підгрупи:

- організаційно-педагогічні технології, які визначають структуру навчального процесу, сприяють запобіганню стану перевтоми, гіподинамії і інших дезадаптивних станів;

- психолого-педагогічні технології, пов'язані з безпосередньою роботою учителя на уроці;

- навчально-виховні технології, які включають програми по навчанню грамотній турботі про своє здоров'я і формуванню культури здоров'я учнів, мотивації їх до ведення ЗСЖ, попередженню шкідливих звичок, що передбачають також проведення організаційно-виховної роботи з школярами після уроків, освіта їх батьків.

Окреме місце займають ще дві групи технологій, що традиційно реалізуються зовні, але останнім часом школи, все частіше включаються в позаурочну роботу:

- *соціально адаптуючі і особистісно-розвиваючі технології* включають технології, що забезпечують формування і зміцнення психологічного здоров'я учнів, підвищення ресурсів психологічної адаптації особистості. Сюди відносяться різноманітні соціально-психологічні тренінги, програми соціальної і сімейної педагогіки, до участі в яких доцільно залучати не лише школярів, але і їх батьків, а також педагогів;

- *лікувально-оздоровчі технології* складають самостійні медико-педагогічні галузі знань: лікувальну педагогіку і лікувальну фізкультуру, дія яких забезпечує відновлення фізичного здоров'я школярів.

Системний підхід реалізації здоров'язберігаючих технологій у навчальному закладі припускає дві важливі умови вирішення цих проблем для досягнення мети, що об'єднує їх: збереження і зміцнення здоров'я учнів.

Перше – взаємозв'язок проблем і шляхів їх вирішення.

Друге – багаторівнева структура кожної з проблем, відповідна характеру вирішуваних завдань і розподілу сфер відповідальності.

Здоров'язберігаючі технології, які застосовують у навчальному процесі, можна розділити ще на три основні групи:

- технології, що забезпечують гігієнічно оптимальні умови освітнього процесу;
- технології оптимальної організації навчального процесу та фізичної активності школярів;
- різні психолого-педагогічні технології, які використовують на уроках і в позаурочній діяльності педагогами та вихователями.

Серед багатьох класифікацій існуючих здоров'язберігаючих технологій виокремлюють ще такі їх види:

- захисно-профілактичні: спрямовані на захист учасників навчально-виховного процесу від несприятливих для здоров'я впливів (дотримання санітарно-гігієнічних вимог, проведення щеплень та ін.);
- компенсаторно-нейтралізуючі: використовуються для нейтралізації негативного впливу чинників зовнішнього середовища (адекватний руховий режим, вітамінізація та оптимізація харчового раціону та ін.);
- стимулюючі технології: дозволяють активізувати власні ресурси організму (традиційні та нетрадиційні техніки загартовування, фізичні навантаження);
- інформаційно-навчальні: покликані забезпечити рівень освіченості в питаннях здоров'я.

Аналіз класифікацій існуючих здоров'язберігаючих технологій дає можливість виокремити такі їх типи: здоров'язберігаючі – технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в школі та ті, що вирішують завдання раціональної організації виховного процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм, відповідність навчального та фізичного навантажень, можливостям дитини; оздоровчі – технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я учнів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я: фізична підготовка, фізіотерапія, аромотерапія, загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія, музична терапія; технології навчання здоров'ю – гігієнічне навчання, формування життєвих навичок, профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеve виховання; виховання культури здоров'я – виховання в учнів особистих якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я, як цінність, посиленню мотивації на ведення ЗСЖ, підвищенню відповідальності

за особисте здоров'я, здоров'я родини.

До сучасних здоров'язберігаючих технологій, які можуть бути використанні педагогами в своїй роботі можна віднести наступні:

1. Технології збереження і стимулювання здоров'я
2. Технології навчання ЗСЖ
3. Корекційні технології

1. Технології збереження і стимулювання здоров'я:

Динамічні паузи

Ритмопластика

Рухливі і спортивні ігри

Релаксація

Пальчикова гімнастика

Гімнастика для очей

Дихальна гімнастика і артикуляційна гімнастика

Коригуюча гімнастика

2. Технології навчання ЗСЖ:

Проблемно-ігрові (ігротренінги і ігротерапія)

Комунікативні ігри

Самомасаж, точковий самомасаж

3. Корекційні технології:

Арт-терапія

Технології музичного впливу

Казкотерапія

Кольоротерапія

Технології корекції поведінки

Психогімнастика

Фонетична ритміка

3. Роль здоров'язберігаючих технологій в освітньому процесі

Здоров'я дитини, її соціально-психологічна адаптація і фізичний розвиток у значній мірі визначаються середовищем, в якому вона живе. Для дітей після 6 років таким середовищем є школа, де вона проводить 70% свого денного часу.

Аналіз шкільних факторів ризику показує, що проблеми здоров'я учнів виникають у результаті щоденної практичної роботи. Серед цих чинників необхідно відзначити найбільш значущі фактори ризику:

- стресова педагогічна тактика;
- невідповідність методик і технологій навчання віковим і функціональним можливостям школярів;
- недотримання фізіологічних і гігієнічних вимог до організації навчального процесу;

- недостатня грамотність батьків у питаннях збереження здоров'я дітей;
- недосконалість існуючої системи фізичного виховання;
- інтенсифікація навчального процесу;
- функціональна неграмотність педагога в питаннях охорони та зміцнення здоров'я;
- часткове руйнування служб шкільного медичного контролю;
- відсутність системної роботи з формування цінності здоров'я та ЗСЖ.

За даними Міністерства охорони здоров'я України нині кожна 5 дитина народжується з відхиленнями в стані здоров'я. У 90% школярів діагностуються різні патології. В середовищі підростаючого покоління різко прогресують хронічні хвороби серця, органів зору, гіпертонічна хвороба, неврози, остеопороз, артрити, ожиріння тощо.

За даними Прес-служби «Українського медичного часопису» у структурі поширеності хвороб у дітей віком до 17 років провідні місця займають хвороби органів дихання (51,28% – I рангове місце), травлення (6,96% – II рангове місце), хвороби ока та придаткового апарату (5,43% – III рангове місце).

За результатами медоглядів, у структурі дитячих захворювань у віці 0-17 років на першому місці знаходиться зниження гостроти зору – 57,53 на 1000 оглянутих, на 2-му – порушення осанки – 42,32, на 3-му – дефекти мовлення – 18,66, далі – сколіоз – 17,07 та зниження гостроти слуху – 1,94.

У віковій категорії 0-6 років найбільш поширеною патологією є дефекти мовлення – 30,26 на 1000 оглянутих дітей, на 2-му місці – зниження гостроти зору – 13,36, далі – порушення осанки – 8,77.

З початком навчання дітей з віку 6 років у школі відзначають різке погіршення показників захворюваності, у тому числі виявлено майже вдвічі більше дітей з дефектами мовлення – 59,85 на 1000 оглянутих, у 3,4 рази збільшується кількість дітей зі зниженням гостроти зору – 45,24 та в 4,2 рази – кількість дітей із порушенням осанки – 37,13. Для тих дітей, що почали навчання з 7 років, основною патологією є зниження гостроти зору – 61,60 на 1000 оглянутих, далі – порушення осанки – 53,99 та дефекти мовлення – 44,78. Агресивні умови навчання дітей 2-8 класів, ймовірно, зумовлюють подальше погіршення стану їхнього здоров'я щодо гостроти зору – 69,27 та осанки – 64,18 на 1000 оглянутих, при цьому наростає кількість дітей, в яких виявлено сколіоз – 23,34. Завершення навчання в школі учнів 9-11 класів характеризується прогресуванням патології зі зниженням гостроти зору – 82,25,

на другому місці – порушення осанки – 76,49, на третьому – сколіоз – 44,83 на 1000 оглянутих.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, загрозу здоров'ю і життю дітей у звичайному середовищі становлять такі ризики: забруднена вода і повітря, погані санітарно-гігієнічні умови, можливість виникнення інфекційних хвороб, отруєнь, травматизм. Вони підсилюються проблемами недостатнього економічного розвитку країни, факторами техногенного характеру і стають причинами захворюваності і смертності дитячого населення.

Сучасний стан здоров'я населення України актуалізує проблему запровадження здоров'язберігаючих технологій, формування валеологічного типу свідомості підростаючого покоління.

На жаль, збільшилася кількість чинників ризику, що впливають на здоров'я дітей. Серед них – незадовільний стан здоров'я батьків, погіршення якості навколишнього середовища, збільшення числа новонароджених високого соціального і біологічного ризику, неякісні стандарти медичної допомоги, які не забезпечують у повному обсязі необхідні профілактичні заходи та ін. З початком навчання у школі дитина піддається активному впливу нових факторів зовнішнього середовища.

Традиційна організація навчального процесу створює у школярів стресові перевантаження. Це порушує психофізіологічні процеси саморегуляції в організмі дитини і призводить до розвитку психосоматичних захворювань. У результаті існуюча система шкільної освіти є «здоров'язатратною», так як більшість проблем здоров'я учнів створюється в ході навчання.

Чимале значення має інтенсифікація освітнього процесу. Це – збільшення кількості навчальних годин, особливо в ліцях та гімназіях. Разом з приготуванням домашніх завдань робочий день сучасного школяра становить від 9-10 год. у початковій школі до 13-15 год. – у старшій школі. Інший варіант інтенсифікації навчального процесу, коли при скороченні навчальних годин зберігаються обсяги матеріалу, що неминуче призводить до збільшення домашніх завдань і перевтоми.

Перевтома створює передумови для психофізіологічних зрушень в організмі школяра. Виникає схильність до появи гострих і хронічних захворювань у дітей у результаті зниження імунітету. Порушення з боку ЦНС у вигляді різних невротичних і астенічних станів призводять до розладів уваги, пам'яті та багатьох інших когнітивних процесів, що негативно впливає на успішність.

Шкільне освітнє середовище породжує фактори ризику порушень здоров'я, з дією яких пов'язано 20-40% негативних впливів,

що погіршують здоров'я дітей шкільного віку. У зв'язку з цим виникає необхідність пошуку резервів щодо збереження та зміцнення здоров'я школярів.

Використання здоров'язберігаючих та здоров'яформуючих технологій у процесі навчання дозволяє здійснити комплексну оцінку умов життєдіяльності, зберегти фізичний та психічний потенціал молоді, формувати більш високий рівень стану здоров'я і навичок ЗСЖ, здійснювати моніторинг показників індивідуального розвитку, прогнозувати можливі зміни здоров'я і проводити відповідні психолого-педагогічні, корекційні, реабілітаційні заходи, поліпшувати якість життя суб'єктів освітнього середовища. Однак такі технології не можуть бути відокремлені від загальної педагогічної системи, а навпаки, повинні зважено, ґрунтовно й раціонально використовуватись у комплексі з іншими.

Впровадження здоров'язберігаючих технологій сприяє формуванню в молоді адекватної моральної самооцінки, дає можливість організувати дієву роботу зі створення позитивної мотивації щодо ЗСЖ, підтримати, посилити позитивні моральні якості, активізувати їх прояви, перебудувати і змінити негативні форми поведінки молоді на позитивні.

Очевидно, що саме освітні здоров'язберігаючі технології можуть сприяти формуванню культури здоров'я, ідеології збереження здоров'я нації та індивідуального здоров'я молоді як головного потенціалу країни.

На думку Ахутіна Т.В. (2000) здоров'язберігаючі освітні технології найбільш значимі серед усіх відомих технологій за ступенем впливу на здоров'я дітей. Головна їх ознака – використання психолого-педагогічних прийомів, методів, підходів для вирішення виникаючих проблем

Здоров'язберігаючі технології реалізуються через такі напрямки навчально-виховної діяльності:

- створення умов для зміцнення здоров'я школярів та їхнього гармонійного розвитку;
- організацію навчально-виховного процесу з урахуванням його психологічного та фізіологічного впливу на організм учня;
- розробку та реалізацію навчальних програм з формування культури здоров'я й профілактики шкідливих звичок;
- медико-психолого-педагогічний моніторинг стану здоров'я, фізичного і психічного розвитку школярів;
- функціонування служби психологічної допомоги вчителям і учням у подоланні стресів, тривожності; формуванні доброзичливих і справедливих взаємин у колективі; сприянні гуманному підходу до

кожного учня;

- контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм в організації навчально-виховного процесу, нормуванням навчального навантаження, профілактикою стомлюваності учнів.

Здоров'язберігаючі освітні технології навчання включають такі компоненти:

- оптимальний рівень труднощі, варіативності методів і форм навчання;

- оптимальне поєднання рухових і статичних навантажень;

- навчання в малих групах;

- використання наочності;

- поєднання різних форм надання інформації;

- створення емоційно сприятливої атмосфери;

- формування мотивації до навчання;

- культивування знань в учнів з питань здоров'я.

Використання здоров'язберігаючих технологій в освітньому процесі дозволяє вирішувати наступні завдання:

1. Дослідження впливу традиційної структури і форми організації навчального процесу на здоров'я учнів; аналіз психолого-фізіологічних можливостей учнів відносно певних вимог засвоєння об'єму навчального навантаження в умовах комплексного розподілу програмного матеріалу і експериментальне порівняння його з концентрованим варіантом.

2. Створення психолого-педагогічних і організаційно-педагогічних умов, що забезпечують психічне здоров'я і комфорт учнів за допомогою гуманізації та демократизації навчально-виховного процесу на основі: фізкультурно-спортивної активності; обґрунтованої відповідності навчального навантаження, об'єму інформації яка надається з психофізичними можливостями її засвоєння; переведення традиційної, в основному інформативно-об'ємної системи освіти в технологію повчальної інтелектуально-перетворюючої, духовної, конструктивної, творчої діяльності, заснованої на поступовому підвищенні ступеня наукової абстракції знань, що дозволить учням інтелектуально вільно мислити і міркувати, переходячи від викладу фактів, їх каталогізації, використання побутової мови, до обґрунтування закономірностей явищ природи і суспільства, принципів і причинно-наслідкових зв'язків, що обумовлюють їх, аналізу і синтезу інформації, прогнозу подій на основі широкого використання міждисциплінарних знань і наукової мови; створення інтеграційних дисциплін і навчально-методичного їх забезпечення.

3. Реалізація наукової організації навчання, харчування і

відпочинку учнів.

4. Створення максимально можливих санітарно-гігієнічних умов і відповідної їм інструментальної складової здоров'язберігаючих технологій та ін.

5. Включення учнів в усвідомлену діяльність по формуванню культури ЗСЖ, оснащення цього процесу навчально-методичним забезпеченням.

6. Здійснення структурного перетворення в плані створення в навчальному закладі ієрархічної системи управління і моніторингу здоров'язберігаючих технологій в освіті.

7. Формування культури ЗСЖ особистості учнів як в навчальному, так і в позанавчальному середовищі.

8. Створення систем перепідготовки кадрів, а також соціальної і фінансової підтримки ідеї здоров'язберігаючих технологій; агітації і пропаганди; об'єднання зусиль усіх систем і підрозділів у навчальних закладах медицини і фізичної культури.

9. Забезпечення програмного і навчально-методичного оснащення з проблем здоров'язберігаючих систем освіти і формування культури ЗСЖ учнів.

10. Розгортання дослідно-експериментальної і науково-дослідної роботи з моделювання і апробації здоров'язберігаючих освітніх технологій.

11. Здійснення психологічного і медичного супроводу освіти.

12. Створення досконалої системи оздоровлення учнів в умовах літніх таборів.

13. Створення інформаційно-комп'ютерного забезпечення оздоровчих систем.

14. Створення оптимальних умов для функціонування фізичної культури, що забезпечує сучасні інноваційні форми формування фізичної культури особистості школяра.

В останнє десятиліття особливу актуальність набуває розробка і реалізація комплексних оздоровчо-профілактичних заходів, спрямованих на зниження рівня захворюваності, функціональної напруженості дітей, зростає роль рухової активності учнів у навчально-виховному процесі.

Що стосується дітей з ОМЗ, то впровадження здоров'язберігаючих технологій у процес їх навчання і виховання особливо важливе. Дослідники відмічають, що тільки 10 % дітей приходять в школу абсолютно здоровими, а багато хто виявляється серед тих, що відстають не із-за лінії, а внаслідок поганого стану здоров'я.

Крім того, нерідко діти з обмеженими можливостями здоров'я

мають складну структуру дефекту, в якій порушення рухових або психічних функцій поєднується з недостатністю у функціонуванні нервової системи, а також із загальною соматичною ослабленістю і низькою працездатністю. Таким чином, вже на початку шкільного навчання значна доля дітей має деякі відхилення в роботі основних органів і систем організму, які за відсутності профілактичних заходів можуть з часом посилюватися і значно утруднювати навчальний процес.

Матеріали для самоконтролю

Запитання

1. Здоров'язберігаючі технології як засіб усвідомленого відношення до здоров'я
2. Суть здоров'язберігаючих технологій
3. Класифікація здоров'язберігаючих технологій
4. Характеристика сучасних здоров'язберігаючих технологій
5. Основні напрямки реалізації здоров'язберігаючих технологій
6. У чому актуальність використання здоров'язберігаючих технологій в освітньому процесі?
7. Які завдання дозволяє вирішувати використання здоров'язберігаючих технологій в освітньому процесі?

Тестові завдання

1. Яка із функцій здоров'язберігаючих технологій забезпечує трансляцію досвіду ведення здорового способу життя, спадкоємність традицій, ціннісних орієнтацій, формуючих дбайливе відношення до індивідуального здоров'я, цінності кожного людського життя?

- А) формуюча
- Б) інформативно-комунікативна
- В) діагностична
- Г) інтеграційна

2. Яка із функцій здоров'язберігаючих технологій здійснюється на основі біологічних і соціальних закономірностей становлення особистості?

- А) формуюча
- Б) інформативно-комунікативна
- В) діагностична

Г) інтеграційна

3. Яка із функцій здоров'язберігаючих технологій полягає в переосмисленні попереднього особистісного досвіду, у збереженні і примноженні здоров'я, що дозволяє порівняти реально досягнуті результати з перспективами?

- А) формуюча
- Б) рефлексія
- В) діагностична
- Г) інтеграційна

4. Використання здоров'язберегаючих технологій дозволяє вчителю будувати процес навчання з урахуванням

- А) анатомо-фізіологічних і психічних особливостей організму
- Б) індивідуальних особливостей учнів
- В) забезпечувати досить високий рівень мотивації
- Г) всі відповіді вірні

5. Яка із функцій здоров'язберігаючих технологій полягає в моніторингу здоров'я індивідів у конкретних навчальних і професійних колективах, забезпечує інструментально вивіреним аналізом стану здоров'я людини і підбір необхідних технологій здоров'язбереження?

- А) формуюча
- Б) інформативно-комунікативна
- В) діагностична
- Г) інтеграційна

6. Система заходів з охорони і зміцнення здоров'я, що враховує найважливіші характеристики освітнього середовища і умови життя дитини, дію на здоров'я

- А) здоров'язберігаюча поведінка
- Б) охорона здоров'я
- В) здоров'язберігаюча технологія
- Г) здоровий спосіб життя

7. Яка із функцій здоров'язберігаючих технологій об'єднує народний досвід, різні наукові концепції та системи виховання, направляючи їх по шляху збереження здоров'я підрастаючого покоління?

- А) формуюча
- Б) рефлексія
- В) діагностична
- Г) інтеграційна

8. До якого компоненту здоров'язберігаючої технології відноситься усвідомлення учнями високої цінності свого здоров'я, переконаності в необхідності вести здоровий спосіб життя?

- А) аксіологічного Б) гносеологічного
В) екологічного Г) фізкультурно-оздоровчого

9. До якого компоненту здоров'язберігаючої технології відноситься набуття необхідних для здоров'язбереження знань і умінь, пізнання себе, своїх здібностей і можливостей, ознайомлення з різними методиками з оздоровлення і зміцнення свого здоров'я?

- А) аксіологічного Б) гносеологічного
В) екологічного Г) фізкультурно-оздоровчого

10. До якого компоненту здоров'язберігаючої технології відноситься формування умінь і навичок адаптації до екологічних чинників (уміння гуманно вести себе на природі, берегти шкільне майно, утримувати його в чистоті та порядку)?

- А) аксіологічного Б) гносеологічного
В) екологічного Г) фізкультурно-оздоровчого

11. До якого компоненту здоров'язберігаючої технології відноситься володіння способами діяльності, спрямованими на підвищення рухової активності, попередження гіподинамії?

- А) аксіологічного Б) гносеологічного
В) екологічного Г) фізкультурно-оздоровчого

12. До технології навчання здоровому способу життя належить

- А) гімнастика для очей Б) казкотерапія
В) самомасаж Г) релаксація

13. До корекційних технологій належить

- А) дихальна гімнастика і артикуляційна гімнастика
Б) психогімнастика
В) динамічні паузи
Г) комунікативні ігри

14. До технології збереження і стимулювання здоров'я належить

- А) технології музичного впливу Б) комунікативні ігри
В) пальчикова гімнастика Г) фонетична ритміка

Література

1. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А., Магльований А.В. Санологія (медичні аспекти валеології): підручник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. Львів, ПП "Кварт", 2011. С. 22-42, 236-261.

2. Ахутина Т.В. Здоровьесберегающие технологии обучения: индивидуально-ориентированный подход // *Школа здоровья*. 2000. Т. 7. № 2. С. 21-28.

3. Бойченко Т Є. Валеологія – мистецтво бути здоровим // *Здоров'я та фізична культура*. 2005. №2. С. 2-76.
4. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. М.: Флинта: Наука, 2001. С. 35-55.
5. Зотова М. О. Особенности применения здоровьеразвивающих технологий в формировании культуры здоровья школьников // *Современные проблемы науки и образования*. 2009. № 3. С. 50-57.
6. Ленартович Н.А., Бондар Г.А. Здоров'язбережувальні технології в системі роботи класного керівника як один із методів реалізації виховання ціннісного ставлення до себе. Методичний посібник Вінниця: 2015. С.2-30.
7. Маджуга А.Г., Синицина В.Д. Здоровьесозидающая педагогика: теория, методологи, перспективы развития. М.: «ЛОГОС», 2014. 508 с.
8. Методические рекомендации: Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения / Под ред. М.М. Безруких, . Сонькина. М., 2002. 114 с.
9. Митяева, А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. 2-е изд., стер. М.: Издательский центр «Академия», 2010. С.7-132.
10. Омельченко Л. П., Омельченко О. В. Здоров'ятворча педагогіка. Х. : Вид. група «Основа», 2008. С.11-47, 103-128.
11. Основи здорового способу життя студентів: навч. посібник / С. В. Королінська, Н. І. Ізмайлова, П. О. Сіренко, А. О. Аркуша. Харків : НФаУ, 2013. С. 12-22.
12. Психологічне обґрунтування заходів пропагування психогігієнічного виховання і здорового способу життя серед сучасної молоді: Монографія / [Максименко С.Д., Болтівець С.І., Кокун О.М., Здіорук С.І., Губенко О.В., Гуменюк Г.В.]; за заг. ред. С.Д. Максименка. К.: ДП «Інформ.-аналіт. Агенство», 2012. С. 53-134.
13. Радионова Л.В. Здоровьесберегающие технологии в дошкольных образовательных учреждениях: Учебное пособие. Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. гуманит. ун-та, 2011. С. 39-85.
14. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. Москва : Аркти, 2006. 320 с.
15. Третьякова Н.В., Федоров В.А. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: теория и технологии обеспечения: монография. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос.проф.-пед. ун-та, 2014. С. 15-157.

РОЗДІЛ 3

Загальна характеристика дітей з обмеженими можливостями здоров'я

1. Категорії дітей з обмеженими можливостями здоров'я
2. Причини порушень психофізичного розвитку
3. Особливості розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я
4. Основи інклюзивної освіти

1. Категорії дітей з обмеженими можливостями здоров'я

Останніми роками значна увага приділяється проблемам дітей з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ). Діти з ОМЗ – це діти, що мають різні відхилення психічного або фізичного плану, які обумовлюють порушення загального розвитку, що не дозволяють їм вести повноцінне життя. Людина з ОМЗ відрізняється певними обмеженнями в повсякденній життєдіяльності.

Нині кожен десятий житель Землі, тобто більше 500 млн. людей мають ті або інші обмеження, пов'язані з фізичними, психічними або сенсорними дефектами. Серед них не менше 150 млн. дітей.

Діти з відхиленнями у розвитку позбавлені доступних їм здоровим одноліткам каналів отримання інформації: скуті в пересуванні та використанні сенсорних каналів сприйняття, діти не можуть опанувати всім різноманіттям людського досвіду, що залишається поза сферою досяжності. Вони також позбавлені можливості предметно-практичної діяльності, обмежені в ігровій діяльності, що негативно позначається на формуванні вищих психічних функцій.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 1980 р. був прийнятий британський варіант триланкової шкали обмежених можливостей людини.

а) недуга – будь-яка втрата або аномалія анатомічної, фізіологічної або психологічної структури або функції;

б) обмежені можливості. До цієї групи відносяться пацієнти з обмеженнями або втратою здатності (внаслідок наявності дефекту), що не дозволяють їм виконувати нормальну для звичайної людини діяльність;

в) недієздатність (інвалідність). Сюди потрапляють люди з обмеженими можливостями, що заважає їм або обмежує їх в якій-небудь нормативній ролі (виходячи із вікових, статевих і соціокультурних факторів).

Під **дефектом** (від лат. Defektus – недолік) розуміється фізичний або психічний недолік, що викликає порушення в розвитку дитини. У сучасній дефектології це поняття практично не використовується і замінюється поняттям «порушення».

Фізичне і (або) психічне порушення визначаються як відхилення від норми, що обмежують соціальну діяльність дитини.

Поняття **аномалія** означає відхилення від норми, від загальної закономірності, неправильність у розвитку. У такому значенні це поняття існує в педагогічній та психологічній науках і в сучасній спеціальній літературі зустрічається вкрай рідко.

Під поняттям **патологія** розуміється біологічний процес появи нової якості, хворобливого стану.

В. Г. Петрова, підкреслюючи спільність основних закономірностей розвитку в нормі та при наявності порушення, визначила групи факторів, що обумовлюють цей процес:

- 1) біологічні (характер порушення, його вираженість, час настання порушення, стан фізичного і психічного здоров'я дитини);
- 2) соціальні (організоване або не організоване навчання, спеціально організоване виховання і навчання);
- 3) власна активність дитини.

Будь-яка важка травма може послужити причиною попадання людини в категорію людей з ОМЗ. Це твердження справедливе, якщо вищезгадана недуга привела до зниження рівня працездатності або появи необхідності життєзабезпечення. Ця група пацієнтів не лише потребує допомоги, держава повинна надавати їм можливість для соціальної реабілітації.

У затвердженій класифікації порушень основних функцій організму виділяють ряд ознак, які розділяють пацієнтів з ОМЗ на 4 види. Таким людям потрібний особливий підхід у вихованні, що забезпечує індивідуальні умови для кожної дитини. Основні види відхилень, відомі сучасній науці:

- порушення психічних процесів;
- зміна статодинамічної функції;
- порушення сенсорних функцій;
- патології дихання, обміну речовин, травлення і т. д.

При порушенні психічних процесів у людини спостерігаються дефекти в мові, мисленні або сприйнятті світу. Дуже часто діти з ОМЗ схильні до емоційних стрибків, страждають від проблем з пам'яттю або увагою.

Другий вид порушень торкається пацієнтів з вираженими змінами статодинамічних функцій має дефекти, пов'язані з координацією рухів, станом тулуба і кінцівок.

До третьої категорії відносяться пацієнти з порушенням роботи сенсорних функцій, характерний прояв недуги заважає концентруватися на певному завданні. Дитяча нервова система – не справляється з великими об'ємами інформації, що поступає, а це призводить до появи таких зовнішніх реакцій, як неуважність.

Четвертий вид порушень торкається хворих з патологіями внутрішньої секреції, кровотворення, обміну речовин, кровообігу і т.п. Дитина може страждати від проблем з травною, видільною або дихальною системою, що проявляється через конкретні характерні симптоми.

Ступені порушення здоров'я

Перед складанням плану навчання дітей з інвалідністю розподіляють за групами згідно ступеня порушення здоров'я. Такий підхід допомагає об'єднати дітей зі схожими відхиленнями і надати їм максимально комфортні можливості для адаптації. Згідно міжнародної класифікації виділяють 4 ступені порушення здоров'я, відносно яких пацієнтові надається певний статус:

1. Легкі і помірні порушення функцій
2. Виражені відхилення
3. Висока вираженість порушень
4. Різко виражені порушення

Розвиток дитини з 1-им ступенем ОМЗ відбувається на фоні легких і помірних порушень функцій. Ці порушення можуть бути показанням для отримання інвалідності. Проте, не всі діти з цієї категорії отримують інвалідність, оскільки при правильному навчанні і адекватному навантаженні вони здатні відновити системи організму, які відстають у розвитку.

До другого ступеня відносяться дорослі пацієнти з третьою групою інвалідності і діти з вираженими відхиленнями. Відхилення у здоров'ї обмежують можливості соціальної адаптації цих людей, тому вони потребують особливих умов навчання і життя.

Третій ступінь ОМЗ відповідає другій групі інвалідності в дорослої людини. Діти з цієї категорії суттєво обмежені в процесах життєдіяльності із-за високої вираженості порушень здоров'я.

До четвертого ступеня відносять пацієнтів з різко вираженими порушення функцій систем і органів, із-за яких відбувається соціальна дезадаптація дитини. Унаслідок таких відхилень, люди вимушені жити в умовах соціальної дезадаптації. Це перша група інвалідності в дорослого. Реабілітаційні і лікувальні заходи на цьому етапі рідко проходять успішно, оскільки більшість ушкоджень мають незворотний характер.

До дітей з ОМЗ відносять таких діти, у яких виявлені порушення психофізичного розвитку, що потребують спеціального (корекційного) навчання і виховання.

У даний час єдиних принципів класифікації порушень розвитку не існує.

Класифікації відхилень у розвитку

Відхилення в розвитку надзвичайно різноманітні. Природа значної множинності порушень у розвитку криється, перш за все, у різноманітті самих причин, здатних викликати ці порушення. Крім того, психіка і, відповідно, процес її розвитку мають нескінченну кількість сторін і властивостей, кожне з яких може бути порушено. Перетин і взаємодія цих 2-ох нескінченних рядів і дають безліч варіантів відхилень у розвитку, як уже описаних, так ще і невідомих.

Класифікація за ознакою часу виникнення порушення

Класифікації відрізняються одна від одної тією ознакою або ознаками, які укладаються в якості основи процесу класифікування. Так, в якості критерію для основи класифікації можна взяти:

Ознаку часу виникнення порушення

Тоді ми повинні виділити 2-і великі групи дизонтогенезу:

- ***Вроджені порушення***

- Спадкові порушення завжди вроджені, але не всі вроджені є спадковими.

- ***Набуті порушення***

- Рано набуті;

- Пізно набуті.

Вікова межа між ними може бути різною.

Класифікація за властивістю зворотності виникаючих порушень

Ми можемо скористатися іншим критерієм, в якості якого візьмемо властивість зворотності виникаючих порушень.

У цьому випадку ми можемо виділити 3 групи дизонтогенезу:

- Зворотній;

- Незворотній;

- Частково зворотній.

Тут же відзначимо, що різні класифікації, створені на основі різних критеріїв, можуть між собою «Не стикуватися» або важко співвідноситися. Одна і та ж дитина в різних класифікаціях потрапляє в абсолютно різні, якісно відмінні одна від одної групи. Це пов'язано з тим, що різні класифікації створюються для абсолютно різних цілей – дослідних і практичних.

Класифікація за етіологічним фактором порушення (причиною)

Продовжуючи говорити про типи класифікації, необхідно згадати про такі її різновиди, де в якості основного критерію використовується етіологічний фактор – головна причина виникнення того чи іншого порушення в розвитку.

Традиційно з точки зору клініко-психологічного підходу виділяють 2-і великі групи порушень розвитку.

Одна з них позначається терміном *ретардація*, під якою розуміється уповільнення, відставання психічного розвитку будь-якого походження.

Виділяються 2 різновиди ретардації:

- *Ретардація*
- Загальна (тотальна)
- Часткова (парціальна).

Інша велика група порушень у розвитку називається *асинхронія*, що представляє різноманітні її варіанти, для яких характерне поєднання:

- *Асинхронія*
- нерівномірність у розвитку (гетерохронність), як цілком нормальної її властивості;
- несвоєчасність формування тих чи інших психічних функцій і сторін психіки.

За класифікацією, запропонованою В. А. Лапшиним і Б.П.Пузановим, до основних категорій дітей з порушенням психофізичного розвитку відносяться:

- 1) діти з порушенням слуху (нечуючі, недочуваючі, пізнооглухші);
- 2) діти з порушенням зору (незрячі, слабозорі);
- 3) діти з порушенням мовлення (логопати);
- 4) діти з порушенням опорно-рухового апарату;
- 5) діти з розумовою відсталістю;
- 6) діти із затримкою психічного розвитку;
- 7) діти з порушенням поведінки і спілкування;
- 8) діти з комплексними порушеннями психофізичного розвитку, з так званими складними дефектами (поєднання двох або більше порушень).

В основі педагогічної класифікації виділяються наступні категорії дітей з порушеннями розвитку:

- *Діти з порушеннями слуху (нечуючі і недочуваючі)*, первинне порушення носить сенсорний характер, порушено слухове сприйняття, внаслідок ушкодження слухового аналізатора. До категорії дітей з порушеннями слуху відносяться діти, що мають стійке двостороннє порушення слухової функції, при якому

мовленнєве спілкування з оточенням за допомогою усного мовлення ускладнене або неможливе.

- **Діти з порушеннями зору (незрячі, слабозорі)**, первинне порушення носить сенсорний характер, страждає зорове сприйняття, внаслідок органічного ушкодження зорового аналізатора. Діти з порушенням зору практично не можуть використовувати зір в орієнтувальній і пізнавальній діяльності.

- **Діти з порушеннями опорно-рухового апарату**, первинним порушенням є рухові розлади, внаслідок органічного ушкодження рухових центрів кори головного мозку. Рухові розлади характеризуються порушеннями скоординованості, темпу рухів, обмеження їх об'єму і сили. Вони призводять до неможливості або часткового порушення здійснення рухів скелетно-м'язовою системою в часі і просторі.

- **Діти з важкими порушеннями мовлення**, первинним дефектом є недорозвинення мовлення. До дітей з порушеннями мовлення відносяться діти з психофізичними відхиленнями різної вираженості, що викликають розлади комунікативної і узагальнюючої (пізнавальної) функції мовлення.

- **Діти із затримкою психічного розвитку**, їх характеризує уповільнений темп формування вищих психічних функцій і відносно стійкі стани незрілості емоційно-вольової сфери і інтелектуальної недостатності, що не досягає розумової відсталості, внаслідок слабовиражених органічних ушкоджень ЦНС.

- **Діти з порушеннями інтелектуального розвитку**, первинне порушення – органічне ураження головного мозку, що обумовлює порушення вищих пізнавальних процесів. Розумово відсталі діти – діти, що мають стійке, безповоротне порушення психічного розвитку, передусім, інтелектуального, виникаючого на ранніх етапах онтогенезу.

- **Діти з порушеннями емоційно-вольової сфери** (діти з раннім дитячим аутизмом) є різнорідною групою, що характеризується різними клінічними симптомами і психолого-педагогічними особливостями. У всіх дітей з аутизмом порушений розвиток засобів комунікації і соціальних навичок.

- **Діти з комплексними (складними) порушеннями розвитку**, у яких поєднуються два і більше первинні порушення (наприклад, недочуваючі з дитячим церебральним паралічем, слабозорі із затримкою психічного розвитку (ЗПР) та ін.).

Залежно від характеру порушення одні розлади можуть

повністю долатися в процесі розвитку, навчання і виховання дитини. Це стосується дітей з порушеннями мовлення і ЗПР. У інших розлади лише згладжуються, частково компенсуються.

Т. А. Власова і М. С. Певзнер представляють наступні категорії:

1) діти з відхиленнями в розвитку, викликаними органічними ушкодженнями ЦНС;

2) діти з відхиленнями в розвитку у зв'язку з функціональною незрілістю ЦНС;

3) діти з відхиленнями у зв'язку з деприваційними ситуаціями.

Як видно з наведених прикладів, деякі підгрупи переходять з класифікації в класифікацію, інші представлені лише в одиничних варіантах, або з однієї системи об'єднуються в іншу.

Так, Г. Н. Коберник і В. Н. Синяв виділяють схожу класифікацію, виділяючи наступні групи:

1) діти із стійкими порушеннями слухової функції (нечуючі, недочуваючі, пізнооглухші);

2) діти з порушеннями зору (незрячі, слабозорі);

3) діти із стійкими порушеннями інтелектуального розвитку на основі органічного ушкодження ЦНС;

4) діти з важкими мовленнєвими порушеннями;

5) діти з комплексними розладами;

6) діти з порушеннями опорно-рухового апарату;

7) діти із ЗПР;

8) діти з психопатичними формами поведінки.

В основу класифікації порушень психофізичного розвитку покладені різні позиції, що дозволяють дати різносторонню оцінку первинного порушення і спрогнозувати можливі вторинні його прояви.

I. У залежності від часу виникнення:

- вроджені (захворювання матері під час вагітності, спадкові, генетичні ушкодження);

- набуті (пологові і післяпологові ушкодження) порушення.

2. За характером розладів:

- органічні (ушкодження матеріальної структури мозку);

- функціональні (дезінтеграція різних мозкових структур) порушення.

3. За поширеністю патологічного процесу:

- локальні (зачіпають тільки одну ділянку кори головного мозку);

- дифузні (носять розлитий характер) порушення.

Класифікація за основними критеріями порушення розвитку

Нескладно зрозуміти, що в якості основних критеріїв у даній класифікації використані ознаки темпу психічного розвитку та послідовності формування різних сторін психічної діяльності.



Емпіричні практикоорієнтовані класифікації

Крім наукових, теоретичних класифікацій, не менше популярні так звані емпіричні практикоорієнтовані класифікації, в основі яких зустрічаються ознаки, які групуються за ступенем схожості. Емпіричних класифікацій також безліч і в силу своєї практичної спрямованості вони більш популярні. Так, одна з них виділяє наступні групи відхилень у розвитку (або групи дітей з відхиленнями в розвитку):

1. Діти з сенсорними мовленнєвими і руховими порушеннями.
2. Діти із ЗПР.
3. Діти з астеничними, реактивними станами і конфліктними переживаннями.
4. Діти з психопатичними психопатоподібними формами поведінки.
5. Розумово відсталі діти.
6. Діти з початковими проявами психічних захворювань.

У сучасній літературі можна знайти чимало емпіричних класифікацій, найбільш популярною з яких, судячи за кількістю посилань у наукових публікаціях, є класифікація В. В. Лебединського, в якій виділяється 6 форм дизонтогенезу.

1. Психічне недорозвинення
2. Затриманий розвиток
3. Пошкоджений розвиток

4. Дефіцитарний розвиток
5. Спотворений розвиток
6. Дисгармонічний розвиток

2. Причини порушень психофізичного розвитку

Відхилення в розвитку дітей можуть бути обумовлені різними несприятливими факторами, які поділяються на ендогенні, тобто внутрішні (генетичні) і екзогенні, тобто зовнішні (фактори середовища). Найчастіше патологічні фактори об'єднують залежно від періоду впливу на здоров'я дитини: *пренатальні* – причини, що діють на зародок і плід у період внутрішньоутробного розвитку; *натальні* – у період пологової діяльності; *постнатальні* – після народження дитини.

Ендогенні причини представлені двома основними групами.

1) *Захворювання, пов'язані з чисельністю і будовою хромосом, їх змінами:*

- транслокація, тобто перенесення ділянки або всієї хромосоми на іншу, не гомологічну їй хромосому від іншої пари;
- поліплоїдія, тобто збільшення хромосомного набору в декілька разів;
- дуплікація – подвоєння окремих ділянок хромосоми;
- моносомія – зменшення хромосом у парі на одну;
- інверсія – зменшення розташування ділянок хромосоми та ін.;

2) *Різні спадкові захворювання:*

- міопатія, тобто порушення обміну речовин у м'язовій тканині, що призводить до м'язової слабкості;
- аплазія – недорозвиненість внутрішнього вуха, внаслідок чого дитина залишається нечуючою;
- мікрофтальм – структурні зміни ока, які призводять до зниження гостроти зору та ін.;

Різні спадкові захворювання плоду. Нині відомо близько 2 000 генних аберацій, які можуть викликати як психічні, так і фізичні порушення. Гени з викривленою інформацією можуть передаватися з покоління в покоління або кожному другому поколінню.

Захворювання, пов'язані із змінами в кількості або структурі хромосом – хромосомна аберація (поліплоїдія – збільшення хромосомного набору в декілька разів; трисомія – наявність однієї зайвої хромосоми; моносомія – зменшення хромосом у парі на одну; нулісомія – відсутність якої-небудь пари хромосом та ін.).

Неповноцінність батьківських статевих клітин може виникати із-за несприятливої спадковості або негативних зовнішніх чинників, які можуть впливати на ці клітини.

Дослідженнями встановлена залежність хромосомних аберації із віком матері, а саме їх збільшенням при старінні жіночих яйцеклітин. Хоча статеві клітини і здатні запліднюватися, проте залишається деяка вірогідність, що зароджене нове життя матиме ті або інші порушення розвитку.

Наслідком хромосомної аберації можуть бути мікроцефалія, порушення слуху, зору, інтелекту, незарощене піднебіння, деформації кінцівок.

Крім такого поділу етіології, виникнення порушень психофізичного розвитку до причин ендогенного походження відносять наступні чотири групи.

1. *Зміна спадкових структур (мутації)* – найбільш часті причини розумової відсталості. Генні мутації – зміна внутрішньої структури генів. Хромосомні мутації – зміни структури хромосом.

Сучасні досягнення клінічної, молекулярної, біохімічної генетики і цитогенетики дозволили уточнити механізм спадкової патології. У людини мутації виникають постійно – це природний процес, що відбувається в ході життєдіяльності. Крім того, вони відбуваються під впливом фізичних впливів (іонізуюча радіація: електромагнітні випромінювання, гамма- і рентгенівське проміння, корпускулярне випромінювання, а саме швидкі нейтрони, альфа-частинки). Шкідливими можуть стати хімічні речовини (інсектициди, фунгіциди, гербіциди, формальдегід, ароматичні вуглеводні, протипухлинні засоби). Крім цього, для появи мутацій має значення вік батьків і сімейні схильності, що може бути пов'язано з порушенням генетичного управління поділом клітин.

При хромосомних хворобах за допомогою спеціальних цитологічних досліджень виявляють зміну числа хромосом, що обумовлює генний дисбаланс. За останніми даними, на 1000 новонароджених припадає 5-7 дітей з хромосомними аномаліями. Хромосомні хвороби відрізняються, як правило, складним або ускладненим дефектом. При цьому в половині випадків має місце розумова відсталість, яка часто поєднується з патологією зору, слуху, опорно-рухового апарату, мовлення. Так, порушення хромосомних наборів батьків можуть привести до успадкування деяких форм розумової відсталості (хвороба Дауна – в клітинах хворих є 47 хромосом замість 46 за рахунок зайвої хромосоми в 21-й парі), різних типів порушень слуху, різноманітних розладів зорового аналізатора.

Аномалії розвитку можуть спостерігатися не тільки при хромосомних, але і при так званих генних хворобах, коли число і структура хромосом залишаються незмінними. Ген являє собою мікроділянку (локус) хромосоми, який контролює розвиток певної спадкової ознаки. Гени стабільні, але їх стабільність не абсолютна. Під впливом різних несприятливих факторів навколишнього середовища відбувається їх мутація. У цьому випадку мутантний ген програмує розвиток зміненої ознаки.

Якщо мутації виникають в одній мікроділянці хромосоми, то говорять про моногенні форми порушеного розвитку; при наявності змін у декількох локусах хромосом – про полігенні форми аномального розвитку, в останньому випадку патологія розвитку зазвичай є наслідком складної взаємодії як генетичних, так і зовнішніх факторів середовища.

2. *Ендокринні захворювання і метаболічні дефекти.* Діабет матері може бути причиною відставання в розумовому розвитку її дитини. Фенілаланінова ембріопатія виникає в тому випадку, якщо в матері має місце фенілкетонурія, а саме вміст фенілаланіну в її крові перевищує 30 мг / л.

3. *Перезрівання статевих клітин.* Це поняття включає комплекс змін в яйцеклітинах і сперматозоїдах, що відбулися від моменту їх повного дозрівання до моменту утворення зиготи. Ці зміни можуть бути пов'язані, зокрема, зі збільшенням терміну між овуляцією і заплідненням, гормональними розладами, нерозходженням статевих хромосом.

4. *Вік батьків.* Частота народжень дітей з трисомією 13, 18 або 21 у жінок у віці 30-34 років становить один випадок на 510, у віці 35-39 років 1 на 185, у віці 40-44 років 1 на 63, а старше 45 років 1 на 24. Частота трисомій залежить і від віку батька. Основною причиною вікового фактору є старіння статевих клітин, збільшення частоти мутацій (через зниження стійкості хромосом до хімічних впливів, падіння активності ферментів, гормональних порушень і ін.).

Екзогенні причини можуть викликати порушення розвитку в різні періоди онтогенезу.

Залежно від часу дії цих чинників виділяють внутрішньоутробну, або пренатальну, патологію (дія в період внутрішньоутробного розвитку); натальну патологію (ушкодження під час пологів) і постнатальну (несприятливі дії після народження).

1. У пренатальний (внутрішньоутробний) період порушення в розвитку можуть бути викликані хронічними захворюваннями батьків, особливо матері; інфекційними хворобами (сифіліс, токсоплазмоз та ін.); вірусними (краснуха, паротит, грип, вітряна

віспа); інтоксикаціями (отруєннями) матері (у тому числі алкогольними, наркотичними, нікотиновими); порушеннями в харчуванні матері під час вагітності, особливо нестача білків, мікроелементів, вітамінів; резус-конфліктами; травмами; впливом променевої енергії і т. п.

У жінок, що перенесли під час вагітності краснуху, особливо в період ембріогенезу, тобто від 4 тижнів до 4 місяців, відзначається висока частота народження дітей з вадами розвитку мозку, дефектами органів слуху, зору, а також серцево-судинної системи, інакше кажучи, у немовлят цих жінок має місце так звана рубеолярна ембріопатія.

Внутрішньоутробна патологія має місце за наявності у вагітної жінки прихованих (латентних) хронічних інфекцій, особливо таких, як токсоплазмоз, цитомегалія, сифіліс та ін. Ураження мозку плоду при цих інфекціях часто призводить до розумової відсталості, що поєднується з порушеннями зору, опорно-рухового апарату, епілептичними випадками та ін.

Вагітній жінці слід пам'ятати, що самолікування, безконтрольне вживання ліків, голодування, неправильне і нераціональне харчування, хронічні та гострі захворювання важливих органів негативно відображаються на внутрішньоутробному розвитку плоду і можуть призвести навіть до його загибелі. При чому існує прямий зв'язок між часом дії патологічного фактору і негативними наслідками чим раніше у внутрішньоутробному розвитку пошкоджується ембріон, тим важчими виявляються наслідки.

2. У натальний (пологовий) період причинами порушень можуть стати пологові травми; інфікування плода; асфіксія – задуха плода (у 85% випадків виникнення гіперактивності діагностується патологія вагітності і (чи) пологів; у дітей, що перенесли стан асфіксії і особливо клінічну смерть (відсутність дихання і серцевої діяльності), є висока ступінь ризику для виникнення дитячого церебрального паралічу).

У період пологової діяльності (натальний період) несприятливими можуть бути такі фактори:

- стрімкі пологи;
- зтяжні пологи;
- некваліфікована акушерська допомога.

Дія цих факторів призводить до асфіксії (кисневе голодування) або травм дитини.

3. У постнатальний період (після народження) причинами можуть бути залишкові явища після різних інфекційних і інших захворювань (дитячий церебральний параліч може виникати і в

результаті перенесених нейроінфекцій (менінгіту, енцефаліту); різні травми (черепно-мозкові; травми аналізаторів, кінцівок і т.п.); інтоксикації (алкогольні, наркотичні, нікотинові і т.п.); недотримання санітарно-гігієнічних норм (наприклад, недотримання гігієни зору може привести до короткозорості) і т. п.

Таким чином у **постнатальному** періоді розвитку можуть діяти такі біологічні фактори:

- інфекційні захворювання (грип, кір, скарлатина, менінгіт, енцефаліт, поліомієліт, отит та ін.);
- інтоксикації (передозування лікарських препаратів (особливо антибіотиків), радіація, алкоголізм чи паління матері, яка годує дитину грудним молоком та ін.);
- травми;
- порушення харчування дитини;
- тривалі соматичні захворювання.

Нині численними дослідженнями доведено, що більше 400 чинників можуть спричинити пошкодження ЦНС плода. Негативний чинник може проявляти свій патологічний вплив як на ембріон (новий організм, що розвивається в утробі матері від часу запліднення статевих клітин до дев'яти тижнів), так і на плід (майбутній новонароджений в утробі матері від дев'яти тижнів до дев'яти місяців). Найчастіше порушуються ті органи і системи, які в цей час розвиваються інтенсивніше. Наприклад, органи зору інтенсивніше розвиваються протягом перших дев'яти тижнів, але найбільш важливий (критичний, оскільки в цей час закладається основа органу зору) період розвитку – третій-п'ятий тижні. Аналогічну оцінку можна дати розвитку органів слуху в період від трьох до дев'яти тижнів, де критичним вважається період від трьох до п'яти тижнів.

Внутрішні органи в основному формуються на сьомому-одинадцятому тижні вагітності, мозок – на другому-одинадцятому тижні. У ці періоди названі органи і системи найбільш чутливі і швидко ушкоджуються негативними чинниками. Часто в перші тижні жінка не знає про свою вагітність і може вживати антибіотики або інші медикаменти, які проявляють негативну дію на ембріон.

Сучасні дослідження свідчать, що недоношеність є одним з найбільш значущих чинників, які впливають на подальший розвиток дитини, особливо на формування її ЦНС.

Спектр негативних чинників, здатних привести до порушень розвитку, досить широкий. Дослідженнями доведено, що вживання алкоголю і наркотиків порушує статеві клітини батьків, уповільнює фізичний розвиток плоду. Алкогольна інтоксикація згубно впливає на

печінку плода, яка ще не має спеціального ферменту, який розщепляє алкоголь, і алкоголь у незнешкодженому виді кров'ю розноситься по усьому організму і викликає безповоротні зміни. Особливу небезпеку представляє алкоголь на сьомому-одинадцятomu тижні вагітності, коли починають розвиватися внутрішні органи. Встановлено, що більше 60% дітей, що страждають епілепсією, народжуються в батьків, що вживають алкоголь. Під час перших восьми-дванадцяти тижнів вагітності на ембріон сильніше впливає алкоголь, на дев'ятому-сороковому тижні – продукти його розпаду.

Встановлено, що дитина алкоголіків від своїх батьків успадковує слабку нервову систему і деякі особливості обміну речовин, що в майбутньому виражається схильністю до вживання алкоголю. Щоб народилася здорова дитина, подружжю необхідно не вживати алкоголь хоч би два місяці до зачаття.

Наркотики діють так само, як і алкоголь. Наркоманія в жінок може викликати безпліддя, а народжені діти можуть мати порушення розвитку.

Отруєння нікотинном також негативно впливає на розвиток плоду: куріння підвищує ризик патології вагітності, проковує передчасні пологи, діти народжуються з меншою вагою, із слабкою нервовою системою. Встановлено, що нікотин залишається в плаценті і навколоплідних водах, тому проявляє тривалу негативну дію на плід.

До порушень розвитку можуть привести вірусні інфекції. На ембріон або плід можуть вплинути перенесені матір'ю під час вагітності такі хвороби, як краснуха, грип, сифіліс, інфекційний гепатит (запалення печінки), кір, паротит (свинка), вітрянка, поліомієліт. Так, наприклад, краснуха дуже небезпечна під час перших трьох місяців вагітності: плід може загинути, дитина може народитися з різними порушеннями (вадами слуху, зору, катаракта).

Дуже небезпечно, коли мати хворіє на сифіліс. Якщо жінка захворіє сифілісом відразу після зачаття, плід завжди заражається. При цьому ушкоджується кісткова і нервова системи, психіка.

Окрім ендогенних і екзогенних причин існують, і соціальні причини, до них відноситься: несприятливе соціальне оточення і депривація.

Несприятливе соціальне оточення впливає, передусім, на психологічний розвиток дитини, що згодом призводить до виникнення інших аномалій (наприклад, зниження інтелектуальних темпів розвитку, неврозів).

3. Особливості розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я

У 1915 році Г.Я.Трошин, у своїй роботі «Антропологічні основи виховання. Порівняльна психологія нормальних і ненормальних дітей», висунув ідею про загальні закономірності нормального і аномального розвитку. Суть цієї ідеї полягає в тому, що і при нормальному, і при порушеному розвитку формування психіки дитини носить поступальний характер. Кожен з етапів розвитку завершується формуванням принципово нових якостей – новоутворень, які, у свою чергу, стають основою для наступного етапу.

У 20-ті роки ХХ століття Л.С. Виготський узагальнив роботи своїх попередників і запропонував загальну концепцію аномального розвитку, в якій показав, що найбільш загальні закони розвитку нормальної дитини простежуються і в розвитку аномальних дітей. Обґрунтовуючи положення про спільність законів нормального і аномального розвитку, Л.С. Виготський підкреслював, що загальним для них є соціальна обумовленість психічного розвитку: соціальний, у тому числі педагогічний, вплив становить джерело формування вищих психічних функцій – як у нормі, так і при порушеному розвитку. Л.С. Виготський виділив в аномальному розвитку дві групи явищ – первинні порушення, які безпосередньо впливають з біологічного характеру хвороби, і вторинні порушення, що виникають у ході соціального розвитку дитини, її взаємодії з навколишнім світом. Аномальний розвиток, зазначає Лев Семенович, визначається часом виникнення первинного порушення та тяжкістю його вираженості, при цьому механізм формування вторинних порушень може бути різним, але істотну роль у ньому завжди відіграє соціальний фактор. Відхилення, що виникають внаслідок ураження органів зору, слуху або тих чи інших структур головного мозку, різні за своїм характером, силі і значущості в кожній категорії дітей з порушеннями розвитку. Однак загальним для всіх цих випадків є те, що наявність первинного порушення впливає на весь хід подальшого розвитку дитини. Вторинні порушення є основним об'єктом психодіагностики і психолого-педагогічного корекційного впливу.

Л.С. Виготський стверджував, що розвиток нормальної і аномальної дитини підпорядкований одним і тим же законам і проходить ті ж стадії, але стадії розтягнуті в часі і наявність дефекту дає специфіку кожного варіанту аномального розвитку.

До найбільш загальних закономірностей відносяться такі, як циклічність і нерівномірність психічного розвитку, пластичність нервової системи і заснована на цьому здатність до компенсації,

положення про інтеграцію психіки, про співвідношення біологічних і соціальних чинників які впливають на розвиток людини.

Психічний розвиток *циклічний*, тобто має складну організацію в часі. Кожна стадія – це своєрідний цикл зі своїм змістом.

Нерівномірність психічного розвитку обумовлена, по-перше, активним дозріванням мозку в певні періоди життя дитини, по-друге, тим, що окремі психічні функції розвиваються на базі раніше сформованих. Нерівномірність розвитку психіки проявляється по-різному – у сензитивних періодах розвитку і чергуванні стабільних і критичних періодів.

Розробляючи у дитячій психології проблему співвідношення навчання і розвитку, Лев Семенович прийшов до висновку про те, що навчання повинно передувати, забігати вперед і підтягувати, вести за собою розвиток дитини. Навчання має вести за собою розвиток.

Зона найближчого розвитку – більша або менша можливість переходу дитини від того, що вона вміє робити самостійно, до того, що вона вміє робити у співпраці, і виявляється найчутливішим симптомом, який характеризує динаміку розвитку і успішності дитини. Так відбувається процес пізнання. Справжнім критерієм для визначення зони найближчого розвитку дитини буде встановлення того фактору, чи зможе вона вирішити це завдання з чиеюсь допомогою і, засвоївши прийоми, підказані їй у процесі навчання, самостійно використати їх при необхідності вирішити аналогічну задачу. Труднощі навчального завдання повинні розташовуватися в зоні найближчого розвитку, що є показником навченості дитини, що дуже важливо при діагностиці.

Згідно з ученням Л.С.Виготського в аномальних дітей є «зона актуального розвитку» і «зона найближчого розвитку». Найширша зона найближчого розвитку в дітей, які нормально розвиваються – діти активно взаємодіють з дорослим і здатні виконувати самостійно те, що раніше могли виконувати з допомогою інших. У всіх аномальних дітей зона найближчого розвитку вузла. Найвузла зона найближчого розвитку в розумово відсталих дітей. Їх навчати дуже важко.

Своєрідність аномальних дітей обумовлена процесами природної компенсації за рахунок використання збережених функцій. Процес компенсації спирається на значні резервні можливості вищої нервової діяльності. В аномальних дітей у процесі компенсації відбувається формування нових динамічних систем умовних зв'язків, виправлення порушених або ослаблених функцій, розвиток особистості. Специфічний розвиток аномальних дітей, викликаний порушенням однієї з систем організму і його функцій, проходить на

фоні активізації захисних засобів і мобілізації резервних ресурсів, які опираються на наступу патологічних процесів. Тут і проявляються потенційні можливості компенсації.

Виходячи із вище зазначеного можна виділити *загальні закономірності розвитку дітей при нормальному і порушеному розвитку*:

- розвиток психіки дітей з ОМЗ підпорядковується тим самим закономірностям, які спостерігаються в розвитку нормальної дитини;
- до найбільш загальних закономірностей відносяться такі, як циклічність і нерівномірність психічного розвитку, пластичність нервової системи і заснована на цьому здатність до компенсації, положення про співвідношення впливаючих на розвиток людини біологічних і соціальних факторів.

Загальні закономірності психічного розвитку

1. *Розвиток характеризується нерівномірністю і гетерохронністю.* Нерівномірність проявляється в становленні різних психічних утворень, коли кожна психічна функція має особливий темп і ритм становлення. Окремі з них немов би «йдуть» попереду інших, готуючи іншим ґрунт. Гетерохронність означає розбіжність у часі фаз розвитку окремих органів і функцій.

2. *Нестійкість розвитку.* Розвиток проходить через нестійкі періоди, що найбільш яскраво проявляється в кризах дитячого розвитку.

3. *Сензитивність психічного розвитку* – оптимальне поєднання умов для розвитку психічних процесів і властивостей, притаманних певному віковому періоду.

4. *Кумулятивність психічного розвитку* – результат розвитку кожної попередньої стадії включається в наступну, при цьому певним чином трансформуючись. Таке накопичення змін готує якісні перетворення в психічному розвитку.

5. *Дивергентність-конвергентність ходу розвитку.* Дивергентність психічного розвитку проявляється в різноманітті ознак і властивостей, які з'являються в ході розвитку, способів поведінки і дій на основі їх поступової розбіжності (дивергенція – розбіжність). Конвергентність психічного розвитку проявляється в зближенні, схожості, синтезі в ході розвитку психічних процесів і властивостей, дій і способів поведінки (конвергенція – зближення).

Загальні закономірності аномального розвитку:

1. Зниження здатності до прийому, переробки, зберігання і використання інформації.

2. Уповільнення процесу формування уявлень і понять про навколишню дійсність.

3. Труднощі словесного опосередкування.
4. Наявність потенційних можливостей розвитку.
5. Труднощі соціальної адаптації.

Поряд із загальними закономірностями для нормального і аномального розвитку, виділяють закономірності, *загальні для всіх типів аномального розвитку*, які були систематизовані і узагальнені в працях Т.А. Власової і В.І. Лубовського.

Ідея Л.С. Виготського про системну будову дефекту, дозволила виділити в аномальному розвитку дві групи явищ: це первинні порушення, що випливають з біологічного характеру хвороби і вторинні порушення, що виникають у ході соціального розвитку дитини. Відхилення, що виникають у результаті ураження органів зору, слуху або тих чи інших структур головного мозку, різні за своїм характером, силою і значущістю в кожній категорії дітей з порушеннями в розвитку. Однак загальним для всіх є:

- Наявність первинного дефекту, який впливає на весь хід подальшого розвитку дитини: призводить до порушення розумової працездатності, труднощів взаємодії з навколишнім світом, недорозвитку загальної та дрібної моторики, бідності соціального досвіду.

- Проблеми соціальної адаптації, порушення взаємодії з соціальним середовищем, на які вказував ще Л. С. Виготський, також є загальною закономірністю для всіх типів порушень розвитку.

- Зміни в розвитку особистості дитини. Особливостями такої особистості є знижений фон настрою, астеничні риси, тенденція до обмеження соціальних контактів, низька самооцінка, тривожність, легкість виникнення страху. Такі порушення особливо посилюються при неправильному сімейному вихованні і при неправильно організованому навчанні.

- Зміна способів комунікації проявляється в тому, що в дітей порушується мовленнєве спілкування, зростає роль невербальних засобів комунікації.

- Зниження здатності до прийому, переробки, зберігання і використання інформації. Ця особливість може проявлятися протягом тривалого часу або бути характерною тільки для певного періоду онтогенезу. Наприклад, уповільнена швидкість переробки інформації при зоровому сприйнятті в дітей з порушеним слухом відзначається в дошкільному та молодшому шкільному віці, тоді як у розумово відсталих дітей протягом усього життя.

- Ще одна закономірність для всіх типів аномального розвитку – порушення словесної регуляції діяльності, що проявляється в недостатності і специфічній особливості (труднощі) словесного

опосередкування. Наприклад, розумово відсталі діти відчувають великі труднощі при необхідності встановлювати і зберігати в пам'яті опосередковані зв'язки, пригадування за асоціацією дається їм з великими труднощами. Співвідношення безпосереднього і опосередкованого запам'ятовування в розумово відсталих дітей динамічне, мінливе. У молодших класах вони не вміють користуватися прийомами опосередкованого, осмисленого запам'ятовування і логічний матеріал запам'ятовують гірше, ніж окремі слова і числа. У старших класах розумово відсталі учні опановують адекватні прийоми опосередкованого запам'ятовування.

- Для всіх типів аномального розвитку характерне уповільнення процесу формування понять.

Всі ці особливості формування пізнавальної та мовленнєвої діяльності ведуть до порушень пізнання навколишнього світу, запас знань і уявлень, про який в дітей з проблемами в розвитку завжди недостатній.

Особливі освітні потреби у дітей з ОМЗ обумовлені закономірностями порушеного розвитку:

- труднощами взаємодії з навколишнім середовищем, перш за все, з оточуючими людьми;
- порушеннями розвитку особистості;
- меншою швидкістю прийому і переробки сенсорної інформації;
- недоліками словесного опосередкування (наприклад, утрудненнями в формуванні словесних узагальнень і в назві об'єктів);
- вадами розвитку довільних рухів (відставання, сповільненість, труднощі координації);
- уповільненим темпом психічного розвитку в цілому; підвищеною стомлюваністю, високою виснажуваністю.

Специфічні закономірності для кожного типу порушень розвитку

Крім загальних, можна виділити специфічні закономірності, які властиві тільки деяким типам порушеного розвитку і не спостерігаються в дітей інших категорій.

У результаті поєднання первинних і вторинних порушень при аномальному розвитку формується складна картина порушень, яка, з одного боку, індивідуальна для кожної дитини, з іншого – має багато схожих характеристик у межах кожного типу порушеного розвитку.

Так, при розумовій відсталості, загальному недорозвитку мовлення і затримці психічного розвитку спостерігаються явища ретардації – незавершеність формування психічних функцій даного періоду.

Розглядаючи *розумову відсталість* можна відзначити наступні специфічні закономірності: безпосереднє запам'ятовування в дітей з розумовою відсталістю краще, ніж опосередковане. Однак уже при безпосередньому запам'ятовуванні спостерігаються відхилення від норми: здорова дитина при запам'ятовуванні прагне створити близькі за змістом групи слів. Дитина з розумовою відсталістю цього не робить. Ще одна особливість: здорова дитина, виходячи з отриманих результатів, здатна прогнозувати наступні свої досягнення. Діти з розумовою відсталістю або занижують, або завищують власні результати, їх оцінки залежать від афективного стану.

При опосередкованому запам'ятовуванні спостерігаються істотні відмінності від норми: здорова дитина швидко вловлює смислові зв'язки між заданим словом і картинкою і правильно використовує ці зв'язки при згадці потрібного слова. У дітей з розумовою відсталістю перебудова процесу запам'ятовування, включення в нього інтелектуальної операції супроводжується зниженням результатів у порівнянні з безпосереднім запам'ятовуванням. Діти з розумовою відсталістю замість заданого слова часто називають зображений на картинці предмет. Неузгодженість результатів між безпосереднім і опосередкованим запам'ятовуванням – специфічна особливість при розумовій відсталості.

Діти з порушеннями інтелекту мають великі труднощі при необхідності встановлювати і зберігати у пам'яті опосередковані зв'язки, при здійсненні асоціативного пригадування.

При розумовій відсталості більшою мірою недорозвиваються ті емоції, які тісно пов'язані з інтелектуальним розвитком, базальні емоції (страх, радість, гнів, образа і т.д.) менш залежні від стану інтелекту.

Таким чином, при дизонтогенезі за типом недорозвинення спостерігаються явища асинхронії між фізичним і психічним розвитком, між мисленням та іншими психічними процесами. Первинна недостатність інтелектуальної діяльності визначає структуру недорозвинення «зверху вниз».

Закономірності при затримці психічного розвитку наступні:

- низький рівень пізнавальної активності при відносно високих потенційних можливостях узагальнення і відволікання, що проявляються при співпраці з дорослим.

- запізнювання в прояві неологізмів (словотворчості) у мовленні дітей з затримкою психічного розвитку.

У *нечуючих* дітей розвиток різних компонентів психіки дуже своєрідний: співвідношення наочно-образного і словесно-логічного

мислення непропорційне, писемне мовлення набуває більшого значення в порівнянні з усним.

При *порушенні зору* явища ізоляції чітко виступають у недостатньому зв'язку мовлення і дії, явища генералізації – у дифузному зв'язку між ними. Проте при збереженні інших аналізаторів і інтелектуальних можливостей у цілому досягається високий рівень компенсації.

Для дітей з сенсорними порушеннями, характерне значне відставання в становленні понять – повноцінні поняття формуються на три-п'ять років пізніше, ніж у звичайних дітей.

В.І.Лубовський вказує, що специфічних закономірностей встановлено набагато менше, ніж загальних. Цей факт пояснює ті труднощі, які виникають при диференціальній діагностиці порушень розвитку в дітей.

Особливості пізнавальної діяльності дітей з ОМЗ

За характером поведінки і пізнавальної діяльності діти з ОМЗ відрізняються від своїх однолітків особливостями розвитку. З.І. Калмикова, Ю.К. Бабанський, В. І. Лубовський і ін. відзначають, що у всіх дітей з порушеннями зору, слуху, інтелекту, емоційно-вольової сфери та ін. категорій є загальні закономірності, які слід враховувати при організації навчання:

- незрілість мотивації до навчальної діяльності;
- недостатній рівень пізнавальної активності;
- незрілість емоційно-вольової сфери;
- недостатній розвиток дрібної моторики і просторового орієнтування;
- різні за ступенем і характером порушення мовлення;
- різні за структурою та якісними показниками інтелектуальні порушення;
- сповільнений прийом інформації та неповноцінність способів її переробки;
- знижена працездатність і комунікативні можливості та ін.

Характеристика розумових процесів

На початковому етапі навчання в дітей переважає конкретно-ситуативний тип мислення. Так, недостатній розвиток операцій аналізу, синтезу, узагальнення ускладнює їм виділяти необхідну кількість ознак об'єкта, інтегрувати подібні якості. Їх спостереження здійснюються хаотично, безсистемно. При операції узагальнення вони не можуть виділити головне, спираються на випадкові несуттєві ознаки, не вміють самостійно встановлювати причинно-наслідкові зв'язки.

Характеристика мнестичної діяльності

У всіх дітей з ОМЗ спостерігаються труднощі всіх видів запам'ятовування: мимовільного, довільного, короткочасного і довготривалого. У першу чергу знижені можливості словесного запам'ятовування.

Продуктивність запам'ятовування залежить від пізнавальної активності і довільності психічних процесів, тобто внутрішньої установки на запам'ятовування. Однак властива дітям з ОМЗ підвищена імпульсивність або, навпаки, загальмованість, млявість, повільність, інертність нервових процесів значно знижує швидкість і якість запам'ятовування навчальної інформації. Тому діти потребують постійного повторення пройденого матеріалу.

Характеристика сприйняття

Особливості сприйняття проявляються в недостатній швидкості і поверхневості, фрагментарності сприймаючої інформації. Діти молодшого шкільного віку мають труднощі в розпізнаванні подібних за написанням букв, цифр, геометричних фігур, особливо ускладнено впізнавання предметів на контурних або схематичних зображеннях.

На якість сприйняття впливають погане освітлення, розташування предметів під незвичним кутом зору, часта зміна об'єктів.

Характеристика уваги

Особливості уваги відзначаються у всіх категорій дітей з ОМЗ. Підвищене відволікання, недостатня зосередженість на об'єкті, уповільнене переключення на інше завдання значно знижують працездатність і впливають на мотивацію навчання.

У багатьох дітей увага характеризується як нестійка: швидко фіксується і швидко переключається, тому вони не здатні засвоювати матеріал у повному обсязі і їх дії характеризуються незавершеністю. Інші діти характеризуються повільним включенням у роботу і також повільним перемиканням на іншу діяльність.

Характеристика мовленнєвої діяльності

У всіх дітей з ОМЗ виявлені особливості мовленнєвого розвитку, які проявляються в недостатньому розвитку:

- фонетико-фонематичних процесів (порушення вимови і розпізнавання подібних фонем при сприйнятті мовлення);
- лексико-граматичних засобів мови (обмеженість словникового запасу, семантичні труднощі, низький рівень володіння морфемним складом слів, аграматизм і ін.);
- контекстного мовлення (труднощі планування самостійних висловлювань, вербально-логічних міркувань і ін.).

Недостатній рівень аналітико-синтетичних процесів ускладнює засвоєння звукобуквенного складу слів, що безпосередньо впливає на формування писемного мовлення.

В усному мовленні дітей спостерігаються аграматизми, непослідовність у міркуваннях, повторення слів, фраз і ін.

Узагальнюючи все вище зазначене можна відмітити, що в дітей з ОМЗ спостерігається:

- пізніший розвиток всіх функцій: сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мовлення;
- емоційна незрілість;
- явні труднощі управління своєю поведінкою;
- труднощі соціальної адаптації;
- низький темп роботи і недостатня продуктивність діяльності в цілому.

4. Основи інклюзивної освіти

Відповідно до Конституції України та законодавства в галузі освіти, реабілітації, соціального захисту держава має забезпечити доступність до якісної освіти відповідного рівня дітям з особливими освітніми потребами (ООП) з урахуванням здібностей, можливостей, бажань та інтересів кожної дитини шляхом запровадження інклюзивної освіти.

У сучасній освітній політиці розрізняють декілька підходів до навчання дітей з особливими освітніми потребами. Основні з них: інтеграція, інклюзія.

Термін «інтеграція» походить від латинського слова «integrate» – доповнювати, цілісний. У педагогіці термін «соціальна інтеграція» з'явився у ХХ ст. і застосовувався переважно стосовно проблем расових, етнічних меншин, а з 60-х років термін інтеграція почав означати зусилля, спрямовані на залучення дітей з ООП до навчання в звичайних школах та пристосування їх до умов загальноосвітніх навчальних закладів.

Виділяють декілька типів ***інтеграції***:

Соціальна інтеграція – це залучення дітей з ООП до участі, разом з іншими дітьми, у позакласній діяльності, однак вони не навчаються разом.

Функціональна інтеграція – це такий тип інтеграції, при якому діти з ООП спільно навчаються з дітьми з типовим рівнем розвитку в одній школі. Існує два типи такої інтеграції: часткова і абсолютна.

За *часткової інтеграції* діти з ООП навчаються в окремому спеціальному класі або відділені школи і відвідують тільки окремі

загальноосвітні заходи, тоді як за *абсолютної інтеграції* діти проводять увесь час у загальноосвітніх класах.

При *зворотній інтеграції* діти з типовим рівнем розвитку навчаються в спецшколах.

Спонтанна або неконтрольована інтеграція має місце тоді, коли діти з ОПП навчаються у загальноосвітніх закладах, не отримуючи при цьому належної спеціальної підготовки.

Комбінована інтеграція – для тих дітей, в яких психофізичний розвиток наближений до вікової норми, але їхнє навчання в умовах масового закладу обов'язково має супроводжуватися корекційною допомогою відповідних фахівців, зокрема вчителя-дефектолога спеціального класу.

Часткова інтеграція передбачає перебування дитини з ОМЗ серед своїх здорових однолітків у масовому навчальному закладі лише частину дня (найчастіше другу половину).

Тимчасова інтеграція – за якої всі школярі спеціального класу (закладу) незалежно від стану психофізичного розвитку об'єднуються кілька разів на місяць для проведення спільних заходів.

Інклюзія (від *Inclusion* – включення) – процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціальному житті. Це політика й процес, що дає можливість всім дітям брати участь у всіх програмах.

Термін «інклюзія» є відмінним від терміна «інтеграція» за своїм концептуальним підходом. Зокрема документ «Міжнародні консультації з питань навчання дітей з особливими освітніми потребами» зазначає, що «...інтеграція визначається як зусилля, спрямовані на введення дітей у регулярний освітній простір. Інклюзія – це політика та процес, який дає змогу всім дітям брати участь у всіх програмах». Відмінність у підходах полягає у визнанні того факту, що ми змінюємо суспільство, щоби воно враховувало й пристосовувалось до індивідуальних потреб людей, а не навпаки.

Аби краще зрозуміти особливості інклюзивної системи освіти, варто розглянути процес її становлення за кордоном.

Вперше інноваційну модель навчання було представлено на Всесвітній конференції з освіти осіб з особливими потребами у 1994 р. у містечку Саламанка (Іспанія). Прийняття Саламанкської декларації стало поштовхом для затвердження на законодавчому рівні принципу інклюзивної освіти та прийняття до загальноосвітніх шкіл усіх дітей.

Інклюзія як **соціальна модель** відношення до людей з ООП прийшла на зміну моделі нормалізації (інтеграції), що передбачала залучення дитини до наявної системи навчання, пристосування до неї.

Метою інклюзії, на відміну від інтеграції, є створення умов для особистісного розвитку дітей із особливими потребами, формування освітньо-розвивального середовища для них. Тобто в інклюзивній школі не дитина підлаштовується до вимог освіти, а система навчання змінюється заради дитини. Такий підхід виключає будь-яку дискримінацію й забезпечує доступ до школи усім дітям.

У сучасному світі інклюзивну концепцію застосовують у більшості розвинених країн. За статистичними даними, таке навчання є офіційно закріпленим напрямком освіти в 75% держав. Але механізми впровадження залежать від соціально-економічних умов, освітніх та культурних традицій, тому відрізняються в кожній з країн.

На Міжнародному консорціумі розвитку осіб з особливими потребами (1998) було дано таке визначення інклюзії:

- визнає, що усі діти можуть навчатися;
- визнає та поважає відмінності в дітях: вік, стать, етнічну належність, мову, стан здоров'я тощо;
- є частиною ширшої стратегії розвитку інклюзивного суспільства;
- є динамічним процесом, що постійно розвивається;
- не повинна залежати від величини класу чи браку матеріальних ресурсів.

Інклюзивна освіта – це система освітніх послуг, що ґрунтуються на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права навчатися за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з ООП, зокрема дитини з особливостями психофізичного розвитку, в умовах загальноосвітнього закладу. Інклюзивне навчання забезпечує доступ до освіти дітей з особливими потребами в загальноосвітніх школах за рахунок зростання методів навчання, які враховують індивідуальні особливості таких дітей. В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей, забезпечує рівноцінне ставлення до всіх людей, але створює спеціальні умови для дітей з особливими потребами.

Основна ідея інклюзивної освіти – від соціалізації в школі до соціалізації в суспільство. Спільне навчання має не лише гарантувати право дитини з порушеннями психофізичного розвитку не бути ізольованою від інших, а й забезпечити їй можливість відвідувати ту школу, яку б вона відвідувала, коли б була здоровою.

ЮНЕСКО визначає **інклюзивне навчання** як «процес звернення і відповіді на різноманітні потреби учнів через забезпечення їхньої участі в навчанні, культурних заходах і житті громади, та зменшення виключення в освіті та навчальному процесі».

Тобто це такий спосіб отримання освіти, коли учні або студенти з ООП навчаються в загальному освітньому середовищі за місцем свого проживання, – і це є альтернативою інтернатній системі, за якою вони утримуються та навчаються окремо від інших дітей, або домашньому та індивідуальному навчанню.

Але питання інклюзії варто розглядати не тільки в аспекті створення доступного освітнього середовища для дітей з ООП. Інклюзивна освіта в широкому сенсі передбачає створення рівних можливостей для всіх категорій дітей в Україні. Жодна дитина не має відчувати себе іншою – і це головне завдання інклюзії.

В Україні інклюзивне навчання лише починає впроваджуватися: Закон про інклюзивну освіту був підписаний у липні 2017 року. Інклюзивна освіта – достатньо нове поняття для України, де загальний показник інклюзії тільки 7%.

Серед 700 тисяч українських дітей з інвалідністю в Україні понад 168 тисяч – з ООП. Хоча лише 6% шкіл мають інклюзивні класи, їхня кількість щороку зростає, відколи створено законодавчу базу для інклюзивної освіти.

Згідно звіту Кабінету міністрів, опублікованому на офіційному сайті, в Україні в 2019/2020 навчальному році кількість учнів в інклюзивних класах збільшилася з 11 тисяч 866 осіб до 18 тисяч 546. Крім того, на 60% (з 8 тисяч 417 до 13 тисяч 443) зросла кількість інклюзивних класів.

Основний принцип інклюзивної освіти полягає в тому, що:

1) всі діти мають навчатися разом у всіх випадках, коли це виявляється можливим, не зважаючи на певні труднощі чи відмінності, що існують між ними;

2) навчальні заклади мають визнавати і враховувати різноманітні потреби своїх учнів шляхом узгодження різних видів і темпів навчання;

3) забезпечення якісної освіти для всіх завдяки відповідному навчально-методичному забезпеченню, застосуванню організаційних заходів, розробці стратегії викладання, використанню ресурсів і партнерських зв'язків зі своїми громадами;

4) діти з ООП мають отримувати будь-яку додаткову допомогу, яка може знадобитися їм для забезпечення успішності процесу навчання. Вони є найбільш ефективним засобом, який гарантує солідарність, співучасть, взаємоповагу, розуміння між дітьми з особливими потребами та їхніми ровесниками.

Переваги інклюзивної освіти:

для дітей з особливими освітніми потребами:

- завдяки цілеспрямованому спілкуванню з однолітками поліпшується когнітивний, моторний, мовний, соціальний та емоційний розвиток дітей;
- ровесники відіграють роль моделей для дітей з ООП;
- оволодіння новими вміннями та навичками відбувається функціонально;
- навчання проводиться з орієнтацією на сильні якості, здібності та інтереси дітей;
- у дітей є можливості для налагодження дружніх стосунків зі здоровими ровесниками й участі у громадському житті;
- покращення соціальної компетентності й комунікативних навичок;
- вища академічна успішність (за рахунок більш насичених навчальних програм).

для інших дітей:

- діти вчаться природно сприймати і толерантно ставитися до людських відмінностей;
- діти вчаться налагоджувати й підтримувати дружні стосунки з людьми, які відрізняються від них;
- діти вчаться співробітництву;
- діти вчаться поводитися нестандартно, бути винахідливими, а також співчувати іншим.

для педагогів та фахівців:

- вчителі інклюзивних класів краще розуміють індивідуальні особливості учнів;
- вчителі оволодівають різноманітними педагогічними методиками, що дає їм змогу ефективно сприяти розвитку дітей з урахуванням їхньої індивідуальності;
- спеціалісти (медики, педагоги спеціального профілю, інші фахівці) починають сприймати дітей більш цілісно, а також вчать дивитися на життєві ситуації очима дітей.

Основна ідея інклюзивної освіти – від інтегрування в школі і садочку до інтегрування в суспільство. Спільне навчання має не лише гарантувати право дитини з порушеннями психофізичного розвитку не бути ізольованою від інших, а й забезпечити їй можливість відвідувати ту школу та садок, яку б вона відвідувала, коли б була здоровою. Основний принцип інклюзивного навчання – якомога менше зовнішньої і якнайбільше внутрішньої диференціації.

Інклюзивна освіта передбачає комплексний системний особистісно орієнтований і індивідуалізований стиль навчання, подолання девіацій поведінки та дефіцитарності розвитку, соціалізацію учнів, вимагає вивчення і знання не лише структури

наявного порушення розвитку, а й рівня соціально-побутової адаптованості і комунікативно-пізнавальної діяльності кожного учня. У процесі інклюзивного навчання враховуються перспективи майбутнього розвитку, актуальність засвоєння певної форми соціальної поведінки, індивідуальні уподобання і наміри дітей з ООП.

Виховання та навчання кожної дитини відбувається за певних умов і під впливом інших осіб. Кожному, хто виховує та навчає дітей з ООП, завжди потрібно пам'ятати слова великого вченого І. Павлова: «...Ніщо не залишається непорушним, а все завжди може змінитися на краще. Аби тільки були створені відповідні умови».

Матеріали для самоконтролю

Запитання

1. Охарактеризуйте ступені порушення здоров'я
2. Класифікації відхилень у розвитку
3. Причини порушень психофізичного розвитку
4. Характеристика дітей з обмеженими можливостями здоров'я
5. Які основні особливості дітей з обмеженими можливостями здоров'я?
6. Охарактеризуйте загальні закономірності для усіх типів аномального розвитку
7. Основні завдання розвитку пізнавальної діяльності дітей з обмеженими можливостями здоров'я
8. Суть та принципи інклюзивної освіти
9. Перерахуйте основні здоров'язберігаючі технології при навчанні дітей з обмеженими можливостями здоров'я

Тестові завдання

1. Діти, які мають значні відхилення від нормального психічного і фізичного розвитку, викликані серйозними вродженими чи набутими дефектами і в силу цього потребують спеціальних умов навчання і виховання

- А) діти з відхиленнями у розвитку
- Б) діти з особливостями розвитку
- В) діти з обмеженими можливостями здоров'я
- Г) всі відповіді вірні

2. На думку Виготського Л.С.

- А) розвиток психіки аномальних дітей має свої закономірності,

які відрізняються від розвитку нормальної дитини

Б) розвиток психіки аномальних дітей підкоряється тим же закономірностям, які виявляються в розвитку нормальної дитини

В) розвиток психіки аномальних дітей підкоряється тим же закономірностям, які виявляються в розвитку нормальної дитини лише у випадку незначних відхилень у розвитку

Г) розвиток психіки аномальних дітей підкоряється тим же закономірностям, які виявляються в розвитку нормальної дитини, але має свої особливості

3. Закономірна зміна психічних процесів у часі, виражена в їх кількісних, якісних і структурних перетвореннях

А) психічний розвиток

Б) сензитивний період

В) провідна діяльність

Г) вища психічна функція

4. Час оптимальних термінів розвитку певних сторін психіки

А) психічний розвиток

Б) сензитивний період

В) провідна діяльність

Г) вища психічна функція

5. У цей період розвитку здійснюються основні зміни в психічному розвитку дитини, формуються вікові новоутворення

А) психічний розвиток

Б) сензитивний період

В) провідна діяльність

Г) вища психічна функція

6. Складні системні утворення, які формуються в людини в процесі її розвитку

А) психічний розвиток

Б) сензитивний період

В) провідна діяльність

Г) вища психічна функція

7. Серед найбільш частих патологій у школярів особливе місце займають захворювання

А) серцево-судинної системи

Б) дихальної системи

В) імунної системи

Г) нервової системи і психічної сфери

8. Який відсоток нинішніх школярів можна визнати практично здоровими?

А) 10% Б) 15% В) 20% Г) 25%

9. Використання здоров'язберігаючих технологій дозволяє учителю будувати процес навчання з урахуванням

А) анатоμο-фізіологічних і психічних особливостей організму

Б) індивідуальних особливостей учнів

В) забезпечувати досить високий рівень мотивації

Г) всі відповіді вірні

10. У дітей з особливими потребами спостерігається все із зазначеного за винятком

- А) емоційної незрілості
- Б) пізнішого розвитку всіх психічних функцій
- В) розвиток психіки аномальних дітей підкоряється тим же закономірностям, які виявляються в розвитку нормальної дитини
- Г) труднощів соціальної адаптації

Література

1. Бочарова Е. А. Специальная психология: учебное пособие / под ред. П.И. Сидорова. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2009. С. 17-81.
2. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2011. С.8-12; 56-64.
3. Использование здоровьесберегающих технологий в работе с детьми, имеющими нарушения в развитии: методическое пособие /ТОУНБ им. А. С. Пушкина, Отдел организации обслуживания инвалидов по зрению; МБЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики»; отв. за выпуск А. А. Коваленко. Томск, 2013. С. 3-6.
4. Колупаєва, А. А., Савчук Л.О. Діти з особливими потребами та організація їх навчання: науково-методичний посібник. Вид. доп. та перероблене. Серія «Інклюзивна освіта» К.: 2011. С. 7-32.
5. Основи здорового способу життя студентів: навч. посібник / С. В. Королінська, Н. І. Ізмайлова, П. О. Сіренко, А. О. Аркуша. Харків : НФаУ, 2013. С. 71-79.
6. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва; [За заг. ред. С.П. Миронової]. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.
7. Методические рекомендации по работе с детьми с ограниченными возможностями в условиях дошкольной образовательной организации / [Т. Орусбаева, А. Надирбекова, Д. Дунганова и др.]. Б.: 2015. С. 8-12.
8. Теорія і практика інклюзивної освіти [навчально-методичний посібник] / Упорядник Бондар К. М. [2-ге вид., доп.]. Проект «Підтримка інклюзивної освіти у м. Кривий Ріг», 2019. 170 с.
9. Радионова Л.В. Здоровьесберегающие технологии в дошкольных образовательных учреждениях: Учебное пособие / Л.В. Радионова. Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. гуманит. ун-та, 2011. С. 48-119.

10. Сорокин В. М., Кокоренко В. Л. Практикум по специальной психологии: Учебно-метод. пособ / Под. научн. ред. Л. М. Шипицыной. СПб.: Издательство «Речь», 2003. С. 30-66.

11. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие /Е.А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова и др.; Под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Издательский центр «Академия», 2001. С. 9-13, 278-299.

12. Швед М. Основи інклюзивної освіти: підручник. Львів: Український католицький університет, 2015. 360 с.

13. Хитрюк, В.В. Основы дефектологии: учеб. пособие / В.В. Хитрюк. Мн.: Изд-во Гревцова, 2009. С. 11-54.

РОЗДІЛ 4

Здоров'язберігаючі технології в корекційній роботі з особами із порушеннями зору

1. Порушення зору: причини, види, симптоми, класифікація
2. Особливості психофізичного розвитку дітей з порушенням зору
3. Гімнастика для очей як здоров'язберігаюча технологія
4. Елементи здоров'язберігаючих технологій В. Ф. Базарного

1. Порушення зору: причини, види, симптоми, класифікація

Роль зору у відображенні людиною навколишнього світу виключно велика. Орган зору це найважливіший орган з усіх органів чуттів. Достатньо сказати, що більше 90 % інформації про зовнішній світ ми одержуємо через зоровий аналізатор.

Найбільша кількість вражень про зовнішній світ мозок отримує через зір, який є визначальним у формуванні уявлень про реально існуючі предмети і явища. За допомогою зору пізнаються істотні ознаки різноманітних об'єктів (світло, колір, величина), здійснюється орієнтування в просторі, сприймається образотворче та архітектурне мистецтво, спостерігаються складні зміни в природі.

Зір відіграє величезну роль у розвитку не тільки власне зорових сприйняття, але і просторових уявлень (просторова орієнтування в навколишньому, рухова сфера), оскільки руху розвиваються під зоровим контролем. Зорово-просторові уявлення мають особливо важливе значення для дитини і в процесі її навчання в школі, оскільки оволодіння літерами алфавіту, числовими зображеннями, орієнтацією в географічній карті тощо передбачає певний рівень розвитку зорово-просторових уявлень.

Зір є визначальним у формуванні уявлень дитини про предмети та явища, їх ознаки, просторове взаємовідношення. Отже, роль зору в психічному розвитку дитини неможливо перебільшити.

Порушення зору можуть бути вродженими і набутими.

Вроджені порушення зору обумовлені ушкодженнями або захворюваннями плода під час вагітності або є наслідком спадкової передачі деяких дефектів зору.

Набуті порушення зору бувають наслідком захворювання органів зору – сітківки, рогівки і захворювань центральної нервової системи (менінгіт, пухлина мозку, менінгоенцефаліт), ускладнень після загальних захворювань організму (кір, грип, скарлатина), травматичних ушкоджень мозку або ока.

Розрізняють прогресуючі й непрогресуючі порушення зорового аналізатора. При прогресуючих зорових дефектах відбувається поступове погіршення зорових функцій під впливом патологічного процесу.

Аналіз причин порушень зору показує, що в 92% випадків слабкозорості і в 88% випадків незрячості мають вроджений характер. При цьому серед причин дитячої незрячості помітна тенденція зростання частоти вроджених аномалій розвитку зорового аналізатора. Вроджені захворювання та аномалії розвитку органів зору можуть бути наслідком зовнішніх і внутрішніх факторів. Приблизно 30% з них спадкової природи (вроджена глаукома, атрофія зорового нерву, міопія).

Як генетичні чинники порушення зорової функції можуть виступити: порушення обміну речовин, що проявляється у вигляді альбінізму, спадкові захворювання, які призводять до порушення розвитку очного яблука, спадкова патологія судинної оболонки, захворювання рогівки, вроджені катаракти, окремі форми патології сітківки.

Аномалії зору також можуть виникнути в результаті зовнішніх і внутрішніх негативних впливів, що мали місце в період вагітності. На розвиток плода можуть позначитися патологічний перебіг вагітності, перенесені матір'ю вірусні захворювання, токсоплазмоз, червінка та ін.

Сьогодні більше 50% школярів страждає короткозорістю. За даними МОЗ України, лише за останні 10-15 років значно зросла кількість дітей з патологією органу зору. Близько 840 тис. дітей страждають на різні офтальмологічні захворювання: короткозорість, далекозорість, косоокість, астигматизм, амбліопію (Костецька А. О. 2014).

Згідно досліджень С.І. Стефанишина, у середньому кількість порушень зору серед школярів збільшується з віком і досягає максимуму в старших класах. У молодшому шкільному віці відмічається високий рівень порушень зору (41%). Аналіз ступеня порушень зору виявив переважання учнів із слабким ступенем зниження зору (32%), середній і високий ступінь зниження зору зустрічається значно рідше (7% і 2% відповідно).

За даними ВООЗ, проблеми із зором мають близько 300 мільйонів людей у світі. З них 43% страждають порушеннями рефракції – короткозорістю (міопією), далекозорістю (гіперметропією) та астигматизмом.

Класифікація порушень зору:

- розлад рефракції (під *рефракцією* розуміють заломлення світла в оптичній системі *ока*), яке передбачає пригнічення здатності ока чітко розглядати об'єкти, розташовані на певній дистанції від органу зору;

- розлад акомодациї (акомодация – здатність ока чітко бачити предмети, які знаходяться від нього на різній відстані), що має на увазі, наприклад, пресбіопію, коли людина не може чітко розглянути об'єкти, які знаходяться на різному видаленні;

- розлад периферичного або бокового зору, коли людина не в змозі розгледіти чітко предмети, розташовані по боках від органів зору або не може розглянути рухомі предмети;

- розлад адаптаційної здатності очей, коли, наприклад, зір погіршується при спробі пристосуватися до умов коли швидко змінюється інтенсивність освітлення;

- розлад здатності ока орієнтуватися в умовах сутінків або в затемненому приміщенні. Таке порушення носить в народі назву куряча сліпота.

Найбільш поширені такі види порушення зору:

- Міопія (короткозорість) – порушення зору, коли людина бачить чітко предмети на близькій відстані. Фокусування зображення відбувається перед сітківкою ока, а не на ній, як це повинно бути в нормі. Нечітка картинка виникає при віддаленні предметів.

- Гіперметропія (далекозорість) – порушення зору, при якому очі людини здатні добре бачити об'єкти на далекій відстані. Фокусування здійснюється за сітківкою, через що розмитими стають близько розташовані предмети. Так звана стареча далекозорість розвивається після 40 років через те, що кришталик втрачає свою еластичність.

- Астигматизм (дефокусування). Розлад зору, що настає внаслідок нерівномірного заломлення світла, що поступає до ока через рогівку. Людина бачить предмети нечітко, викривлено, з хибними розмірами. Навіть якщо один предмет видно чітко, сусідній може бути розмитим.

- Стробізм (косоокість) – це стан очей, при якому вони мають різні напрямки погляду, сфокусуватися на одному предметі неможливо. Зазвичай, зір на оці, яке косить – суттєво гірший.

- Скотома (зміни поля зору) – невелика ділянка в полі зору, в якій зір ослаблений або повністю відсутній. При порушенні полів зору на зображенні можуть з'явитися невеликі плями або тіні.

- Амбліопія або «ліниве око» – захворювання, при якому одне з двох очей майже (чи зовсім) не задіяне в процесі зору. Відбувається це в тому випадку, якщо в головний мозок дитини потік зорової

інформації від одного ока різко обмежений, або від правого і лівого ока поступають занадто різні картинки, які мозок не може поєднати в одне об'ємне зображення, тобто зір не є бінокулярним, просторовим.

- *Дальтонізм* – це спадкова, зрідка набута, особливість зору, коли людина не здатна розрізнити один чи декілька кольорів

- *Куряча сліпота* (порушення сутінкового зору). Сприйняття предметів різко порушується з настанням сутінків.

- *Кон'юнктивіт* (запалення ока) супроводжується гнійними виділеннями, підвищеною подразливістю слизової очей і сльозоточивістю.

- *Птоз* (опущення повіка). При цьому дефекті спостерігається повне або часткове опущення повіка.

- *Атрофія зорового нерва* – руйнування волокон зорового нерва. Викликається запальними або дегенеративними процесами.

- *Глаукома*. Хронічне захворювання очей, що характеризується підвищенням внутрішньочного тиску і зниженням гостроти зору, а також особливою формою атрофії зорового нерва.

- *Катаракта*. Це захворювання кришталика, що проявляється у його помутнінні, яке перешкоджає проходженню променів світла в око і призводить до зниження гостроти зору. Катаракта може бути вродженою і набутою (старечою, травматичною, чи як ускладнення при глаукомі, діабеті).

- *Пресбіопія* – це порушення зору, коли кришталик ока поступово втрачає здатність фокусуватися, ускладнюючи чітке бачення предметів, розташованих на близькій відстані. Це не захворювання, а природний процес старіння кришталика ока, який зачіпає всіх – навіть тих, у кого раніше не було проблем із зором. Здається, що він з'являється раптово, але насправді цей процес починається в молодості. Зазвичай симптоми стають помітні у віці від 40 до 45 років і поглиблюються до 60 років.

Рівень порушення зору визначається за ступенем зниження гостроти зору. Гострота зору – здатність очей бачити дві максимально зближені точки окремо. Гостроту зору забезпечують колбочки, які розміщені в центральній ямці жовтої плями сітківки. У тому випадку, коли очі здатні розрізнити букви або знаки, розташовані в десятому рядку офтальмологічної таблиці (відстань до таблиці 5 метрів), їх зір вважається нормальним і відповідає значенню 1,0. Відхилення вниз або вгору від 10 рядка відповідає зміні гостроти зору на 0,1.

Відповідно людина, яка здатна розрізнити найбільші знаки першого зверху рядка, має гостроту зору – 0,1, шостого – 0,6 і т.п.

Для визначення гостроти зору нижче 0,1 використовується підрахунок пальців. Здатність до перерахунку розставлених пальців руки на відстані:

5 м відповідає гостроті зору в 0,09;

2 м – 0,04;

0,5 м – 0,01;

30 см – 0,005.

Здатність до розрізнення світла від темряви відповідає гостроті зору на рівні *світловідчуття*.

Нездатність до розрізнення світла від темряви означає, що гострота зору дорівнює 0.

У залежності від ступеня зниження гостроти зору на оці, яке краще бачить, при використанні окулярів, і відповідно від можливості використання зорового аналізатора в педагогічному процесі виділяють наступні групи дітей:

незрячі – це діти з повною відсутністю зорових відчуттів, або які мають залишковий зір (максимальна гострота зору – 0,04 на оці яке краще бачить з застосуванням звичайних засобів корекції – окулярів), або зберегли здатність до світловідчуття;

абсолютно, або тотально незрячі – діти з повною відсутністю зорових відчуттів;

частково, або парціально незрячі – діти, які мають світловідчуття (здатність до виділення фігури з фону) з гостротою зору від 0,005 до 0,04;

слабозорі – діти з гостротою зору від 0,05 до 0,2. Головна відмінність цієї групи дітей від незрячих: при вираженому зниженні гостроти сприйняття, зоровий аналізатор залишається основним джерелом інформації про навколишній світ і може використовуватися в якості ведучого в навчальному процесі, включаючи читання і письмо.

Залежно від часу настання дефекту виділяють дві категорії дітей:

незрячонароджені – це діти з вродженою тотальною незрячістю або осліплі у віці до трьох років. Вони не мають зорових уявлень, і весь процес психічного розвитку здійснюється в умовах повного випадання зорової системи;

осліплі – це люди, які втратили здатність бачити у віці після 3-х років.

В основі даної класифікації порушень зору лежить наявність часткового або повністю відсутнього уявлення про навколишній світ.

Згідно з міжнародною класифікацією порушень зору, якщо гострота ока яке краще бачить після оптичної корекції менш 0,3, то це

низький зір. Якщо гострота зору нижче 0,05, то людина вважається із слабким зором. Якщо гострота зору нижче 0,02, то такі люди офіційно визнаються незрячими. Діти з залишковим зором, слабозорі і незрячі навчаються в спеціалізованих закладах.

2. Особливості психофізичного розвитку дітей з порушенням зору

Вплив порушення зору на розвиток дитини залежить від ступеня зниження зору, типу розладу, віку, часу погіршення зору, та загального рівня розвитку дитини.

Фізичний розвиток дітей з порушенням зору має деякі відмінності, які виділяють цих дітей серед інших. Особливостями фізичного розвитку дітей, що мають проблеми із зором, наступні: дитина відрізняється від своїх однолітків меншою рухливістю, при цьому її рухи невмілі, зважаючи на те що у неї присутні проблеми з координацією. Вправи виконують повільніше, ніж звичайні діти, при цьому страждає спритність їх виконання. Рухи можуть бути неточними, неритмічними. Діти, що мають порушення зору, погано тримають рівновагу, повільні, не такі сильні та витривалі, як здорові.

Часто у дітей з патологією зору діагностують проблеми постави, викривлення хребта, наявність асиметрії різних частин тіла. Міміка, жести і зоровий контакт з іншими людьми сильно обмежені, у деяких випадках відсутні повністю. Таким дітям важко орієнтуватися в просторі, через це вони ведуть малорухливий спосіб життя. Це, у свою чергу, викликає слабкість м'язів (м'язову гіпотонію).

Особливість розвитку немовлят з порушенням зору – відсутність хапального рефлексу. Такі діти не тягнуться до предметів, пізно починають повзати, стояти і ходити. Побоюючись забиття голови, вони повзають ногами вперед. Навик ходьби у них формується на 2-3 роки пізніше, ніж в однолітків.

Психологія дітей з вадами зору багато в чому відрізняється від стану здорової дитини. Особливості дітей з порушенням зору помітні з перших хвилин перебування дитини в колі однолітків, які не мають патологій зору.

На психіці дитини позначається час формування зорової патології, її тяжкість, наявність супутніх захворювань, ефективність лікування і ситуація в родині. Чим раніше з'являється дефект зору, і чим більше він виражений, тим сильніше порушується психічний розвиток.

У дітей з порушенням зору на формування особистості впливають фізіологічні і соціальні чинники: гіпо- і гіперопіка,

несприятливе соціальне оточення або умови сім'ї, обмежена можливість доступу до спілкування та отримання інформації.

Особливості відчуття та сприйняття. У незрячих дітей утрачена функція зорового аналізатора компенсується за рахунок активної діяльності збережених аналізаторів – слухового, рухового, тактильного тощо.

При зоровій депривації ослаблені зорові відчуття, а сприйняття зовнішнього світу обмежене. Ці утруднення позначаються на ступені повноти, цілісності образів предметів, які відображаються, і дій, але вони можуть тільки змінити тип сприйняття, але не впливають на фізіологічний механізм сприйняття. Залежно від ступеня ураження зорових функцій порушена цілісність сприйняття.

Велике значення для сприймання та пізнання навколишнього в незрячих і слабозорих має дотик. Тактильне сприймання забезпечує отримання комплексу різних відчуттів (торкання, тиснення, рух, тепло, холод, біль, фактура матеріалу) і допомагає визначити форму, розміри, установити пропорційні відношення. Відчуття, що сприймаються нервовими закінченнями шкіри та слизовими оболонками, передаються в кору головного мозку, у відділ пов'язаний з роботою рук і кінчиків пальців. Так незрячі вчаться бачити руками і пальцями.

У слабозорих домінує зорово-рухово-слухове сприйняття. У незрячих і дітей із залишковим зором основні форми сприйняття – дотиково-рухове та зорово-рухово-слухове. Порушення зорового аналізатору призводить до утворення нових зв'язків між аналізаторами, зміни домінування інших сенсорних систем. Проте яка б сенсорна система не домінувала в пізнанні навколишнього світу в осіб з порушеним зором, вона відображає взаємодію різних аналізаторів, їх взаємний вплив у процесі формування образів та є знанням про навколишній світ у формі відчуттів, думок.

Слабозорим дітям важко сприймати предмети на відстані і ті, що рухаються, а також великі та дрібні за розміром, тому багато чого залишається поза увагою цих дітей та збіднює уявлення про навколишній світ.

Особливості пам'яті. Незрячі та слабозорі діти вимушені запам'ятовувати й утримувати в пам'яті таку кількість інформації, яку не треба пам'ятати людині, яка добре бачить. Тому зазвичай у незрячих і слабозорих людей обсяг пам'яті великий. Систематизація, класифікація, групування матеріалу та створення умов для його чіткого відтворення є передумовами розвитку пам'яті при порушеннях зору.

Розглядаючи специфічні особливості пам'яті слабозорих,

А.Г. Літвак (1998) відзначає, що дефекти зорового аналізатора, порушуючи співвідношення основних процесів збудження та гальмування, негативно впливають на швидкість запам'ятовування. Швидке забування засвоєного матеріалу пояснюється не тільки недостатньою кількістю або відсутністю повторень, але і недостатньою значущістю об'єктів та понять, які їх позначають, про які діти з порушенням зору можуть одержати тільки вербальне знання. Обмежений обсяг, понижена швидкість та інші недоліки запам'ятовування дітей з порушенням зору мають вторинний характер, тобто обумовлені не самим дефектом зору, а відхиленнями, що викликаються ними, у психічному розвитку.

У дітей з порушенням зору збільшується роль словесно-логічної пам'яті. Виявлене слабке збереження зорових образів і зниження обсягу довготривалої пам'яті. Обсяг короточасної слухової пам'яті у всіх категорій дітей з порушенням зору високий. Образи пам'яті незрячих за відсутності підкріплення мають тенденцію до швидкого згасання. Значущість вербальної інформації для дітей з порушенням зору виконує особливу роль в його збереженні. З віком відбувається перехід від мимовільного виду пам'яті до довільного. Погіршення рухової пам'яті спостерігається в хлопчиків у 10-11 та 14-15 років, у дівчаток 12-15 років.

Процес впізнавання в слабозорих залежить від того, наскільки повно був сформований раніше образ об'єкту, який сприймався. У слабозорих відзначається відставання в правильності впізнавання, специфічності сприйняття, для них властива велика кількість помилок, відсутність уміння виділяти і характеризувати властивості цілого образу. Проте включення збережених аналізаторів у процес впізнавання сприяє його результативності. Процеси пам'яті (збереження і забування) залежать від якості засвоєння матеріалу, його значущості для індивіда, числа повторень, типологічних особливостей особистості.

Особливості уваги. Через нестачу зору порушена мимовільна увага (вузький запас знань та уявлень). Зниження довільної уваги обумовлене порушенням емоційно-вольової сфери і веде до розгальмованості – низькому обсягу уваги, хаотичності, тобто не цілеспрямованості, переходу від одного виду діяльності до іншого, або, навпаки, до загальмованості дітей: інертності, низькому рівню перемикання уваги. Увага часто перемикається на другорядні об'єкти. Неуважність дітей нерідко пояснюється перевтомою через тривалу дію слухових подразників. Тому в дітей з патологією зору стомлення настає швидше, ніж в однолітків, що бачать нормально. Треба враховувати те, що увага незрячих і слабозорих підкоряється тим же

законам, що і в дітей із збереженим зором, і може досягати того ж рівня розвитку. Виховання уваги і формування уважності здійснюється на тій же основі і тими ж способами, що і в масовій школі.

У дітей з порушеннями зору наявне переважання слухової уваги над зоровою, а також відмічаються значні труднощі формування довільної уваги. Важливо зазначити, що всі якості уваги (активність, спрямованість, обсяг, розподіл, переключення, інтенсивність, стійкість) знаходяться під впливом порушень зору, але здатні до високого розвитку, який може перевищувати рівень дітей, які добре бачать.

Особливості мислення. Формування таких операцій мислення, як синтез, аналіз, порівняння, класифікація, узагальнення, відбувається в слабозорих дітей пізніше, ніж у дітей із збереженим зором. Труднощі встановлення змістовних зв'язків і відставання в розвитку зазначених операцій обумовлені недостатнім розвитком наочно-дієвого й наочно-образного мислення. Проте пряма залежність між ступенем порушення зору та рівнем розвитку пізнавальної діяльності не спостерігається.

Діти з порушенням зору не мають нагоди сприймати навколишню ситуацію в цілому, їм доводиться аналізувати її на підставі окремих ознак, які доступні їх сприйняттю. Тифлопсихологи зазначають, що діти з порушенням зору проходять ті ж стадії розвитку мислення та приблизно в тому ж віці і можуть вирішувати задачі, не спираючись на зорові сприйняття. При збереженому інтелекті розумові процеси розвиваються так, як у однолітків, із збереженим зором. Проте спостерігаються деякі відмінності. У дітей з порушенням зору звужені поняття про навколишній світ (особливо в дітей молодших класів), думки і висновки можуть бути не цілком обґрунтовані, оскільки реальні суб'єктивні поняття недостатні або спотворені.

У дітей з порушеннями зору наявна дисгармонія у взаємодії чуттєвих та інтелектуальних функцій. Так, переважанням словесно-логічної форми пізнання над чуттєвою можна пояснити тим, що незрячі діти мають іноді досить великий запас абстрактно-словесних, формально правильних, але не наповнених конкретно-предметним змістом знань, спостерігається також певне відставання в розумінні слів з конкретним значенням.

Особливості мовлення. Мовленнєві порушення в дітей із зоровим дефектом різноманітні, складні та пов'язані з мовленням як цілісною системою. Це пояснюється значною мірою тим, що формування мовлення таких дітей відбувається в значно складніших

умовах, ніж у дітей із нормальним зором. Серед них частіше зустрічаються діти з вродженими формами зорової аномалії, що призводить до порушення інших функцій, що безпосередньо пов'язані з формуванням мовлення.

Особливості мовлення проявляються в складності встановлення предметної співвіднесеності слова й образу, розуміння конкретного значення слів, використання понять у мовленні.

Через погіршення зору зменшується кількість рухової активності дітей, і вони сприймають навколишнє середовище за допомогою слуху, а не артикуляційно-наслідувально. Діти, які не мають порушень зору, бачать, як слово вимовляється, наслідують рухи губ, язика, щелеп і краще вимовляють те, чого не чують або не вловлять на слух. Оскільки дітям, які бачать погано, не може допомогти зір у сприйнятті складних звукосполучень, то вони нерідко починають говорити пізніше.

Мовленнєві порушення дітей із вадами зору зустрічаються значно частіше, ніж у тих, які мають нормальний зір.

Діти із порушенням зору відстають у формуванні мовленнєвих навичок, накопиченні мовних засобів і чітких рухів. У дітей із порушеннями зору обмежені візуальні можливості контролю за мовленнєвими і немовленнєвими засобами спілкування.

Особливості емоційно-вольової сфери. У незрячих дітей відзначається своєрідність емоційно-вольової сфери. Своєрідність характеру і поведінки проявляється у невпевненості, пасивності, схильності до самоізоляції, з іншого боку – підвищеній збудливості, дратівливості, що переходить в агресивність. У деяких незрячих дітей спостерігаються порушення працездатності, що може проявлятися в зниженні виконання обсягу завдань, появи помилок.

Незрячі та слабозорі діти є найбільш вразливими, особливо за шкалою самооцінки. Водночас слабозорі діти є більш тривожними та емоційними, ніж незрячі діти. Їм властивий страх перед невідомим простором і невідомими предметами. Це саме стосується і знайомства з іншими людьми. Їхні емоції мало виражаються через міміку, жести, пози, в основному це відбувається через інтонацією, тембр і гучність голосу. Вони дуже добре відчують емоційний стан співрозмовника.

Особливості сприйняття простору дітьми з порушеннями зору

Несформованість просторового орієнтування в дітей з глибокими порушеннями зору є однією з причин, що викликають не лише труднощі у володінні знаннями, але і обумовлює низький рівень соціальної адаптації цієї категорії дітей, зниження їх мобільності і контактності з навколишнім світом.

Просторове орієнтування – це сприйняття і віддзеркалення людиною різних ознак навколишніх предметів за допомогою взаємозв'язаної діяльності системи аналізаторів.

Відомо, що орієнтування в просторі, куди, у першу чергу, відноситься орієнтування у таких координатах, як верх-низ, правеліве, є комплексним процесом. У ньому, окрім симультанного зорового сприйняття, яке здійснюється з урахуванням диференційованих рухів очей, беруть участь вестибулярний аналіз і синтез (що значною мірою становить їх елементарну фізіологічну основу), а також ті кінестетичні сигнали, які йдуть від провідної (правої) руки і надають простору, в якому живе людина асиметричність. Ось чому орієнтація в просторі лише умовно може розглядатися серед вищих зорових функцій.

Недоліки в розвитку просторового орієнтування, наявні в дітей з порушеннями зору, надалі можуть вплинути на їх самостійність і активність в усіх сферах життя. Недостатність просторових представлень у дітей із зоровою патологією проявляється в порушенні схеми тіла. Вони утруднюються в розумінні прийменників і прислівників, що відображають просторові стосунки. З цього виходить, що орієнтування в просторі – одна з актуальних і важливих проблем, що входять у сферу соціальної адаптації дітей з порушеннями зору.

Формування представлень у дітей з порушенням зору здійснюється уповільнено і інформативно бідніше, ніж у дітей із нормальним зором. При зоровій орієнтації в навколишньому світі процеси аналізу і синтезу протікають у таких дітей так само, як і при нормальному зорі. Спочатку вони виділяють окремі ознаки і властивості, що характеризують предмет, роблять спроби до аналізу, порівняння їх, а потім роблять висновок, але на цьому і закінчується схожість.

При загальному орієтуванні в приміщенні і, особливо при орієтуванні у великому просторі, залишковий зір надає неоцініму допомогу, ставлячи практично незрячого, у порівнянні із незрячим, у незрівнянно вигідніші умови, чим істотно розширює його трудові можливості.

Недоліки в розвитку просторового орієтування, наявні в дітей з порушенням зору, обмежують надалі їх самостійність і активність в усіх сферах діяльності. Невміння орієтуватися в просторі веде до постійної залежності від зрячих людей, позбавляє можливості дітей з важкими порушеннями зору продовжувати навчання, спілкуватися з друзями та зовнішнім світом взагалі. Таким чином, не маючи навичок орієтування в просторі, порушується нормальний

повноцінний зв'язок між слабозорими і довкіллям. Останнє може виразитися в своєрідності прояву емоційних адаптаційно-поведінкових реакцій, комунікативних стосунків, пізнавальної і рухової діяльності. Незадоволена потреба в пізнанні негативно впливає на психічний і фізичний стан таких дітей. Вони часто втрачають інтерес до навчання, самоудосконалення, стають байдужими до навколишніх подій, проявляють рухову пасивність. Просторове орієнтування слабозорих – проблема і психологічна, і педагогічна.

Таким чином, у дітей, що розвиваються в умовах норми, рівень сформованості опанування компонентами просторової орієнтації розвинений краще, ніж у дітей з порушеннями зору. Практично всі діти з порушеннями зору зазнають труднощі в локалізації об'єктів, що знаходяться в просторі, визначенні напрямів, просторових стосунків між предметами, самостійному практичному орієнтуванню в просторі, погано розуміють слова, що відображають просторові характеристики.

Особливості навчання

Зорові сприйняття тих дітей, які частково бачать уповільнені: вони сприймають предмети не за соті частки секунди, як зрячі, а за більш тривалий час, іноді до 5 секунд. У той же час ті діти, які частково бачать, сподіваючись на залишковий зір, не тренують інші органи чуття для використання їх у просторовій орієнтації. Таким чином вони можуть опинитися навіть у гіршому положенні, ніж тотально незрячі, оскільки швидкість взаємодії з предметами за допомогою дотику і слуху в тотально незрячих значно вища, ніж у частково незрячих, за допомогою слабкого залишкового зору.

При деяких захворюваннях очей практично при повній втраті зору, із гостротою зору в дві сотих і навіть нижче, діти здатні розглядати дрібні предмети і навіть читати звичайний шрифт, якщо при доброму освітленні вони тримають книгу або предмет на відстані приблизно трьох-п'яти сантиметрів від очей. Але такий розгляд може безболісно тривати протягом декількох хвилин, після чого настає різке стомлення зору. Зважаючи на це усім практично незрячим робота під контролем зору беззастережно протипоказана.

Дітям, які мають порушення зору, якомога раніше потрібно надати допомогу, аби вони отримали користь від ранніх програм втручання. Комп'ютерні технології, оптичні та відео засоби можуть допомогти дітям з порушеннями зору різної складності під час звичайних шкільних занять. Для них існують друковані великим шрифтом навчальні матеріали, книжки зі шрифтом Брайля та на плівці. На допомогу слабозорим крім звичайних надаються спеціальні

оптичні засоби корекції зору (телескопічні окуляри, контактні лінзи, лупи, проектори), створюється підвищена освітленість у навчальних приміщеннях (сила світла 500-700 кандел (кд)).

Учням з порушеннями зору може знадобитися додаткова допомога як то: спеціальне обладнання, розвиток навичок слухання, комунікації, орієнтування, мобільності, допомога в професійному становленні, у повсякденному житті.

Дітям зі зниженим зором може знадобитися допомога у розвитку навичок використання залишків зору. Педагогам, які працюють з дітьми, які мають порушення зору, треба пам'ятати, що для незрячих дітей основним каналом для отримання інформації є слух, тому важливо забезпечити можливість використання аудіозаписів, можливість дитини сидіти ближче до вчителя. Учитель повинен висловлюватись чітко і розбірливо, а демонструючи малюнок, схему чи таблицю, робити чіткі пояснення.

3. Гімнастика для очей як здоров'язберігаюча технологія

З метою профілактики порушень зору, науковці в галузі дитячої офтальмології та гігієністи в комплекс здоров'язберігаючих технологій рекомендують включати наступні неспецифічні загальнооздоровчі комплекси в процесі фізкультурно-оздоровчої діяльності: релаксаційні вправи для зняття зорового навантаження під час фізкультхвилинок на початку уроків; спеціальні вправи для тренування окорухових і акомодаційних м'язів під час фізкультхвилинок в середині уроків; спеціальні зорові ігри для вдосконалення зорових функцій у групах продовженого дня.

Науковці Л. Вавіна, С. Стефанишин рекомендують під час упровадження здоров'язберігаючих технологій у профілактиці порушень зору в школярів урахувувати вікові, психолого-педагогічні особливості, що характеризуються наступною спрямованістю:

- введенням спеціальних вправ для тренування окорухових м'язів;

- введенням релаксаційних вправ у режимі навчального дня школярів для зняття фізичного та психічного напруження, відновлення працездатності;

- введенням спеціальних вправ для тренування циліндричних (акомодаційних) м'язів ока;

- введенням точкового масажу для профілактики зорової і загальної втоми;

- введення спеціалізованих зорових ігор з метою вдосконалення зорових функцій, формування інтересу до занять гімнастики для очей.

Зорова гімнастика – це одна з форм профілактики та корекції

порушень зору, запобігання перевтомі зорового апарату. Спеціальні вправи для очей ґрунтуються на рівномірному чергуванні тренувань очних м'язів з повноцінним відпочинком зорового апарату. Виконуючи такі нескладні вправи щодня, можна не лише зберегти зір, а й відновити його повноцінне функціонування.

Гімнастика для очей – це одна зі здоров'язбережувальних технологій, поряд з дихальною гімнастикою, самомасажем, динамічними паузами тощо.

Гімнастика для очей – система вправ, яка розрахована на підтримування оптимального тону м'язів ока. Суть вправ – профілактика та відновлення після погіршення зору, відновлення м'язів ока після тривалої напруженої роботи пов'язаної з напруженням зору.

Гімнастика для очей обов'язково необхідна тим, хто страждає на короткозорість і далекозорість і тим хто має спадкову схильність до порушень зору. Також фізичні вправи для очей варто робити, коли відчувається втома та перенапруга зорового нерву, наприклад, під час тривалої роботи за комп'ютером чи перегляду телевізора. Вправи для поліпшення зору протипоказано робити після операції на очах; при відшаруванні сітківки; якщо є сильна короткозорість.

Основна мета, яку переслідує гімнастика для очей для дітей – тренування м'язів органів зору. Саме від них залежить, наскільки добре буде бачити дитина надалі і чи не буде у неї проблем із зором у школі. Спеціально розроблені комплекси вправ покликані:

- заспокоїти нервову систему дитини;
- допомогти мозку переробити інформацію, отриману через органи зору;
- полегшити очам навантаження, зняти втому, дати їм відпочити;
- уповільнити і навіть зовсім зупинити падіння зору.

Щоденні заняття, рекомендовані офтальмологами, принесуть помітну, відчутну користь дітям. Тим більше, якщо врахувати той факт, що зір формується аж до 12 років.

Комплекси вправ рекомендується виконувати в наступних випадках:

- далекозорість;
- короткозорість;
- астигматизм;
- якщо є проблеми із зором у батьків (спадкова схильність);
- якщо дитина регулярно грає в комп'ютер, планшеті, довго переглядає телевізійні передачі та ін.

Гімнастика для очей є найбільш доступним методом для профілактики порушення зору в молодших школярів, оскільки, якщо навчити дитину в ранньому віці робити ці вправи, це стане дуже корисною звичкою. Якщо в дитини вже є які-небудь порушення зору, то зорову гімнастику необхідно виконувати обов'язково. Регулярні вправи для очей призупинять падіння зору.

Найбільш ефективно відновленню нормального зору сприяють спеціальні вправи, причому незалежно від характеру наявних порушень (короткозорості, далекозорості).

Одним із заходів профілактики захворювань органів зору пропонується систематичне виконання школярами комплексів гімнастичних вправ.

Програма з профілактики порушень зору в школярів передбачає комплекси наступної спрямованості:

1. Релаксаційні вправи, спрямовані на зняття зорового навантаження і відновлення працездатності: вправа «Пальмінг» за методикою У.Г. Бейтса; вправа з перевіркою таблицю Головіна-Сівцева; вправа «Великі повороти».

2. Спеціальні вправи для тренування акомодційних м'язів: вправа з переключенням погляду з ближнього на дальній об'єкт і навпаки за методикою «Мітка на склі».

3. Точковий масаж і гімнастика-йога для очей. Комплекси гімнастики-йоги для очей необхідно використовувати в середині уроку (читання, письма і математики) під час фізкультхвилинок.

З літературних джерел відомо, що існує різноманітна кількість вправ, які сприяють профілактиці зорового навантаження. Серед учених, які приділяли даному питанню увагу, можна відзначити У.Г.Бейтса, М.Д. Корбет, А.Г.Хрипкову, С.Шенкмана та ін.

З метою профілактики захворювань органів зору гімнастичні вправи виконуються за У.Г. Бейтсом під час втоми очей на уроках, під час роботи біля комп'ютера і т.п. Існує декілька варіантів комплексів гімнастичних вправ для очей, які мають на меті зняття зорового напруження, зміцнення зорових м'язів тощо.

Гімнастика для очей за У.Г. Бейтсом

Перші вправи для збереження зору були створені задовго до нашої ери. Йоги, створюючи комплекси для всього тіла, не забули і про наші очі. Вони точно знали, що для якнайкращого результату потрібне не лише тренування, але і повноцінний відпочинок. Великий об'єм інформації, який ми «поглинаємо» щодня, вимагає від наших очей майже постійної напруги, і, природно, вони втомлюються.

Багато проблем із зором виникають саме від перенапруження внаслідок чого можуть з'явитися такі симптоми, як сухість очей,

почервоніння, погіршення зору вдаль. У.Г. Бейтс і його учениця М.Д. Корбет, створили йогівський комплекс, і вправи щодо збереження зорових функцій. Перед початком потрібно уважно прочитати опис вправи. Якщо написано, що рух має бути плавним – це важливо. Якщо подані рекомендації про те, як слід дихати, зверніть на них увагу. Не забувайте про ці «дрібниці» і тоді вправи й відпочинок стануть найбільш ефективними.

Відпочинок – Пальмінг

1. Сядьте прямо, заспокойтеся.

2. Прикрийте очі так: середина долоні правої руки повинна знаходитися напроти правого ока, те ж саме з лівою рукою. Долоні повинні лежати м'яко, не потрібно з силою притискувати їх до обличчя. Пальці рук можуть перехрещуватися на лобі, можуть розташовуватися поруч – як зручніше. Головне, щоб не було «щілок», через які проникає світло.

3. Коли ви у цьому впевнилися, опустіть повіки.

4. Тепер опустіть лікті на стіл. Головне, щоб шия і хребет знаходилися майже на одній прямій лінії.

5. Перевірте, щоб ваше тіло не було напружене, руки, спина і шия мають бути розслаблені.

6. Дихання має бути спокійним.

7. Тепер спробуйте пригадати що-небудь приємне, наприклад, як ви відпочивали на морі, як вас поздоровляли з днем народження. Можна робити цю вправу під музику.

8. Після виконання вправи поступово опустіть долоні, дайте заплющеним очам звикнути до світла, і лише потім їх відкривайте.

Вправу можна виконувати і на роботі, влаштовуючи собі короткі перерви. Навіть за 10-15 сек. ваші очі встигнуть трохи відпочити. Але, звичайно, буде краще, якщо ви виділите для розслаблення хоча б декілька хвилин.

«Письмо носом»

Ця вправа має на меті розслаблення м'язів очей та шиї. Напряга в цій області порушує правильне живлення очей. Вправу можна виконувати лежачи, стоячи, але краще всього сидячи.

1. Розслабтесь. Заплющіть очі. Уявіть, що кінчик носа – це ручка, якою можна писати.

2. Тепер пишть (або малюйте) у повітрі своєю «ручкою». Що саме, не важливо.

3. Напишіть різні букви, назви міст або країн, невеликий лист улюбленій людині. Намалюйте будиночок з димом із труби, просто кружечок або квадратик.

Якщо ви хочете трохи розслабити очі, сидячи прямо на робочому місці, можете уявити, що пишете не ручкою, а кінчиком голки на голівці шпильки.

«Крізь пальці»

Розслаблення очей може бути досягнуте за рахунок того, що ви дивитесь, не концентруючись на чомусь одному. Щоб зняти з очей напругу, вам пропонується ця вправа. Її можна виконувати сидячи, лежачи, стоячи.

1. Зігніть руки в лікті так, щоб долоні знаходилися трохи нижче рівня очей.

2. Розімкніть пальці.

3. Робіть плавні повороти головою вправо-вліво, при цьому необхідно дивитися крізь пальці, вдаль, а не на них. Хай погляд ковзає, не затримуючись на чомусь одному. Якщо ви робите все правильно, руки «пропливатимуть» мимо вас: вам повинно здаватися, що вони рухаються.

4. Виконуйте по чергово три повороти з розплющеними очима і три із заплющеними, при цьому навіть заплющені очі повинні ні на чому «не затримуватися» поглядом.

5. Зробіть вправу 20-30 разів, дихайте при цьому вільно, не напружуйтеся. Якщо ж ви все-таки не можете добитися ефекту руху, спробуйте зробити так. Підніміть вказівний палець, він повинен «дивитися» вгору, а ваш ніс повинен його торкнутися. Заплющіть очі і повертайте голову вправо-вліво так, щоб ніс, минаючи мимо пальця, торкався його. Не припиняючи повертати голову, розплющуйте очі.

Вправи для підтримки, відновлення і поліпшення зору:

1. Шторки

Швидко і легко кліпайте 2 хвилини. Сприяє покращенню кровообігу.

2. Дивимося у вікно

Робимо точку з пластиліну і ліпимо на скло. Вибираємо за вікном далекий об'єкт, кілька секунд дивимося вдалину, потім переводимо погляд на точку. Пізніше можна ускладнити навантаження – фокусуватися на чотирьох різновіддалених об'єктах.

3. Великі очі

Сидимо прямо. Міцно заплющивши очі на 5 сек., потім широко відкриваємо їх. Повторюємо 8-10 разів. Зміцнює м'язи повік, покращує кровообіг, сприяє розслабленню м'язів очей.

4. Масаж

Трьома пальцями кожної руки легко натисніть на верхні повіки, через 1-2 сек. зніміть пальці з повік. Повторіть 3 рази. Покращує циркуляцію внутрішньоочної рідини.

5. Гідромасаж

Двічі в день, вранці та ввечері, обполіскувати очі. Вранці – спочатку відчутно гарячою водою (не обпалюючи очей!), Потім холодною. Перед сном все в зворотному порядку: промиваємо холодною, потім гарячою водою.

6. Малюємо картинку

Заплющіть очі на кілька хвилин і уявіть щось приємне. А якщо потерти долоні рук і прикрити очі теплими долонями, схрестивши пальці на середині чола, то ефект буде ще кращим.

7. «Стріляти очима» (як на рис.)

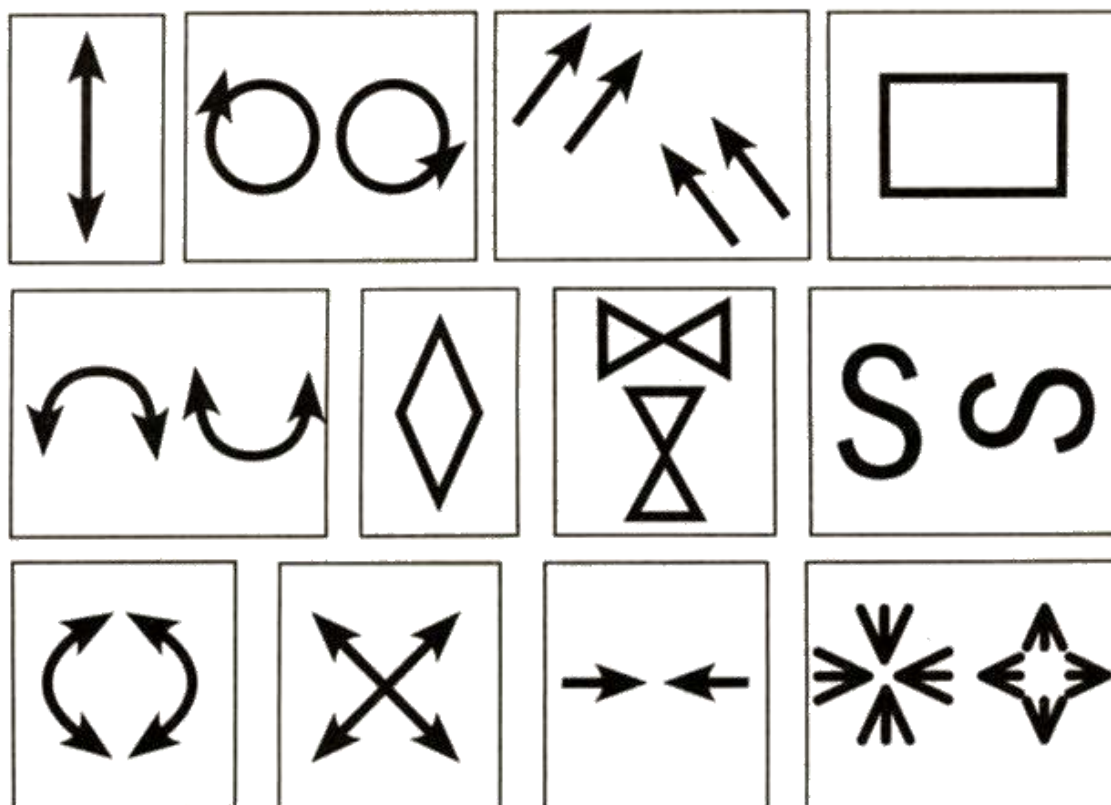


Рис. Малюємо очима

- Дивимося вгору-вниз з максимальною амплітудою.
- Малюємо коло за годинниковою стрілкою і назад.
- Малюємо очима діагоналі.
- Малюємо поглядом квадрат.
- Погляд йде по дузі – опуклій і увігнутій.
- Обводимо поглядом ромб.
- Малюємо очима бантики.
- Малюємо букву S – спочатку в горизонтальному положенні, потім у вертикальному.

- Креслимо очима вертикальні дуги, спочатку за годинниковою стрілкою, потім – проти.
- Переводимо погляд з одного кута в інший по діагоналях квадрата.
- Зводимо зіниці до перенісся щосили, наблизивши палець до носа.
- Часто-часто кліпаємо повіками – як метелик махає крильцями.

Вправи для зняття зорової втоми

1. Міцно заплющити очі на 3-5 сек., відкрити їх на 3-5 сек. Повторити 6-8 разів.

Ця вправа знімає втому, зміцнює м'язи повік, сприяє поліпшенню кровопостачання, розслабленню м'язів ока.

2. Швидко кліпати протягом 1-2 хвилини.

Ця вправа сприяє збільшенню кровообігу.

3. Дивитися вдалину прямо перед собою 2-3 сек.

Поставити палець правої руки до середньої лінії обличчя, напроти перенісся перенести на відстань 25-30 см від очей. Перевести погляд на кінець пальця і дивитися на нього двома очима 3-5 сек. Опустити руку. Повторити 10-12 разів.

Ця вправа знімає втому акомодацийного м'яза, полегшує роботу на близькій відстані.

4. Заплющити очі. Проводити їх масаж за допомогою кругових рухів пальців протягом однієї хвилини.

Вправа знімає спазми м'язів очей і покращує кровопостачання.

5. Поставити палець правої руки на середню лінію обличчя, на відстані 25-30 см від очей. Дивитися двома очима на кінець пальця 3-5 сек. Закрити долонею лівої руки ліве око на 3-5 сек. Прибрати долоню, подивитися двома очима на кінець пальця 3-5 сек. Повторити вправу при фіксації пальця лівої руки прикриваючи праве око. Вправа покращує працездатність обох очей.

6. Голова нерухома. Підняти наполовину зігнуту праву руку в бік. Повільно вказівний палець переміщати справа наліво і зліва направо, стежити очима за пальцем. Повторити 10-12 разів. Вправа зміцнює м'язи ока горизонтальної дії і удосконалює їх координацію.

7. Одночасно трьома пальцями лівої руки злегка натиснути на верхню повіку лівого ока і трьома пальцями правої руки злегка натиснути на верхню повіку правого ока. Через 1-2 секунди зняти пальці з повік. Повторити 3-4 рази.

8. Дивіться в далечінь перед собою 2-3 сек. Потім переведіть погляд на кінчик носа на 3-5 сек. Повторити 6-8 разів.

Вправа розвиває вміння затримувати погляд на близькій відстані.

9. Голова нерухома. Підняти напівзігнуту праву руку вгору.

Повільно переміщати палець зверху вниз і стежити за ним очима. Повторити 10-12 разів. Вправа зміцнює м'язи очей вертикальної дії і вдосконалює їх координацію.

10. Голова нерухома. Витягнути наполовину зігнуту руку вперед і вправо. Виконувати рукою на відстані 40-50 см від ока повільні кругові рухи за годинниковою стрілкою і стежити при цьому очима за кінцем пальця. Виконати цю вправу лівою рукою, роблячи кругові рухи проти годинникової стрілки. Повторити 3-6 разів. Вправа розвиває координацію руху очей і зміцнює вестибулярний апарат.

11. Голова нерухома. Подивитися очима вгору, а потім вниз. Подивитися в праву сторону, а потім у ліву. Повторити 6-8 разів.

Вправа розвиває здатність до складних рухів очей.

12. Голова нерухома. Подивитися очима вгору. Зробити ними кругові рухи за годинниковою стрілкою, проти годинникової стрілки. Повторити 3-6 разів.

Вправа розвиває складні рухи очей і підвищує стійкість вестибулярних реакцій.

13. Голова нерухома. Підняти очі вгору, опустити вниз. Подивитися очима направо, а потім наліво. Повторити 6-8 разів.

Вправа розвиває здатність очей до статичної напруги.

14. Ноги поставити на ширину плечей. Голову опустити, подивитися на носок лівої ноги (зафіксувати точку). Підняти голову, подивитися в правий верхній кут кімнати. Опустити голову, подивитися на носок правої ноги. Підняти голову подивитися у верхній лівий кут кімнати. Повторити 3-6 разів.

Вправа покращує координацію рухів очей і голови.

15. Витягнути руки вперед на ширину плечей на рівні очей. Подивитись у правий верхній кут кімнати. Перевести погляд на кінчики пальців лівої руки. Подивитися у верхній лівий кут кімнати. Перевести погляд на кінчики пальців правої руки.

16. Встати перед дзеркалом. На відстані 25 см на рівні очей, на вікні прикріпити мітку (діаметром 2-3 см). По черзі фіксувати то мітку, то який-небудь об'єкт за вікном, який знаходиться на рівні позначки не менше ніж один метр. Перші три дні тривалість вправи – 3 хвилини, а потім 3 дні по 5 хвилин і 7 хвилин кожен наступний день.

Вправа розвиває здатність оцінювати відстань і координує роботу внутрішніх і зовнішніх м'язів ока.

Примітка: вправи № 1, 2, 4, 7, 8, 10, 12, 13 – виконують сидячи.

Вправи № 3, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16 – стоячи.

Якщо хворому призначено носити окуляри постійно, то всі вправи (за винятком № 4, 7) виконуються в окулярах.

Останнім часом великої популярності набули вправи для очей за системою М. Норбекова (Додаток 1), В. Жданова (Додаток 2), Є.Аветисова (Додаток 3), йогівська гімнастика для очей (Додаток 4), гімнастика для очей Г.Г.Демирчогляна (Додаток 5).

4. Елементи здоров'язберігаючих технологій В. П. Базарного

На думку В. П. Базарного, сьогодні уся концептуальна основа шкільного життя орієнтована проти природи дитини.

По-перше, в її основі лежить закріпачення дитячого організму – режим систематичного сидіння, «короткозорого» і вузькоформатного зору. Фахівцями лабораторії доведено, що через 10-15 хв. роботи на контрольній роботі дитина отримує навантаження, порівнянні з тими, що переживають космонавти на старті. Результат – так званий шкільний шок і рання стенокардія.

По-друге – сенсорне бідне шкільне середовище закритих приміщень і обмежених просторів. За 11 років, проведених у чотирьох бетонних стінах, згасає образно-чуттєве сприйняття світу, звужуються зорові горизонти, пригнічуються емоційні реакції дітей.

По-третє, не менш згубний так званий ранній «інтелектуальний» розвиток дітей, який замінює собою розвиток чуттєвий. Активно пізнаючи світ символів і слів, діти втрачають зв'язок з реальним світом і поступово втрачають уяву.

Які ж принципи В. П. Базарний запропонував використовувати в усіх школах і дитячих садках? Розглянемо деякі з них:

1. Технологія – режим зміни динамічних поз (чи вертикалізація пози) – найпростіша. В. Ф. Базарний пропонує там, де це можливо міняти позу дітей. За столами – сидячи, з конторкою – стоячи; на килимі – сидячи, стоячи, лежачи. Ідеально, якщо діти стоять, ходять по масажних килимках з нашитими гудзиками, у шкарпетках. Головне в цій технології не тривалість стояння, а сам факт зміни поз. Під ноги кладеться масажний килимок з подразниками це можуть бути нашиті гудзики, на них діти стоять без взуття. При цьому необхідно враховувати розташування столів, щоб у кожного був вільний простір стояти на масажному килимку. І не в якому випадку не можна насильно примушувати дитину вставати, поки вона не відчує в цьому потребу.

Цей режим сприятливо впливає на наступні чинники:

- підтримка фізичної, психічної, розумової сфери;
- має високі показники фізичного розвитку здоров'я,

підвищується імунна система;

- покращуються ростові процеси;
- розвивається координація усіх органів (зорово-ручна, тілесно-координаційна, психоемоційна) зменшується ступінь нахилу голови.

Масаж стоп має оздоровлюючий ефект на увесь організм у цілому, оскільки на стопі є проекція всіх органів. Покращується загальний стан, стимулюються активні точки і зони, підвищується імунна система, мобілізуються внутрішні сили організму, до того ж це є прекрасним засобом від плоскостопості.

2. Індивідуальна робоча порогова дистанція

При перевірці зору, для установки робочої зорової дистанції можна використовувати кільце Ландольта. Береться білий куб, наноситься графітним олівцем або тушшю в середині кільце діаметром 7 мм, у ньому розрив в 1мм. Куб поставити на стіл на рівні очей, запитуючи дитину про напрям розриву, дорослий міняє положення куба. Дитина сидить на стільці і пересувається в напрямку до куба або від куба, зупиняється там, де бачить розрив у кільці. Відстань вимірюється від стільця до столу, де стоїть куб. На підлозі біля ніжки стільця робиться індивідуальна мітка – це вважається пороговою дистанцією гостроти зору. Коли проходить заняття з сюжетними або дрібними предметними картинками іншим наочним або демонстраційним матеріалом, діти сідають по мітках згідно своєї робочої дистанції.

Робоча дистанція міняється, якщо міняється гострота зору. Визначається вона 3 рази в рік: на початку, у середині і в кінці навчального року.

3. Офтальмологічна вправа «Веселі чоловічки»

Мета: розширення зорово-просторової, зорово-рухової активності.

Матеріал: картки із схематично зображеними чоловічками, що виконують різні гімнастичні вправи (нахили голови і тулуба, відведення рук або ніг убік і т. д.). Розмір зображення 1-2 см.

Ця вправа для очей проводиться стоячи, через 10-15 хв. напруженої зорової праці на близькій відстані. Запропонувати дітям встати. На держалці вихователь показує картку. Діти розглядають і виконують відповідні рухи, якщо діти погано розрізняють окремі деталі схеми, утримувач треба трохи наблизити.

Вихователь, тримаючи в руках картинку і стежачи за реакцією дітей, робить 2-3 кроки вперед, потім знову повертається (до дошки) на колишнє місце. Діти повторюють усі рухи схематичних чоловічків. Ще краще, якщо вихователь під час демонстрації картинку плавно йде уздовж дошки, привносячи додаткову тим самим активність для

всіх груп очних м'язів.

4. Технологія – побудова занять у режимі рухливих об'єктів і зорових горизонтів

Характерною особливістю методики є те, що дидактичний матеріал розміщується на максимальному можливому видаленні від дітей і ефективність зорового сприйняття підвищується в умовах просторового огляду.

Сигнальні мітки вносять величезну різноманітність до розвиваючого середовища. То сніжинки прилетіли з прорізами, а в них завдання, відгадки; то птахи перелітні прилетіли навесні і т. д. Такі види діяльності, як: підготовка до школи (навчання грамоті), формування математичних представлень, ознайомлення з навколишньою природою, художнє виховання, сюжетно-ролеві ігри ефективні в цьому режимі, оскільки основну інформацію діти отримують через зоровий аналізатор. А творчий і вдумливий вихователь виявить мистецтво, винахідливість і застосує ці технології в будь-яких режимних моментах.

5. Сенсорний – координаційні тренажі

Для підвищення ефективності навчально-пізнавального процесу використовуються сенсорно-координаційні тренажі, які працюють на основі зорово-сигнальних сюжетів, які змінюються. Методика виконується таким чином. У чотирьох верхніх кутах розміщуються картинки образно-сюжетні, предметні. Це сцени з казок, герої творів, сюжети пейзажів з природи, з життя тварин, звірів. Всі разом картинки складають єдиний сюжет або тему. Середні розміри від 0,5 до 1 стандартного листа, а під кожною картинкою розміщується у відповідній послідовності одна з цифр – 1,2,3,4. Діти, знаходячись у вільному стоянні, на масажних килимках, починають живо фіксувати погляд по команді на відповідній цифрі, картині, фігурі, кольорі. Режим рахунку задається у випадковій послідовності і міняється через 30 сек. Загальна тривалість тренажу 1,5 хвилини. Цей тренаж позитивно впливає на розвиток зорово-моторної реакції, швидкості орієнтації в просторі, а також реакцію на екстрені ситуації в житті. У них розвивається зорово-рухова пошукова активність, зорово-ручна і тілесна координація. Діти стають уважними.

6. Зорово-координаційні тренажі

З метою пом'якшення несприятливих наслідків дії чинника закритих приміщень, і обмежених просторів використовуються зорово-координаційні тренажі, на основі опорних зорово-рухових траєкторій. На стелі намальований офтальмологічний тренажер: схема універсальних символів («СУС»), при цьому кольори

відповідають наступним вимогам: зовнішній овал – червоний, внутрішній яскраво-блакитний, хрест яскраво-коричневий, вісімка – зелена (Додаток 6). Є декілька режимів виконання цього тренажу. Найідеальніший варіант – стоячи на масажних килимках, з витягнутими вперед руками, під музику або у супроводі словесного тексту, діти по черзі обводять показом руки траєкторії з одночасним стеженням за ними очима, тулубом, руками.

Окрім тренажера на стелі використовуються модифіковані зорово-координаційні схеми-тренажери: «Політ метеликів», зигзаги, змійка і т. д. Дані тренажі як правило виконуються після роботи, яка вимагала від дітей докладання зусиль, оскільки вона прекрасно знімає напругу, розслабляє, знімає психічну стомлюваність і надлишкову нервову збудливість. Сприяє доброзичливості, покращує почуття гармонії і ритму, розвиває зорово-ручну координацію.

Так само можна використовувати лазерний промінець або паличку-указку, вона виконує роль зорового тренажу, на кінці якої метелик, сонечко, машина, пташка і т. д. – пурхає, рухається, скаче, їде, летить. Усе це – величезна кількість завдань для зорового пошуку. Дитина указкою (кінчик указки забарвлений у червоний колір) веде по тренажеру і простежує поглядом. Такі вправи розвивають зорово-рухову координацію.

7. Екологічне панно

Використання «екологічного панно» вносить величезну експресивність до розвиваючого середовища. Залежно від пори року вивіщується панно розміром від півтора до п'яти метрів, на якому зображена природа. Під час роботи з панно використовуються вправи для збереження зору, а також для розширення зорових горизонтів і розвитку уяви в дітей. У дітей на очах взимку в ополонці кіт ловить рибу, а діти її перераховують. Восени в річці плывуть рибки, а в небі летять птахи і кожен може принести загадку або предмет. Освітня діяльність проходить в ігровій формі. Додатково до панно виготовлені атрибути (картинки із зображенням тварин, птахів, казкових героїв і т. д.). Панно є багатофункціональним, мобільним, і дуже легким у використанні посібником. Його можна задіювати в різних видах діяльності дітей: екологічному вихованні, мовленнєвому, математичному розвитку і т. д. Панно можна використовувати для обігравання різних сюжетів, створення проблемних ситуацій у ході освітньої діяльності.

Тренажі Базарного, дозволяють зберігати і зміцнювати зір дітей, використовувати режим ближнього і дальнього зору.

Матеріали для самоконтролю

Запитання

1. Основні види порушень зору.
2. Категорії дітей у залежності від ступеня зниження гостроти зору.
3. Особливості фізичного розвитку дітей з порушенням зору.
4. Пізнавальні можливості незрячих.
5. Особливості сприйняття простору дітьми з порушеннями зору.
6. Мета, завдання та умови виконання гімнастики для очей.
7. Перерахуйте сучасні здоров'язберігаючі технології, які можуть бути використані педагогами у роботі з дітьми з порушеннями зору.
8. Суть здоров'язберігаючих технологій В. Ф. Базарного.

Тестові завдання

- 1. Який відсоток інформації отримує мозок людини через зоровий аналізатор?**
А) 65% Б) 75% В) 85% Г) 95%
- 2. Який відсоток порушень зору мають вроджений характер?**
А) 60% Б) 70% В) 80% Г) 90%
- 3. Фокусування зображення відбувається перед сітківкою ока, а не на ній, як це повинно бути в нормі.**
А) міопія (короткозорість) Б) гіперметропія (далекозорість)
В) стробізм (косоокість) Г) астигматизм (дефокусування)
- 4. Фокусування здійснюється за сітківкою, через що розмитими стають близько розташовані предмети**
А) міопія (короткозорість) Б) гіперметропія (далекозорість)
В) стробізм (косоокість) Г) астигматизм (дефокусування)
- 5. У дорослих і дітей з порушенням зору такого роду чіткість зображення неоднорідна. Навіть якщо один предмет видно чітко, сусідній може бути розмитим.**
А) міопія (короткозорість) Б) гіперметропія (далекозорість)
В) стробізм (косоокість) Г) астигматизм (дефокусування)
- 6. Дефекти зору, що мають місце на ділянці обмеженого розміру**
А) міопія (короткозорість) Б) скотома (дефект поля зору)
В) стробізм (косоокість) Г) астигматизм (дефокусування)
- 7. Захворювання, при якому одне з двох очей майже (чи зовсім) не задіяне в процесі зору**
А) амбліопія Б) скотома (дефект поля зору)

В) стробізм (косоокість) Г) астигматизм (дефокусування)

8. Хронічне захворювання очей, що характеризується підвищенням внутрішньочного тиску і зниженням зору

А) амбліопія Б) скотома (дефект поля зору)

В) глаукома Г) катаракта

9. Захворювання кришталика, що проявляється в його помутнінні

А) амбліопія Б) скотома (дефект поля зору)

В) глаукома Г) катаракта

10. Захворювання при якому сфокусуватися на одному предметі неможливо

А) амбліопія Б) скотома (дефект поля зору)

В) стробізм (косоокість) Г) катаракта

11. Здатність до перерахунку розставлених пальців руки на відстані 5 м відповідає гостроті зору

А) 0,01 Б) 0,04 В) 0,09 Г) 0,1

12. Здатність до перерахунку розставлених пальців руки на відстані 2 м відповідає гостроті зору

А) 0,01 Б) 0,04 В) 0,09 Г) 0,1

13. Здатність до перерахунку розставлених пальців руки на відстані 0,5 м відповідає гостроті зору

А) 0,01 Б) 0,04 В) 0,09 Г) 0,1

14. Діти з повною відсутністю зорових відчуттів, або які мають залишковий зір (максимальна гострота зору – 0,04 на оці яке краще бачить із застосуванням звичайних засобів корекції – окулярів), або зберегли здатність до світловідчуття

А) незрячі Б) тотально незрячі

В) частково незрячі Г) слабозорі

15. Діти з повною відсутністю зорових відчуттів

А) незрячі Б) тотально незрячі

В) частково незрячі Г) слабозорі

16. Діти, які мають світловідчуття (здатність до виділення фігури з фону) з гостротою зору від 0,005 до 0,04

А) незрячі Б) тотально незрячі

В) частково незрячі Г) слабозорі

17. Діти з гостротою зору від 0,05 до 0,2

А) незрячі Б) тотально незрячі

В) частково незрячі Г) слабозорі

18. Згідно з міжнародною класифікацією порушень зору, якщо гострота ока яке краще бачить після оптичної корекції менш 0,3, то це

А) незрячі Б) низький зір

В) слабкий зір Г) частково незрячі

19. Згідно з міжнародною класифікацією порушень зору, якщо гострота ока яке краще бачить після оптичної корекції нижче 0,05, то це

- А) незрячі Б) низький зір
В) слабкий зір Г) частково незрячі

20. Згідно з міжнародною класифікацією порушень зору, якщо гострота ока яке краще бачить після оптичної корекції нижче 0,02, то це

- А) незрячі Б) низький зір
В) слабкий зір Г) частково незрячі

21. Нездатність до розрізнення світла від темряви означає, що гострота зору дорівнює

- А) 0 Б) 0,01 В) 0,02 Г) 0,03

22. За нормальну гостроту зору приймається зір рівний

- А) 0, 1 Б) 1 В) 10 Г) 100

23. Людина, яка здатна розрізнити найбільші знаки першого зверху рядка, має гостроту зору

- А) 0, 001 Б) 0,01 В) 0,1 Г) 1

24. Людина, яка здатна розрізнити знаки десятого зверху рядка, має гостроту зору

- А) 0, 001 Б) 0,01 В) 0,1 Г) 1

25. Людина, яка здатна розрізнити знаки п'ятого зверху рядка, має гостроту зору

- А) 0, 005 Б) 0,05 В) 0,5 Г) 5

26. Осліплі – це люди, які втратили здатність бачити у віці після

- А) 1 року Б) 2 років В) 3 років Г) п'яти років

27. У дітей з важкими порушеннями зору спостерігається високий рівень розвитку

- А) абстрактного мислення Б) словесної пам'яті
В) психічної активності Г) конструктивного мислення

28. У незрячих і слабозорих дітей знижені

- А) інтереси і потреби Б) світогляд
В) темперамент Г) характер

29. У незрячих і слабозорих дітей не змінюються

- А) потреби Б) словесна пам'ять В) переконання
Г) конструктивне мислення

30. Для охорони зору слабозорих дітей необхідні перерви в зоровій роботі через кожні

- А) 5-10 хв. Б) 10-15 хв. В) 15-20 хв. Г) 20-25 хв.

31. До аномалій рефракції не належить

- А) короткозорість Б) далекозорість
В) астигматизм Г) скотома (дефект поля зору)

Література

1. Бочарова Е. А. Специальная психология: учебное пособие / под ред. П.И. Сидорова. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2009. С. 64-74.

2. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2011. С. 92-94.

3. Использование здоровьесберегающих технологий в работе с детьми, имеющими нарушения в развитии: методическое пособие /ТОУНБ им. А. С. Пушкина, Отдел организации обслуживания инвалидов по зрению; МБЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики»; отв. за выпуск А. А. Коваленко. Томск, 2013. С. 31-41.

4. Колупаєва, А. А., Савчук Л.О. Діти з особливими потребами та організація їх навчання: науково-методичний посібник. Вид. доп. та перероблене. Серія «Інклюзивна освіта» К.: 2011. С. 39-41.

5. Ленартович Н.А., Бондар Г.А. Здоров'язбережувальні технології в системі роботи класного керівника як один із методів реалізації виховання ціннісного ставлення до себе. Методичний посібник Вінниця: 2015. С. 27-31.

6. Методические рекомендации по работе с детьми с ограниченными возможностями в условиях дошкольной образовательной организации / [Т.Орусбаева, А.Надирбекова, Д.Дунганова и др.]. Б.: 2015. С. 19-25, 79-81.

7. Омельченко Л. П., Омельченко О. В. Здоров'ятворча педагогіка. Х. : Вид. група «Основа», 2008. с. 51-52.

8. Профілактика захворювань органів зору школярів в аспекті валеологогігієнічної освіти. /Голяка С.К., Галицька Н.Є./ Методичні рекомендації для вчителів та учнів загальноосвітніх навчальних закладів. Херсон: Вид-во ХДУ, 2011. 56 с.

9. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е.А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова и др.; Под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Издательский центр «Академия», 2001. с. 125-158.

10. Стефанишин С. І. Профілактика порушення зору молодших школярів засобами фізичного виховання / [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.bestreferat.ru/referat-136961.html>.

11. Хитрюк, В.В. Основы дефектологии: учеб. пособие. Мн.: Изд-во Гревцова, 2009. С. 166-176.

12. Яковлева С.Д. Анато́мо-фізіологічні та клінічні основи дефектології: Навчальний посібник. Херсон: Персей, 2012. С.145-200.

РОЗДІЛ 5

Здоров'язберігаючі технології в корекційній роботі при порушеннях слуху

1. Причини порушень слуху
2. Основні групи дітей з порушенням слуху і типи порушення слуху
3. Основні особливості психічного розвитку дітей з порушенням слуху
4. Принципи формування здоров'язберігаючих технологій у системі освіти дітей з порушенням слуху

1. Причини порушень слуху

Слухом називається здатність організму сприймати і диференціювати звукові коливання за допомогою слухового (або звукового) аналізатора. Слуховий аналізатор складається із периферичного відділу, тобто звукосприймального рецептора (зовнішнє, середнє, внутрішнє вухо), провідних нервових шляхів та центрального відділу аналізатора (мозкових клітин у скроневій області великих півкуль головного мозку).

Слух відіграє важливу роль у розвитку людини. Втрата слуху, навіть часткова, створює бар'єр між людиною і суспільством, утруднює оволодіння знаннями і спеціальністю, обмежує трудову і суспільну діяльність, затримує розвиток особистості.

Людина, позбавлена слуху, не має можливості сприймати ті звукові сигнали, які дуже важливі для повноцінного пізнання навколишнього світу, для створення повних і всебічних уявлень про предмети і явища дійсності (шелест листя, спів пташок, звучання оркестру тощо).

При тяжких порушеннях слуху людина не здатна користуватись багатьма джерелами інформації (слухати радіопередачі, лекції тощо), повноцінно сприймати зміст телепередач, кінофільмів, театралізованих вистав. Відсутність слуху серйозно обмежує і естетичне виховання особи, адже людина позбавляється можливості нормально сприймати музику.

Найважливіша роль слуху в оволодінні людиною мовою. За відсутності слуху або його значного зниження дитина спонтанно (тобто самостійно, без спеціального впливу ззовні) не оволодіває звуковою словесною мовою, бо позбавлена можливості сприймати мову людей, що її оточують, як необхідні звукомовні зразки для наслідування. Крім того, вона не здатна контролювати вимову різних

звуків. Унаслідок цього обмежуються можливості спілкування з людьми, а отже, і пізнання, оскільки одним із важливих засобів передачі інформації є усна мова. Відсутність або недорозвиненість мови, в свою чергу, призводить до порушень у розвитку інших пізнавальних процесів і, головним чином, словесно-логічного мислення.

Сенсорне сприйняття світу є основою інтелектуального розвитку дитини. Загальна картина світу починає складатися у новонародженого з моменту зорового, слухового, тактильного, нюхового і смакового контакту з навколишнім світом. Диференціюючи сенсорні системи за кількістю отриманої інформації, необхідно підкреслити, що більш важливими для навчання є зір і слух.

Нормальна функція слухового аналізатора має особливу значущість для загального розвитку дитини. Стан слуху має вирішальний вплив на її мовленнєве та психологічне становлення. Збереження слуху дуже важливе для розвитку дитини, оскільки величезна кількість інформації про навколишній світ вона отримує через слуховий аналізатор. Особливо значущим є те, що формування мовлення дитини безпосередньо спирається на її слухове сприйняття.

Сьогодні проблема порушення слуху стає все більш актуальною. Зростає число як вроджених, так і набутих патологій. Підвищується відсоток осіб з порушеним слухом в групі населення після п'ятдесяти років. Проведені масові дослідження слуху в різних країнах показали, що приблизно 4-6% від усього населення земної кулі мають порушення слуху яке утрудняє соціальне спілкування. При цьому близько 2% населення мають двосторонню значно виражену туговухість та сприймають розмовну мову на відстані менше 3 м, а до 4% страждають вираженою односторонньою туговухістю.

Статистика вказує, що порушення слуху відзначається у 11-14% населення, причому часто порушення слуху розвиваються в людей старшого віку:

- 50-60 років – відзначається 19% поганочуючих;
- 60-75 років – до 30% страждають порушенням слуху;
- 75 років – 45 % людей із слабким слухом.

Таке явище пояснюється тим, що в людей у віці біля 50 років відбувається послаблення сприйняття високих частот.

За останній час відзначається тенденція стрімкого молодшання різного роду порушень слуху.

Існує багато причин порушень слуху. Сучасні дослідники в області сурдопсихології дійшли висновку, що усі причини і чинники порушень слуху слід розділити на три групи:

- Перша група – це причини і чинники, що призводять до виникнення спадкової глухоти або туговухості.

- Друга група – чинники, що впливають на плід під час вагітності (вроджене порушення слуху).

- Третя група – чинники, які діють на орган слуху дитини в процесі її життя (набуте порушення слуху).

Таким чином, розрізняють наступні причини порушень слуху в дітей:

1. Спадкові:

- спадкова туговухість, тобто та, що передається з покоління в покоління

- генетичні відхилення

2. Вроджені:

- вага при народженні менше 1500 г і/або пологи раніше 32-го тижня вагітності;

- гіпоксія (киснева недостатність) плоду;

- зупинка дихання (немовля після народження довгий час не могло вдихнути);

- родові травми;

- інфекції, перенесені матір'ю під час вагітності (краснуха, грип, герпес, цитомегаловірус, токсоплазмоз);

- прийом ототоксичних препаратів під час вагітності;

- зловживання майбутньої матері алкоголем.

3. Набуті:

- бактерійний менінгіт або енцефаліт;

- важкі форми кору або паротиту;

- хронічне запалення вуха;

- нещасні випадки (різні травми);

- надмірно тривалий вплив шуму (будівництво, рок-музика, стрільба, і т.д.);

- вікові зміни;

- зниження слуху може бути одним із симптомів судинної патології (часто зниження слуху з'являється при такій судинній патології, як атеросклероз судин, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет).

- хіміотерапія, застосування ототоксичних засобів (особливо антибіотиків аміноглікозидного ряду).

Крім того, приблизно в 30% випадків причину порушення слуху встановити не вдається. В той же час досить часто ушкодження слуху виникає під дією декількох чинників, що впливають у різні періоди розвитку дитини.

До числа причин, які рідко зустрічаються, можна віднести ушкодження центральних відділів слухового аналізатора, що

виникають у результаті ушкоджень або захворювань головного мозку (енцефаліт, черепно-мозкова травма, крововилив, пухлина) при таких ушкодженнях спостерігається або невелике пониження слуху, або так звана кіркова глухота, коли втрачається здатність аналізу, синтезу, і отже, розуміння того, що людина чує.

Втрата слуху відбувається через те, що якась частина вуха – зовнішня, середня або внутрішня – виявляється пошкодженою або не функціонує належним чином, у результаті чого вухо не може передавати нормальні звукові сигнали в мозок.

Причини, пов'язані з зовнішнім вухом

Зазвичай ці причини легко усунути, до їх числа відносяться сірчані пробки і інфекції слухового проходу.

Причини, пов'язані із середнім вухом

Запалення, утворення рідини за барабанною перетинкою, розрив барабанної перетинки і отосклероз (стан, при якому кісточка середнього вуха втрачають рухливість) є найбільш частими причинами порушень у середньому вусі. Велика частина порушень зовнішнього і середнього вуха піддаються ефективному лікуванню лікарськими препаратами або шляхом хірургічного втручання.

Причини, пов'язані з внутрішнім вухом

Більшість проблем зі слухом виникає через пошкодження саме цієї частини вуха. Найчастішою причиною порушень є природний процес старіння, однак на слух також можуть впливати надмірна дія шуму, токсична дія ліків і травми голови. Відбувається пошкодження тонких волоскових клітин, що негативно впливає на передачу сигналів до слухового нерву. Як правило, такі порушення є незворотними, і їх не вдається вирішити медикаментозно, але в значній мірі можна компенсувати використанням слухових апаратів.

2. Основні групи дітей з порушенням слуху і типи порушення слуху

Залежно від втрати слуху в мовному діапазоні розрізняють три ступеня туговухості:

I – втрата слуху не перевищує 50 дБ;

II – втрата слуху від 50 до 70 дБ;

III – втрата слуху в мовному діапазоні більше 70 дБ (80...85дБ).

Діти з I ступенем туговухості сприймають розмовну мову на відстані понад 1 м, тобто мовне спілкування цілком доступне. Друга група дітей (II ступінь) сприймає розмовну мову лише на відстані, меншій ніж 1 м. З цими дітьми мовне спілкування утруднене. Діти з ступенем туговухості розмовної мови не сприймають, мовне спілкування з ними можливе лише за допомогою голосу підвищеної сили.

Медицина класифікація порушень слуху

№	Зниження слуху у дБ	Порушення слуху у дитини	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	Глухота

Виділяють три основні групи дітей з порушеннями слуху: нечуючі, недочуваючі (слабочуючі, туговухі) і пізнооглухші.

Нечуючі діти мають глибоке стійке двостороннє порушення слуху, яке може бути спадковим, вродженим або набути у ранньому дитинстві – до опанування мовленням. Якщо нечуючих дітей не навчають розмовляти спеціальними засобами, вони стають німими – глухоніми, як називали їх не лише в побуті, але і в наукових працях до 1960-х рр. У більшості нечуючих (глухих) дітей є залишковий слух. Вони сприймають тільки дуже гучні звуки (силою від 70-80 дБ) в діапазоні не вище 2000 Гц. Зазвичай нечуючі краще чують нижчі звуки (до 500 Гц) і зовсім не сприймають високі (понад 2000 Гц). Якщо нечуючі (глухі) відчують звуки гучністю 70-85 дБ, то прийнято вважати, що в них туговухість третього ступеня. Якщо ж нечуючі відчують тільки дуже гучні звуки – силою більше 85 або 100 дБ, то стан їх слуху визначається як туговухість четвертого ступеня.

Слабочуючі (недочуваючі, туговухі) – діти з частковою недостатністю слуху, що призводить до порушення мовленнєвого розвитку. До недочуваючих відносяться діти з дуже великими відмінностями в області слухового сприйняття. Слабочуючою вважається дитина, якщо вона починає чути звуки гучністю від 20-50 дБ і більше (туговухість першого ступеня) і якщо вона чує звуки тільки гучністю від 50-70 дБ і більше (туговухість другого ступеня). Відповідно в різних дітей сильно коливається і діапазон чутних звуків по висоті. У одних він майже не обмежений, в інших наближається до висотного слуху нечуючих. У деяких дітей, які розвиваються як слабочуючі, визначається туговухість третього ступеня, як у

нечуючих, але при цьому відзначається можливість сприймати звуки не лише низькі, але і середньої частоти (від 1000 до 4000 Гц).

Пізнооглухі – це діти, що втратили слух внаслідок якої-небудь хвороби або травми після того, як вони опанували мовлення, тобто в 2-3-річному і пізнішому віці. Втрата слуху у таких дітей буває різна – тотальна, або близька до глухоти, або близька до недочуваючих. У дітей може з’явитися важка психічна реакція на те, що вони не чують багато звуків або чують їх спотвореними, не розуміють, що їм говорять. Це іноді веде до повної відмови дитини від якого-небудь спілкування, навіть до психічного захворювання. Проблема полягає в тому, щоб навчити дитину сприймати і розуміти усне мовлення. Якщо є достатні залишки слуху, то це досягається за допомогою слухового апарату. При малих залишках слуху обов’язковим стає сприйняття мовлення за допомогою слухового апарату і читання з губ. При тотальній глухоті необхідно використовувати дактилогію, письмове мовлення і, можливо, жестове мовлення нечуючих. При сукупності сприятливих умов виховання і навчання пізнооглухої дитини розвиток її мовлення, пізнавальних і вольових процесів наближається до нормального.

Існують дві групи класифікацій порушення слуху: медичні і педагогічні.

Із медичних класифікацій найчастіше використовують класифікації Б. С. Преображенського, Л. В. Неймана і Міжнародну медичну класифікацію. Із педагогічних класифікацій використовують класифікацію О. Beckman, М. Portmann і С. Portmann, а також Р. М. Боскіс.

Одна з найбільш поширених класифікацій – класифікація Б. С. Преображенського, що дає підставу виділити чотири ступені зниження слуху – легкий, помірний, значний, важкий – залежно від відстані, на якій сприймається розмовна й шепітна мова. Діапазон сприйняття мови при цьому досить значний (табл. 5.2). Так, при легкому ступені зниження слуху шепітна мова може сприйматися на відстані 3–6 м, при важкому – від 0 до 0,5 м.

Таблиця 5.2

Класифікація Б. С. Преображенського

Ступінь	Відстань, на якій сприймається мова	
	розмовна	шепіт
Легкий	6–8 м	Від 3м
Помірний	4–6 м	1–3 м
Значний	2–4 м	Біля вушної раковини – 1 м
Важкий	Вушна раковина – 2 м	0 м або не сприймається

Л. В. Нейман у своїй класифікації виокремив чотири групи залежно від обсягу сприймання частот: перша група – нечуючі діти, які сприймають найнижчі частоти (125–150 Гц). Вони не розрізняють жодних звуків мови і реагують або на дуже гучний голос біля самого вуха, або на інтенсивні звуки на близькій відстані (крик). Друга група – нечуючі діти, які сприймають частоти 150– 500 Гц. Вони реагують на гучний голос біля вуха, розрізняють голосні «о» і «у»; здатні сприйняти інші дуже гучні звуки на невеликій відстані. Третя група – діти, які сприймають звуки в діапазоні низьких і середніх частот, від 125 до 1000 Гц. Четверта група – діти, котрі сприймають частоти від 1250 до 2000 Гц. Діти, які належать до третьої та четвертої груп, розрізняють менш інтенсивні та різноманітні за частотою звуки на близькій відстані. Слабочуючі діти залежно від величини (500–4000 Гц) звуку належать до приглухуватості в різному ступені: перший – менше 50 дБ; другий – 50–70 дБ; третій – понад 70 дБ.

За Міжнародною медичною класифікацією стосовно ступеня порушення слуху встановлено: перший ступінь приглухуватості – менше 40 дБ; другий – 40–55 дБ; третій – 55–70 дБ; четвертий – 70–90 дБ. Зниження слуху більш ніж на 90 дБ – глухота.

В основі деяких класифікацій лежить як здатність дитини з втратою слуху сприймати мову на тій чи іншій відстані від промовця, так і критерії гучності в децибелах. Наприклад, класифікація для школи (О. Векман, 1966) (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Класифікація для школи О. Векма

Зниження слуху (дБ)	Вид школи
35–40	Нормальна школа, без слухових апаратів, перша парта
40–60	Нормальна школа з уживанням слухових апаратів
60–90	Школа для слабочуючих з уживанням слухових апаратів
Понад 90	Школа для глухих

Для визначення рівня сприйняття розмовної та шепітної мови існує класифікація, побудована на перерахунку даних тональної аудіометрії. Так, М. Portmann і С. Portmann привели такі дані для перерахунку втрати слуху в децибелах (дБ) на сприйняття мови (табл. 5.4).

Класифікація за М. Portmann і С. Portmann

Відстань, із якої сприймається мова, м	Утрата слуху (дБ)	
розмовна	шепіт	
Норма	Норма	До 35
4–5	0,5–0,8	35
2–4	0,25–0,5	35–45
1–2	0,25–0,5	45–50
0,25–1	Біля вушної раковини	50–60
Біля вушної раковини	Не чує	65

Педагогічну класифікацію Р. М. Боскіс побудовано на психологічному вивченні взаємодії слуху та мовлення. Її теоретичною основою є положення, що визначають своєрідність розвитку дитини з порушеннями слухового аналізатора. Основа класифікації – ступінь втрати слуху; час втрати слуху; рівень розвитку мови. Відповідно до цих критеріїв виділяють такі групи:

- не чуючі: ступінь утрати слуху, яка позбавляє можливості природного сприйняття мови й самостійного оволодіння нею;

- ранньооглухлі – особи, котрі народилися з порушеним слухом або втратили слух до початку мовного розвитку чи на ранніх етапах його розвитку, зазвичай зберігаються залишки слуху, що дають змогу сприймати сильні, різкі звуки;

- пізнооглухлі – особи, які зберегли тією чи іншою мірою мову та втратили слух у тому віці, коли вона вже була сформована.

- слабочуючі – ступінь утрати слуху з частковою слуховою недостатністю, що ускладнює мовний розвиток, але зі збереженою здатністю до самостійного накопичення мовного запасу за допомогою залишкового слуху. Розділяють слабочуючих осіб зі збереженим інтелектом та з розумовою відсталістю.

Критерієм відмежування дітей з частковим порушенням слуху є можливість використання слуху в спілкуванні і розвиток мовлення при цьому стані слуху. За цим критерієм проводиться розмежування туговухості і глухоти.

Глухота – стійка втрата слуху, при якій неможливе самостійне опанування мовленням і розбірливе сприйняття мовлення навіть на найближчій відстані від вуха. При цьому зберігаються залишки слуху, що дозволяють сприймати гучні немовленнєві звуки, деякі звуки мовлення на близькій відстані.

Туговухість – стійке зниження слуху, при якому можливе самостійне накопичення мінімального мовленнєвого запасу на основі

збережених залишків слуху, сприйняття зверненого мовлення хоч би на найближчій відстані від вушної раковини. За даними аудіометрії, виявляється зниження слуху менше 80 дБ. Важливо підкреслити, що в сучасній сурдологічній практиці термін «туговухий» стосовно дітей з частково порушеною слуховою функцією використовується переважно в медицині, а в сурдопедагогіці прийнято використовувати відповідний термін «недочуває».

Слабочуючі – розвиток психіки такої дитини протікає з відхиленнями від норми, оскільки цей недолік привів до порушення багатьох функцій і сторін психіки: сформувалися тільки зачатки мовлення, мислення майже не просунулося в своєму розвитку від наочно-образного до словесно-абстрактного. У такому стані взаємодія слухового аналізатора з мовленнєворуховим виявилася порушеною. Це перешкодило нормальному становленню мовленнєвих механізмів, вторинно привело до недорозвинення мовленнєвої діяльності і продовжує перешкоджати подальшому формуванню мовлення.

Типи порушень слуху

Характер патології можна встановити, вивчивши аудіограму. Порушення слуху в основному пов'язані з ушкодженнями в зовнішньому, середньому і внутрішньому вусі.

Порушення слуху можна розділити на декілька типів:

Кондуктивні – виникають із-за блокування будь-якої якості, що з'являється в зовнішньому (сірчана пробка) або середньому (запалення – отит, розрив барабанної перетинки, отосклероз) вусі. При цьому звук не може нормально проникати у внутрішнє вухо. Багато з цих порушень можна вилікувати за допомогою медикаментозного або хірургічного лікування. У деяких пацієнтів зберігається стійке зниження слуху, яке можна компенсувати за допомогою традиційних або імплантованих слухових апаратів.

Невральні – виникають внаслідок повної втрати мозком здатності сприймати і обробляти електричні імпульси. У деяких випадках мозок не може правильно розшифрувати отримані сигнали. До цих порушень відноситься і «слухова десинхронізація» або «нейропатія».

Сенсорні – з'являються, якщо є порушення функціонування волоскових клітин внутрішнього вуха. Внаслідок чого равлик не може нормально уловлювати звуки.

Сенсоневральні – комбіновані порушення, при яких є дисфункції волосяних клітин, а також великі неточності при сприйнятті і обробці мозком сигналів звукової природи. Найбільша складність у правильному діагнозі відзначається при обстеженні маленьких дітей. При сенсоневральній (нейросенсорній) туговухості відбуваються

пошкодження волоскових клітин у внутрішньому вусі. Ці ушкодження зазвичай незворотні і виникають у результаті менінгіту, вікових змін, травм, дії шуму, прийому ототоксичних антибіотиків і ін.

Даний вид приглухуватості дуже важко піддається лікуванню і може бути компенсований тільки слухопротезуванням.

Змішані – до них відносяться синтез сенсоневральних і кондуктивних порушень. При такій втраті слуху звукові сигнали не можуть нормально передаватися від зовнішнього і середнього вуха до внутрішнього, а також є порушення функціонування внутрішнього вуха, зон мозку і невральних частин системи слуху.

Ознаки порушення слуху у дитини молодшого віку:

- дитина не прокидається від гучних звуків;
- дитина не реагує на тихі звуки в тиші;
- дитина не реагує або не постійно реагує на своє ім'я (після 1,5 років) ;

- дитина відстає в розвитку мовлення (не розуміє прості прохання після 12 міс., перші слова з'явилися пізніше 1,5 років, перші речення – після 2-х років);

- дитина не уважна, не виконує прохання або виконує їх неправильно;

- дитина краще розуміє дорослого, якщо дорослий супроводжує своє звернення жестами;

- у мові дитини старше 5-ти років багато аграматизмів, вона пропускає прийменники і склади в словах, особливо останні, не вимовляє високочастотні звуки [з], [ц], [х], [ф].

Ознаки порушення слуху в дитини старшого віку:

- дитина не уважна, не відповідає на питання, прохання чи відповідає невпопад;

- дитина погано розуміє дорослого в магазині, на вулиці;

- дитина уважно дивиться на обличчя дорослого при спілкуванні;

- дитина часто перепитує;

- дитина збільшує гучність телевізора, коли дивиться телепередачі;

- дитина погано вчиться, особливі складнощі з написанням диктантів.

3. Основні особливості психічного розвитку дітей з порушенням слуху

У психічному розвитку дітей з порушеним слухом виділяють дві (за І. М. Соловйовим) характерні закономірності .

Перша з них полягає в тому, що через порушення слуху обсяг зовнішніх впливів на нечуючу дитину обмежений, взаємодія із середовищем збіднена, спілкування з оточуючими людьми ускладнене, у той час як необхідною умовою успішного психічного розвитку будь-якої дитини є значне зростання кількості, різноманітності й складності зовнішніх впливів. Внаслідок цього обмеження, психічна діяльність такої дитини спрощується, реакції на зовнішні впливи стають менш складними й різноманітними, система міжфункціональної взаємодії змінена. Спостерігається нерівномірність у розвитку наочно-образного й словесно-логічного мислення (переважає перше); письмова мова в обох формах – імпресивній (читання) і експресивній (письмо) – здобуває більшу роль у порівнянні з усною.

Друга закономірність – це відмінності в темпі психічного розвитку в дітей з порушеннями слуху в порівнянні з дітьми, які нормально чують. Шлях психічного розвитку дитини з порушеним слухом проходить у такий спосіб: розходження в психічній діяльності між дитиною, яка чує й нечуючою дитиною, незначні на початкових етапах онтогенезу, потім зростають протягом наступного часу. Так відбувається до певного етапу коли внаслідок систематичного сурдопедагогічного впливу розходження перестають наростати й навіть зменшуються. Чим кращі умови, тим швидше й значніше зближається розвиток дитини з порушеним слухом з розвитком дитини, яка нормально чує.

У дітей з порушенням слуху специфічні особливості уяви обумовлені уповільненим формуванням їх мовлення, зокрема своєрідним розвитком значення слів, відставанням в розвитку сюжетно-рольової гри і мисленням. Нечуючі учні довго не переходять від предметно-процесуальних ігор, головним в яких є відтворення дій з предметами, до сюжетно-рольових, що вимагає створення уявної ігрової ситуації. У молодшому шкільному віці спостерігається відставання в розвитку творчої уяви.

Недостатність слуху призводить до порушення розвитку всіх сторін мовлення, а іноді до повної його відсутності, що обмежує можливість мислення, відбивається на особливостях поведінки – замкнутість, небажання вступати в контакт.

Особливості розвитку уваги

Особливості в розвитку уваги дітей з порушеннями слуху пов'язані з тим, що для них більше значення має зорове сприйняття, а значить, основне навантаження з переробки інформації, що надходить із зовні лягає на зоровий аналізатор. Тому нечуючі діти швидше і більше втомлюються, ніж діти із добрим слухом, наслідком цього є

посилення нестійкості уваги. У нечуючих дітей відзначаються труднощі переключення уваги, їм потрібно більше часу на «впрацювання», що призводить до зниження швидкості виконуваної роботи, збільшення кількості помилок.

Увага дітей з порушеннями слуху в більшій мірі, ніж у дітей із збереженим слухом залежить від виразності матеріалу: вони легше розрізняють фігурний матеріал, тому і працюють з ним краще всього; гірше – букви, тому працюють повільніше і роблять більше помилок.

У процесі шкільного навчання в дітей з порушеним слухом довільна увага розвивається, формуються основні її властивості. Істотна відмінність від дітей із збереженим слухом полягає в тому, що найбільший темп розвитку довірливої уваги припадає на підлітковий період (у дітей із збереженим слухом це відбувається на 3-4 роки раніше).

У процесі навчання нечуючих дітей для залучення і регуляції уваги важливо використовувати різні види чутливості, наприклад тактильну і вібраційну.

Таким чином, особливості уваги дітей з порушеннями слуху можна коротко охарактеризувати наступним чином:

- знижений обсяг уваги – діти з порушеннями слуху можуть одночасно сприйняти меншу кількість елементів;
- менша стійкість, а отже, велика втомлюваність, так як отримання інформації відбувається на слухо-зоровій основі. У школяра із добрим слухом протягом заняття відбувається зміна аналізаторів – при читанні провідний зоровий аналізатор, при поясненні матеріалу – слуховий. У дитини з порушенням слуху такої зміни немає – постійно задіяні обидва аналізатора;
- низький темп перемикання: дитині з порушенням слуху потрібен певний час для закінчення однієї навчальної дії і переходу до іншої;
- труднощі в розподілі уваги: школяр із збереженим слухом може одночасно слухати і писати, дитина з порушеннями слуху при цьому має серйозних труднощі.

Особливості розвитку пам'яті

При мимовільному запам'ятовуванні наочного матеріалу нечуючі діти за всіма показниками розвитку образної пам'яті відстають від нормально чуючих однолітків: у дошкільному віці гірше запам'ятовують місця розташування предметів; на початку молодшого шкільного віку мають менш точні, образи пам'яті, тому плутають місця розташування предметів, подібних за зображенням. Самі зображення предметів нечуючі діти запам'ятовують неточно.

Нечуючі діти рідше користуються прийомами опосередкованого запам'ятовування, що негативно позначається на збереженні образів у пам'яті.

При запам'ятовуванні нечуючі діти рідко користуються словесними позначеннями, менш точно характеризують об'єкт, що негативно позначається на відтворенні схематичних фігур. У старшому шкільному віці нечуючі діти частіше використовують словесні позначення. У процесі психічного розвитку нечуючих дітей образи пам'яті вдосконалюються, формується вміння користуватися різними засобами для запам'ятовування.

У розвитку словесної пам'яті у дітей з порушеннями слуху спостерігаються великі складнощі, оскільки навіть в умовах спеціального навчання відставання в розвитку словесного мовлення призводить до відставання в розвитку словесної пам'яті.

На успішність запам'ятовування слів нечуючими дітьми впливає те, до якої граматичної категорії відносяться слова. Нечуючі діти насамперед опановують іменником, що має пряму предметну віднесеність.

Особливості розвитку словесної пам'яті нечуючих дітей перебувають у прямій залежності від уповільненого темпу їх мовленнєвого розвитку, від неповного розуміння тексту. Діти часто розуміють, про які предмети йде мова, правильно встановлюють предметну віднесеність, досить добре можуть зрозуміти, які дії відбуваються персонажами; набагато гірше вони вловлюють відносини між персонажами.

Особливості розвитку мислення

Мислення в своєму розвитку проходить три стадії: наочно-дійове, наочно-образне і словесно-логічне, або понятійне. В останній стадії виділяються дві підстадії залежно від узагальненості, рівня сформованості понять, характеру використовуваного матеріалу – конкретно-понятійне і абстрактно-понятійне мислення.

У нечуючих дітей простежується відставання в розвитку наочно-дієвого мислення. Дослідженнями встановлено, що нечуючі діти набувають вміння вирішувати наочно-дійові завдання в більш старшому віці, ніж діти зі збереженим слухом. Дев'яти-десятилітні нечуючі діти частіше використовують більш елементарні способи дії. Нечуючі діти не володіють узагальненим способом дії, тому їм потрібно в чотири рази більше часу і в три рази більше показів, щоб навчитися вирішувати такі завдання.

У переході до наступної стадії – наочно-образного мислення – важливу роль відіграють дві взаємопов'язані умови. Перша умова – формування в дітей умінь розрізняти план реальних об'єктів і план

образів і моделей, що відображають дані об'єкти. При цьому формується вміння оперувати образами предметів або їх частин, удосконалюється і ускладнюється структура образів, утворюється система конкретних уявлень про предмет. Друга умова – розвиток мовлення.

Нечуючі діти, особливо до засвоєння словесного мовлення і навіть у процесі оволодіння ним, тривалий час продовжують залишатися на стадії наочно-образного мислення.

Виявилось, що найбільші відмінності між нечуючими і дітьми із збереженим слухом у розвитку наочно-образного мислення відзначаються на початку шкільного навчання (I клас). У період від 7 до 10 років у нечуючих дітей спостерігається більш швидкий темп розвитку наочно-образного мислення, ніж у дітей зі збереженим слухом.

Повноцінне наочно-образне мислення служить фундаментом для формування словесно-логічного мислення. Розвинуте наочно-образне мислення підводить дітей до порогу логіки, дозволяє створювати узагальнені модельні уявлення, на яких будується формування понять. У зв'язку з більш пізніми термінами формування наочно-образного мислення з уповільненим розвитком словесного мовлення перехід на стадію словесно-логічного мислення в нечуючих дітей відбувається протягом більш тривалого часу, ніж у дітей зі збереженим слухом. Це проявляється і в розвитку розумових операцій.

У розвитку аналізу і синтезу в дітей з порушеннями слуху також спостерігається відставання, так як їх життєвий досвід менш різноманітний, пізніше формується вміння виділяти як загальні, так і специфічні ознаки об'єктів, для них характерно тривале використання загальних термінів, а не спеціальних позначень, аналіз залишається менш деталізованим. Недоліки розвитку аналізу негативно позначаються на синтезі – він довше залишається менш послідовним і систематичним.

У розвитку словесно-логічного, чи понятійного, мислення в дітей із порушеннями слуху спостерігається ще більша своєрідність у порівнянні з його розвитком в однолітків зі збереженим слухом. Словесно-логічне мислення характеризується використанням понять, логічних конструкцій, що формуються і функціонують на базі мовних засобів. У зв'язку з цим великого значення набуває питання про співвідношення в розвитку мислення і мовлення.

У дітей із порушеннями слуху перетин ліній розвитку мислення і мовлення відбувається пізніше, ніж у дітей зі збереженим слухом.

Таким чином, особливості мислення дітей із порушеннями слуху можна коротко охарактеризувати наступним чином:

- у дітей з порушеннями слуху в початковій школі можливо переважання наочно-образного мислення над словесно-логічним;
- рівень розвитку словесно-логічного мислення залежить від розвитку мовлення поганочуючих учнів.

Особливості розвитку сприйняття

У розвитку всіх видів відчуттів і сприйняття в дітей з вадами слуху є специфічні особливості.

Велике значення для компенсації порушень слуху набуває зорове сприйняття. Розвиток зорового сприйняття слід розглядати відповідно до етапів його формування в дитячому віці.

У дітей з порушеннями слуху спостерігається уповільнене порівняно з добре чуючими однолітками впізнавання предметів. На думку дослідників, це пов'язано з менш докладним аналізуванням і синтезуванням предметів у минулому досвіді, з уповільненим формуванням у нечуючих дітей довільності процесу сприйняття.

При сприйнятті зображень нечуючі діти відчувають труднощі в сприйнятті і розумінні перспективних зображень, просторово-часових відносин між зображеними предметами; у них виникають труднощі в сприйнятті предметів у русі, у незвичайному ракурсі, при сприйнятті контурних зображень; діти не впізнають предмет, якщо він частково закритий іншим.

Для дитини з порушенням слуху зорове сприйняття – це і головне джерело уявлень про навколишній світ, і канал, який забезпечує можливості спілкування з іншими людьми, сприйняття зверненого до неї мовлення. У процесі навчання і виховання в цих дітей вдосконалюється тонкість і диференційованість зорового сприйняття, у тому числі міміки, рухів губ, обличчя і жестів партнерів по спілкуванню, змін положення пальців при дактилюванні.

Таким чином, зорове сприйняття дітей з вадами слуху розвивається за тими ж законами, що і сприйняття добре чуючих, але специфіка порушення призводить до несвоєчасного формування міжфункціональних взаємодій (між сприйняттям і мовленням), а це, у свою чергу, негативно впливає на розвиток однієї з найбільш складних властивостей сприйняття – свідомості. Аналогічні порушення можна виявити при аналізі інших видів сприйняття.

Порушення слуху впливає на розвиток мовлення

- Затримує розвиток мовлення.
- Словниковий запас поповнюється дуже повільно. Різниця між словниковим запасом дитини з порушеним слухом і добре чуючої дитини збільшується з віком.

- Діти з втратою слуху неправильно вимовляють звуки, особливо такі, як «с», «ш», «ф», «т», «к».
- Виникають труднощі при побудові складних речень.
- Іноді не чують власного голосу, що змушує їх розмовляти дуже голосно або дуже тихо.

4. Принципи формування здоров'язберігаючих технологій у системі освіти дітей з порушенням слуху

Проблеми збереження здоров'я учнів стали особливо актуальними на сучасному етапі. Природним стало активне використання технологій, націлених на охорону здоров'я школярів.

При проведенні здоров'язберігаючих заходів, які використовуються на уроках розвитку мовленнєвого слуху і формування вимови з дітьми в яких є порушення слуху, можна виділити декілька напрямів.

Це, передусім, створення сприятливого психологічного клімату в процесі навчання, стосунків взаємної довіри і поваги між педагогом і учнем. Дуже важливо створити позитивний психологічний настрій на початку занять.

Створення доброзичливої обстановки сприяє формуванню бажання займатися, створює сприятливі умови для успішного навчання дитини.

Важливим завданням є підтримка позитивного емоційного стану учнів. Позитивні емоції активізують діяльність головного мозку, покращують пам'ять і працездатність дітей, а в процесі діяльності вони є необхідною умовою психічного здоров'я. Навпаки, відсутність інтересу до занять, нудьга є сильним чинником стомлюваності.

Підвищенню фізичної і розумової працездатності сприяє динамізація робочої пози учнів у процесі заняття. Відомо, що велику частину уроку школярі, як правило, проводять сидячи за столом, в умовах знерухомленості і статичної напруги. У той же час встановлено, що навіть короткочасна дія статично напружених станів є чинником, пригнічуючим нейродинаміку і регуляцію вегетативних функцій організму. Тому особливу актуальність має розширення на уроці рухової активності учнів. Одним з шляхів вирішення цієї проблеми може стати динамізація робочої пози учнів (сидячи - стоячи).

Урок необхідно планувати з таким розрахунком, щоб дитина кілька разів переходила з положення «сидячи» в положення «стоячи». Учням рекомендується змінювати робочу позу 2-3 рази за урок з урахуванням сезону року, характеру попереднього уроку, стану здоров'я дитини, індивідуальних особливостей. Важлива не стільки

тривалість перебування в положенні «стоячи», скільки сам факт зміни поз.

Періодична зміна поз учнів займає важливе місце і в профілактиці короткозорості. Відомо, що порушення слуху має негативний вплив на зорову увагу, призводячи до зниження її стійкості.

Сприйняття інформації відбувається, в основному, завдяки двом сенсорним системам: слуховій і зоровій. Відсутність або поганий слух сприяють більш напруженій роботі зорової системи і є обтяжливим чинником для її функціонування, що призводить до зниження зорової працездатності і стійкості уваги. Потрібний спеціальний постійний контроль за дозуванням зорових навантажень і станом зору нечуючих дітей і слабочуючих.

Найбільш оптимальним навантаженням для дитячого ока (до 10 років) є розгляд віддалених у просторі об'єктів. У той же час велика частина навчальних занять проводиться на близьких від очей дистанціях (робота з підручником, зошитом, планшетом). Звідси часто в дітей виникають зорові розлади. Вони посилюють вже наявний дефект слуху.

Особливістю занять є те, що дидактичний матеріал розміщується на максимально можливому віддаленні від дітей. Кожен учень знаходиться строго на своїй зоровій робочій дистанції. Визначається вона тією відстанню, з якої дитина може розрізнити букви, рівні по висоті 1 см.

Необхідно дотримуватися розміру дидактичного матеріалу (сюжетні і предметні картинки, картки з буквеним текстом, цифровий матеріал). Найдрібніші деталі мають бути по висоті не менше 1 см, розмір найбільших зображень не повинен перевищувати 2-3 см.

Під час уроку доцільно чергувати заняття в режимі зорових горизонтів із заняттями на близьких дистанціях. У процесі занять учитель може виконувати з учнями вправи із зоровими мітками. У різних ділянках кабінету фіксуються або підвішуються об'єкти, які привертають увагу – яскраві зорові мітки. Ними можуть бути невеликі предмети, іграшки або яскраві картинки. Розташовувати їх рекомендується в різновіддалених ділянках кімнати: наприклад, дві підвісити до стелі в центрі кабінету, дві – зафіксувати по кутах біля фронтальної стіни.

Іграшки або картинки доцільно підбирати з таким розрахунком, щоб разом вони склали єдиний зорово-ігровий сюжет, наприклад, з відомих казок, байок і т. д. Один раз в два тижні сюжети рекомендується змінювати. Вправу необхідно виконувати в положенні «стоячи». Для цього учитель періодично дає відповідні

команди і під рахунки «один, два, три, чотири» дитина швидко фіксує погляд на вказаних зорових ділянках кімнати.

Велике значення в попередженні стомлення в дітей на заняттях належить фізкультхвилинкам. Час проведення фізкультхвилинок, можна змінювати, але в будь-якому випадку їх слід проводити при перших ознаках стомлення дітей.

Важливим напрямом здоров'язберігаючих заходів є розвиток дрібної пальцевої моторики учнів. Роботу в цьому напрямку можна здійснити на фізкультхвилинках і на різних етапах усього заняття. Пальчикова гімнастика проводиться у вигляді рухів пальців рук у поєднанні їх з розмовою. Це служить розвитку не лише дрібної моторики, але і розвитку мовлення, слухового сприйняття. Ця діяльність викликає інтерес у дітей, створює емоційний настрій. Регулярно стимулюються дії мовленнєвих зон кори головного мозку, що розвиває мовлення, удосконалює психічні процеси – увагу і пам'ять, розвиває слухове сприйняття, полегшує засвоєння навичок письма. На фізкультхвилинках можна використовувати вправи на дихання, вправи, стимулюючі кровообіг голови: різні нахили, повороти, обертання голови. Зміст вправ для фізкультхвилинок повинен змінюватися, не бути одноманітним.

Важливим моментом збереження працездатності учнів під час заняття, збереження їх розумового і психічного здоров'я є зміна видів діяльності на заняттях, зміна видів роботи протягом навіть невеликого проміжку часу.

Таким чином, використання здоров'язберігаючих технологій дозволить без яких-небудь особливих матеріальних витрат не лише зберегти рівень здоров'я дітей з порушеннями слуху, але і підвищити ефективність навчального процесу.

Необхідно зазначити, що всі здоров'язберігаючі технології, що застосовуються в навчально-виховному процесі, можна розділити на три основні групи:

- технології, що забезпечують гігієнічно оптимальні умови освітнього процесу;
- технології оптимальної організації навчального процесу і фізичної активності школярів;
- різноманітні психолого-педагогічні технології, які використовуються на уроках і в позаурочній діяльності педагогами і вихователями.

Особи з порушенням слуху погано сприймають мовлення та інші звуки. Вже незначне зниження слуху, вроджене або набуте в ранньому віці, призводить до затримки мовленнєвого розвитку дитини. Спостерігається пряма залежність розвитку мовлення від

ступеня зниження слуху. Великий вплив на мовленнєвий розвиток має час зниження слухової функції, у залежності від чого знаходиться і рівень розвитку мови. Чим старшою дитина втратить слух, тим краще мовлення в неї зберігається. У зв'язку із цим при проведенні здоров'язберігаючих технологій використовують вправи із розвитку мовлення і обов'язково залучаються логопеди.

У практичній діяльності широко використовуються наступні здоров'язберігаючі компоненти:

1. Артикуляційна гімнастика

Регулярне виконання допоможе:

- поліпшити кровопостачання органів артикуляції і їх іннервацію (нервову провідність);
- поліпшити рухливість органів артикуляції;
- зміцнити м'язову систему язика, губ, щік;
- зменшити спастичність (напруженість) органів артикуляції.

Мета артикуляційної гімнастики – вироблення правильних, повноцінних рухів і певних положень органів артикуляції, необхідних для правильної вимови звуків, і об'єднання простих рухів у складні.

Вправи для артикуляційної гімнастики не можна підбирати довільно. Артикуляційна гімнастика включає вправи як для тренування рухливості і переключення органів, відпрацювання певних положень губ, язика, правильної вимови усіх звуків, так і для кожного звуку тієї або іншої групи. Вправи мають бути цілеспрямованими: важливі не їх кількість, а вправи підбирають виходячи з правильної артикуляції звуку з урахуванням конкретного його порушення в дитини, тобто вихователь виділяє, що і як порушено.

Цілеспрямовані вправи допомагають підготувати апарат артикуляції дитини до правильного вимовляння потрібних звуків. Ці вправи підбираються, виходячи з правильної артикуляції звуку, тому їх краще об'єднувати в комплекси. Кожен комплекс готує певні рухи і положення губ, язика, виробляє правильний повітряний струмінь, тобто все те, що необхідно для правильного утворення звуку.

2. Дихальна гімнастика

Невід'ємна частина оздоровчого режиму – дихальна гімнастика, сприяюча розвитку і зміцненню грудної клітки. Вправи дихальної гімнастики спрямовані на закріплення навичок діафрагмально-мовленнєвого дихання (воно вважається найбільш правильним типом дихання). Ведеться робота над розвитком сили, плавності, тривалості видиху. Окрім оздоровчого значення, вироблення правильного дихання потрібне для подальшої роботи над корекцією звуковимови.

На кожне заняття включається декілька вправ. У міру опанування вправами додаються нові.

3. Комплекси вправ, спрямовані на профілактику порушень зору. Зорова гімнастика.

Враховуючи значні навантаження на зоровий аналізатор доцільним є використання вправ, які зменшать навантаження на нього. Для того, щоб, гімнастика для очей була цікавою і ефективною, необхідно враховувати особливості розвитку дітей, вона проводиться в ігровій формі, в якій діти можуть проявити свою активність.

Зорова гімнастика використовується:

- для поліпшення циркуляції крові і внутрішньоочної рідини очей;
- для зміцнення м'язів очей;
- для поліпшення акомодативної здатності (це здатність ока людини до хорошої якості зору на різних відстанях).

Зорову гімнастику необхідно проводити регулярно 2-3 рази в день по 3-5 хвилин. Для гімнастики можна використовувати дрібні предмети, різні тренажери.

4. Розвиток загальної моторики

Чим вища рухова активність дитини, тим інтенсивніше розвивається її мовлення. У дітей з порушеннями мовлення, часто спостерігаються «неполадки» в загальній моториці: недостатня чіткість і організованість рухів, недорозвинення почуття ритму і координації. Таким чином, розвиток загальної моторики сприяє розвитку мовлення.

Оздоровчі паузи – фізкультхвилинки, проводяться в ігровій формі в середині заняття. Вони спрямовані на нормалізацію м'язового тону, виправлення неправильних поз, запам'ятовування серії рухових актів, виховання швидкості реакції на словесні інструкції. Поєднання мовлення з певними рухами має свої переваги для дітей, які відвідують логопедичні заняття.

5. Розвиток дрібної моторики

У процесі логопедичної роботи була виявлена необхідність розвитку дрібної моторики в цілях підвищення ефективності корекційної роботи з дітьми-логопатами. Ученими доведено, що розвиток руки знаходиться в тісному зв'язку з розвитком мовлення дитини і її мисленням. Проведені дослідження і спостереження показали, що ступінь розвитку рухів пальців відповідає розвитку мовлення дитини.

У дітей при деяких порушеннях мовлення спостерігається загальна моторна недостатність, а також відхилення в розвитку рухів пальців, виражені в різній мірі.

Розвитку дрібної моторики пальців рук на корекційних заняттях приділяється особлива увага, оскільки цей вид діяльності сприяє мовленнєвому розвитку, виробленню основних елементарних умінь, формуванню графічних навичок. Доцільно поєднувати вправи по розвитку дрібної моторики з власне мовленнєвими вправами.

6. Су-джок терапія

Су-джок терапія – це один з напрямів медицини, розробленої південно-корейським професором Пак Чже Ву. У перекладі з корейської мови Су – кисть, Джок – стопа. Методика Су-джок діагностики полягає в пошуку на кисті та стопі певних зон, які є рефлекторними проєкціями внутрішніх органів, м'язів, хребта. Ці хворобливі точки відповідності (су-джок точки відповідності) вказують на ту або іншу патологію. Маючи велику кількість рецепторних полів, кисть і стопа зв'язані з різними частинами людського тіла. При виникненні хворобливого процесу в органах тіла, на кистях і стопах виникають хворобливі точки «відповідності» – пов'язані з цими органами. Знаходячи ці точки, суджок (су-джок) терапія може допомогти організму впоратися із захворюванням шляхом їх стимуляції голками, магнітами, мокасами (прогріваючими паличками), модульованим певною хвилею світлом, насінням (біологічно активними стимуляторами) і іншими впливами залежно від потреб вибраної методики лікування.

Пізніше подібні рецепторні поля були відкриті на вушній раковині (гомосистеми аурикулярної су-джок терапії), волосистій частині голови (скальпі – су-джок скальпотерапія), язика і інших частинах тіла.

Вплив на точки стоп здійснюється під час ходіння по ребристих доріжках, килимкам з гудзиками і т. п. На корекційних заняттях відбувається стимулювання активних точок, розташованих на пальцях рук за допомогою різних пристосувань (кульки, масажні м'ячики, волоські горіхи, колючі валики). Ефективний і ручний масаж пальців. Особливо важливо впливати на великий палець, що відповідає за голову людини. Кінчики пальців і нігтьові пластини відповідають за головний мозок. Масаж проводиться до появи тепла.

7. Масаж і самомасаж

Масаж – це метод лікування і профілактики, що є сукупністю прийомів механічної дії на різні ділянки поверхні тіла людини. Механічна дія змінює стан м'язів, створює позитивні кінестезії необхідні для нормалізації вимовної сторони мовлення.

У комплексній системі корекційних заходів логопедичний масаж передує, дихальній і голосовій артикуляційній гімнастиці. Правильний підбір масажних комплексів сприяє нормалізації

м'язового тонусу органів артикуляції, покращує їх моторику, що сприяє корекції вимовної сторони мовлення.

Масаж показаний дітям з розладами мовлення. Тим дітям, які найважче піддаються корекції педагогічними методами, ця процедура особливо потрібна. Якщо дитині ставлять один з діагнозів: затримка мовленнєвого розвитку, дислалія, дизартрія, затримка психічного розвитку, то в даних випадках можна скористатися цим методом корекції.

При системному проведенні масажу покращується функція рецепторів провідних шляхів, посилюються рефлексорні зв'язки кори головного мозку з м'язами і судинами. Види розвиваючого масажу, який використовують у логопедичній практиці:

- масаж і самомасаж лицьових м'язів;
- масаж і самомасаж кистей і пальців рук;
- плантарний масаж (масаж стоп);
- аурикулярний масаж (масаж вушних раковин);
- масаж м'язів язика.

Самомасаж – це масаж, що виконується самою дитиною, яка страждає мовленнєвою патологією, це динамічні артикуляційні вправи, що викликають ефект, схожий з масажним. Самомасаж органів артикуляції активізує кровообіг в області губ і язика. Дитина сама виконує прийоми самомасажу, які показує їй дорослий.

Метою логопедичного самомасажу є стимуляція кінестетичних відчуттів м'язів, що беруть участь у роботі периферичного мовленнєвого апарату і нормалізація м'язового тонусу цих м'язів.

Використання самомасажу широко застосовується з кількох причин:

- можна проводити не лише індивідуально, але і фронтально з групою дітей одночасно.
- можна використовувати багаторазово протягом дня, включаючи його в різні режимні моменти в умовах дошкільної установи.
- можна використовувати без спеціальної медичної освіти.

8. Релаксація

Релаксація – спеціальний метод, що з'явився за кордоном в 30-40-х рр. ХХ століття, спрямований на зняття м'язової і нервової напруги за допомогою спеціально підібраної техніки. Релаксація – довільний або мимовільний стан спокою, розслаблення, пов'язаний з повним або частковим м'язовим розслабленням. Вона буває мимовільною (розслаблення при відході до сну) і довільною, такою, що викликається шляхом прийняття спокійної пози, представлення

станів, зазвичай відповідних спокою, розслаблення м'язів, залучених у різні види активності.

Комплекс вправ на релаксацію використовується для навчання дітей управлінню власним м'язовим тонусом, прийомам розслаблення різних груп м'язів. На логопедичних заняттях можна використовувати релаксаційні вправи по ходу заняття, якщо в дітей виникла рухова напруга або занепокоєння. Вправи проводяться під музику. Уміння розслабитися допомагає одним дітям зняти напругу, іншим – сконцентрувати увагу, зняти збудження, розслабити м'язи, що необхідно для виправлення мовлення.

Матеріали для самоконтролю

Запитання

1. Основні причини порушень слуху.
2. Класифікація порушень слуху.
3. Які особливості психічного розвитку дітей з порушенням слуху: сприйняття, пам'ять і увага?
4. Які особливості психічного розвитку дітей з порушенням слуху: мислення, емоції та рухова сфера?
5. Особливості психічного розвитку нечуючих дітей, які виділяють сурдопсихологи.
6. Основні спеціальні освітні потреби дитини з порушенням слуху.
7. Загальні принципи формування здоров'язберігаючих технологій в системі освіти дітей з порушенням слуху.

Тестові завдання

1. Який відсоток людей, від усього населення земної кулі, мають порушення слуху в ступені, що утрудняє соціальне спілкування?

- А) 2-3 % Б) 4-6 % В) 6-8 % Г) 8-10 %

2. Який відсоток людей страждають порушенням слуху у віці 60-75 років?

- А) до 10 % Б) до 20 % В) до 30 % Г) до 40 %

3. Який відсоток людей страждають порушенням слуху у віці 75 років?

- А) 25 % Б) 35 % В) 45 % Г) 55 %

4. У якій частині випадків причину порушення слуху

встановити не вдається?

- А) 10 % Б) 20 % В) 30 % Г) 40 %

5. До вроджених причин порушення слуху належить

- А) гіпоксія плоду Б) генетичні відхилення
В) хронічні запалення вуха Г) важкі форми кору у дітей

6. До набутих причин порушення слуху належить

- А) гіпоксія плоду Б) родова травма
В) хронічні запалення вуха Г) інфекції, перенесені матір'ю

під час вагітності

7. При якому ступені глухоти і туговухості людині необхідний слуховий апарат для можливості нормально спілкуватися?

- А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

8. При якому ступені глухоти і туговухості людина може чути розмову на відстані 5-6 метрів, а шепіт – 3 метрів?

- А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

9. При якому ступені глухоти і туговухості людина може чути розмову на відстані 4 метрів, а шепіт – 1 метрів?

- А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

10. При якому ступені глухоти і туговухості людина може чути розмову на відстані 2 метрів, а шепіт не чує?

- А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

11. При якому ступені глухоти і туговухості людина може чути розмову з відстані 1 метра як шепіт, але зрозуміти її не може?

- А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

12. Нечуючі діти із залишковим слухом сприймають тільки дуже гучні звуки силою від

- А) 40-50 дБ Б) 50-60 дБ В) 60-70 дБ Г) 70-80 дБ

13. Нечуючі (глухі) краще чують звуки

- А) до 500 Гц Б) до 1000 Гц
В) до 2000 Гц Г) понад 2000 Гц

14. Нечуючі (глухі) зовсім не сприймають звуки

- А) до 500 Гц Б) до 1000 Гц
В) до 2000 Гц Г) понад 2000 Гц

15. Якщо нечуючі відчувають звуки гучністю 70-85 дБ, то яка у них ступінь туговухості?

- А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

16. Якщо нечуючі (глухі) відчувають звуки силою більше 85 дБ, то яка у них ступінь туговухості?

- А) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

17. Якщо дитина чує звуки гучністю від 20-50 дБ і більше, то

яка у неї ступінь туговухості?

- A) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

18. Якщо дитина чує звуки гучністю від 50-70 дБ і більше, то яка у неї ступінь туговухості?

- A) 1 Б) 2 В) 3 Г) 4

19. Пізнооглухші – це діти, які втратили слух внаслідок якої-небудь хвороби або травми у віці після

- A) 6 міс. Б) 1 року В) 1,5 року Г) 2-3 років

20. Порушення слуху, які виникають із-за блокування будь-якої якості, яка з'являється в зовнішньому або середньому вусі. При цьому звук не може нормально проникати у внутрішнє вухо.

- A) кондуктивні Б) невральні
В) сенсорні Г) змішані

21. Порушення слуху, які виникають внаслідок повної втрати мозком здатності сприймати і обробляти електричні імпульси. У деяких випадках мозок не може правильно розшифрувати отримані сигнали.

- A) кондуктивні Б) невральні
В) сенсорні Г) змішані

22. Порушення слуху, які з'являються, якщо є порушення функціонування волоскових клітин внутрішнього вуха.

- A) кондуктивні Б) невральні
В) сенсорні Г) змішані

23. Комбіновані порушення, при яких є дисфункції волосяних клітин, а також великі неточності при сприйнятті та обробці мозком сигналів звукової природи.

- A) сенсоневральні Б) невральні
В) сенсорні Г) змішані

24. При якій втраті слуху звукові сигнали не можуть нормально передаватися від зовнішнього і середнього вуха до внутрішнього, а також є порушення функціонування внутрішнього вуха, зон мозку і невральних частин системи слуху?

- A) сенсоневральні Б) невральні
В) сенсорні Г) змішані

25. Основним способом сприйняття усного мовлення для дітей з порушеним слухом є

- A) слухо-зоровий Б) слуховий
В) зоровий Г) тактильний

26. При тотальній глухоті найефективнішим є використовувати

- A) дактилогії Б) письмового мовлення
В) жестового мовлення Г) всі відповіді вірні

27. Зміцнити м'язову систему язика, губ, щік можна за допомогою

- А) дихальної гімнастики Б) артикуляційної гімнастики
В) розвитку дрібної моторики Г) релаксації

28. Який вид діяльності сприяє мовленнєвому розвитку, виробленню основних елементарних умінь, формуванню графічних навичок?

- А) дихальна гімнастика Б) артикуляційна гімнастика
В) розвиток дрібної моторики Г) масаж

29. Який вид діяльності покращує функцію рецепторів провідних шляхів, посилює рефлексорні зв'язки кори головного мозку з м'язами і судинами?

- А) дихальна гімнастика Б) артикуляційна гімнастика
В) розвиток дрібної моторики Г) масаж

30. Які розлади в загальній моториці спостерігаються у дітей з порушеннями мовлення?

- А) недостатня чіткість і організованість рухів
Б) недорозвинення почуття ритму
В) недорозвинення координації
Г) всі відповіді вірні

Література

1. Бочарова Е. А. Специальная психология: учебное пособие / под ред. П.И. Сидорова. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2009. С. 55-64.

2. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2011. С. 88-91.

3. Использование здоровьесберегающих технологий в работе с детьми, имеющими нарушения в развитии: методическое пособие /ТОУНБ им. А. С. Пушкина, Отдел организации обслуживания инвалидов по зрению; МБЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики»; отв. за выпуск А. А. Коваленко. Томск, 2013. С. 11-30.

4. Колупаєва, А. А., Савчук Л.О. Діти з особливими потребами та організація їх навчання: науково-методичний посібник. Вид. доп. та перероблене. Серія «Інклюзивна освіта» К.: 2011. С. 41-42.

5. Методические рекомендации по работе с детьми с ограниченными возможностями в условиях дошкольной образовательной организации / [Т. Орусбаева, А. Надирбекова,

Д. Дунганова и др.]. Б.: 2015. С. 26-46, 78-79.

6. Омельченко Л. П., Омельченко О.В. Здоров'ятворча педагогіка. Х. : Вид. група «Основа», 2008. С. 52-53.

7. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е.А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова и др.; Под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Издательский центр «Академия», 2001. С. 94-124, 159-182.

8. Хитрюк В.В. Основы дефектологии: учеб. пособие. Мн.: Изд-во Гревцова, 2009. С. 154-165.

9. Яковлева С.Д. Анатомо-фізіологічні та клінічні основи дефектології: Навчальний посібник. Херсон: Персей, 2012. С. 5-72.

РОЗДІЛ 6

Здоров'язберігаючі технології в процесі навчання дітей з інтелектуальними порушеннями

1. Поняття про інтелект. Причини та класифікація затримки психічного розвитку

2. Клінічна характеристика дітей з інтелектуальними порушеннями

3. Особливості реалізації здоро'язберігаючих технологій при роботі з дітьми із ЗПР та інтелектуальними порушеннями

1. Поняття про інтелект. Причини та класифікація затримки психічного розвитку

Поняття інтелект об'єднує всі пізнавальні здібності індивіда: відчуття, сприйняття, пам'ять, мислення, уяву.

Інтелект – це загальна розумова здатність, яка включає можливість аналізувати матеріал, здогадуватися, здійснювати розумові процеси синтезу, абстракції, робити висновки, планувати, вирішувати проблеми, розуміти складні ідеї, створювати поняття, умовиводи, швидко навчатися і вчитися на підставі досвіду.

Для кількісного аналізу інтелекту використовується поняття IQ – коефіцієнт розумового розвитку.

Порушення інтелекту поділяються на дві основні групи:

1. Тимчасові порушення інтелекту.

2. Стійкі порушення інтелекту, бувають вродженими або рано (до 3 років) набутими (олігофренія) і набутими (деменція).

Тимчасові порушення інтелекту виникають при деяких психозах, частіше при гострих інфекціях, і виражаються порушеннями осмислення. Хворий втрачає здатність виробляти основні розумові операції, встановлювати причинні зв'язки між предметами і явищами навколишнього світу, тому він не може усвідомити, того що його оточує і де він знаходиться. Такий стан може тривати декілька днів, а іноді і декілька місяців. Збільшення тривалості аментивного стану прогностично несприятливе, оскільки може привести до стійкого послаблення інтелекту.

Причиною тимчасових порушень інтелекту ще можуть бути:

- інтоксикації (харчові отруєння, алкогольна, наркотична та ін.);
- судинні захворювання головного мозку (гіпертонічна хвороба, ревмоваскуліт, мозкові інсульти та ін.);
- черепно-мозкова травма (струс, забій і здавлення головного мозку);

- гостра реакція на стрес (смерть близької людини, сімейна сварка, втрата роботи тощо).

Кожен з психічних розладів має свої клінічні особливості, проте загальне, що об'єднує їх – це розвиток тимчасового ослаблення інтелекту в гострому періоді захворювань.

Клініка тимчасових знижень інтелекту проявляється у вигляді різних порушень вищих мозкових функцій, і, перш за все мислення. При цьому у хворих втрачається здатність до розумових операцій, встановлення причинних зв'язків між явищами і предметами навколишнього світу.

Стійке зниження інтелекту може бути вродженим (раніше позначалось терміном олігофренія) або набути (деменція). Вроджене зниження інтелекту є результатом уповільнення або зупинки розвитку інтелекту в ранньому віці під впливом різних чинників (генетичних, шкідливостей внутрішньоутробного розвитку і т.п). Ідентифіковано понад 200 синдромів, які пов'язані з інтелектуальними порушеннями, зачіпають практично будь-яку ланку біохімії і фізіології мозкового функціонування. Деменції пов'язані з розпадом вже сформованого інтелекту внаслідок хвороб мозку (травми, інфекції, інтоксикації, психічні захворювання).

За сучасною міжнародною класифікацією (МКХ-10) на основі психометричних досліджень розумову відсталість поділяють на чотири форми: легку (IQ в межах 40-69), помірну (IQ в межах 35-39), важку (IQ в межах 20-34), глибоку (IQ нижче 20).

У МКХ-10, класифікації захворювань класу V – психічні розлади і розлади поведінки класифікуються під рубрикою F00-F99 і використовується термін «розлад» замість термінів «хвороба» і «захворювання».

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – це уповільнення темпу розвитку психіки, який частіше виявляється при поступленні до школи і виражається в нестачі загального запасу знань, обмеженості представлень, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів і нездатності займатися інтелектуальною діяльністю.

Численними дослідженнями встановлені такі основні риси дітей із ЗПР: підвищена виснажуваність і в результаті її низька працездатність; незрілість емоцій, волі, поведінки; обмежений запас загальних відомостей і уявлень; бідний словниковий запас, несформованість навичок інтелектуальної діяльності; не повністю сформована ігрова діяльність.

ЗПР є зворотним порушенням інтелектуальної і емоційно-вольової сфери, що супроводжуються специфічними труднощами в навчанні. У дитячих садках серед дітей підготовчих груп частота ЗПР

складає 5%, а в молодшому шкільному віці – 4-8 %. Частота поширеності ЗПР, за даними клініцистів, коливається від 2 до 20% в популяції. Такі значні коливання обумовлені передусім відсутністю єдиних методологічних підходів до формулювання діагнозу ЗПР.

Причини ЗПР різноманітні. Чинники ризику виникнення у дитини ЗПР умовно можна розділити на дві основні групи: біологічні і соціальні.

Серед біологічних чинників виділяються дві групи: медико-біологічні і спадкові.

До медико-біологічних причин відносяться ранні органічні ушкодження ЦНС. У більшості дітей в анамнезі спостерігається обтяжений перинатальний період, пов'язаний, передусім з ускладненим перебігом вагітності і пологів.

Серед причин *біологічного характеру*, що діють в перинатальному періоді і викликають ЗПР, найбільше значення мають патологія вагітності (важкий токсикоз, резус-конфлікт, гіпоксія плоду та ін.), внутрішньоутробні інфекції, інтоксикації, внутрішньочерепні родові травми, недоношеність, жовтяниця новонароджених, фетальний алкогольний синдром, асфіксія при пологах і т. д., що призводять до так званої перинатальної енцефалопатії. У постнатальному періоді і ранньому дитячому віці ЗПР можуть викликати важкі соматичні захворювання дитини (гіпотрофія, грип, нейроінфекції, рахіт), черепно-мозкові травми, епілепсія і епілептична енцефалопатія та ін.

Особливо вразливим є мозок у другій половині вагітності і перші 20 тижнів після народження, оскільки структури ЦНС стають найбільш чутливими до патогенних впливів.

До чинників ризику внутрішньоутробної патології можна віднести літній або дуже юний вік матері, а також важкі хронічні соматичні захворювання до або під час вагітності. Усе це може проявлятися в низькій масі тіла дитини при народженні, в синдромах підвищеної нервово-рефлекторної збудливості, в порушеннях сну, в підвищеному м'язовому тонусі в перші тижні життя.

Часто ЗПР може бути обумовлена інфекційними захворюваннями в дитячому віці, черепно-мозковими травмами, важкими соматичними захворюваннями.

Усі перераховані чинники можуть мати негативний вплив на процес дозрівання ЦНС дитини і її наступний нервово-психічний розвиток.

ЗПР іноді має *спадкову природу* і в деяких сім'ях діагностується з покоління в покоління. До спадкових чинників ЗПР відноситься вроджена і у тому числі спадкова неповноцінність ЦНС дитини.

Крім медико-біологічних чинників ЗПР може виникати під впливом *чинників середовища (соціально-психологічних)*, що проте не виключає наявності первинної органічної основи порушення.

До несприятливих психосоціальних умов, які посилюють ЗПР можна віднести виховання дітей у неповних сім'ях, психічні травми, часті конфлікти і неузгодженість підходів до виховання, небажана вагітність, педагогічна занедбаність, несприятливі екологічні чинники і т.п.

Крім цього деякі автори виділяють *психологічні фактори*, які сприяють формуванню ЗПР. Серед психологічних факторів виділяють особливості і типи сімейного виховання, рання психічна і соціальна депривація дитини, тривалі стресові ситуації, в яких знаходиться дитина та ін.

Важливу роль у виникненні ЗПР відіграє поєднання біологічних і соціально-психологічних факторів.

Класифікація ЗПР

Група дітей із ЗПР неоднорідна. У спеціальній психології запропонована безліч класифікацій ЗПР. Найпоширенішою є етіопатогенетична класифікація, запропонована К. С. Лебединською, яка виділяє 4 клінічні типи ЗПР.

ЗПР конституціонального генезу обумовлена уповільненням дозрівання ЦНС. При цьому варіанті на перший план у структурі дефекту виступають риси емоційної і особистісної незрілості. ЗПР характеризується гармонійним психічним і психофізичним інфантилізмом. При психічному інфантилізмі дитина поводить, як більш молодша за віком; при психофізичному інфантилізмі страждає емоційно-вольова сфера і фізичний розвиток. У дітей спостерігається невідповідність психічного віку їх паспортному віку. Антропометричні дані і поведінка таких дітей не відповідають хронологічному віку. Вони емоційно лабільні, безпосередні, відрізняються недостатнім об'ємом уваги і пам'яті. Емоційно-вольова сфера дитини знаходиться на більш ранньому етапі фізичного і психічного становлення. Навіть у шкільному віці у них переважають ігрові інтереси. Такі діти проявляють творчість в грі, ця діяльність для них найпривабливіша, на відміну від навчальної. Займатися вони не люблять і не хочуть.

ЗПР соматогенного генезу обумовлена важкими і тривалими соматичними захворюваннями дитини в ранньому віці, що неминуче затримують дозрівання і розвиток ЦНС. У анамнезі дітей з соматогенною ЗПР часто зустрічаються бронхіальна астма, серцево-судинна і ниркова недостатність, ендокринні захворювання, пневмонії, алергічні стани, вроджені вади розвитку внутрішніх

органів і т. д. Зазвичай такі діти довгий час лікуються в лікарнях, що на додаток обумовлює ще і сенсорну депривацію. Діти ростуть в умовах обмежень і заборон, звужується коло спілкування, у них недостатньо поповнюється запас знань і уявлень про оточення. Часто виникає вторинна інфантилізація, формуються риси емоційно-особистісної незрілості, що разом зі зниженням працездатності і підвищеною стомлюваністю, не дозволяє дитині досягти оптимального рівня вікового розвитку.

У всіх дітей з цією формою ЗПР мають місце виражені астеничні симптоми у вигляді головного болю, підвищеної стомлюваності, зниження працездатності. На цьому фоні з'являються переживання, знижується увага, пам'ять. Дітям властива боязливість, сором'язливість, невпевненість у собі.

ЗПР психогенного генезу обумовлена несприятливими соціальними умовами, в яких перебуває дитина (бездоглядністю, гіперопікою, жорстоким поведінням). Діти цієї групи мають нормальний фізичний розвиток, функціонально повноцінні мозкові системи, соматично здорові. ЗПР психогенного походження пов'язана з грубо вираженими несприятливими умовами виховання, що викликають порушення формування особистості дитини.

При ранньому виникненні і тривалій дії психотравмуючих чинників можуть виникнути стійкі порушення в нервово-психічній сфері дитини, що призводить до невротичних і неврозоподібних порушень, патологічного розвитку особистості.

Дефіцит уваги формує психічну нестійкість, імпульсивність, відставання в інтелектуальному розвитку. Підвищена турбота (гіперопіка) виховує у дитині безініціативність, егоцентризм, безвольність, відсутність цілеспрямованості.

В умовах бездоглядності (гіпоопіки) може формуватися варіант психогенного інфантилізму з переважанням виражених явищ психічної нестійкості (відсутність почуття обов'язку і відповідальності, невміння гальмувати свої емоції, імпульсивність і підвищена навіюваність).

ЗПР церебрально-органічного генезу зустрічається найчастіше. Вона характеризується первинним порушенням пізнавальної діяльності, є найбільш стійкою і представляє найбільш важку форму. Обумовлена первинним не грубим органічним ураженням головного мозку. Її етіологія пов'язана з органічною недостатністю нервової системи, переважно резидуального характеру: внаслідок деяких вад генетичного розвитку, патології вагітності і пологів, нейроінфекцій, інтоксикацій і травм, перенесених у перші роки життя.

При ЗПР церебрально-органічного генезу порушення можуть зачіпати окремі сфери психіки або мозаїчно проявлятися в різних психічних сферах. ЗПР церебрально-органічного генезу характеризується несформованістю емоційно-вольової сфери і пізнавальної діяльності: відсутністю жвавості і яскравості емоцій, низьким рівнем домагань, вираженою навіюваністю, бідністю уяви, руховою розгальмованістю.

Діти із ЗПР церебрально-органічного генезу на відміну від дітей перших трьох груп, у яких відхилення носять тимчасовий характер і при своєчасній корекційній допомозі можуть бути подолані, мають стійкі стани, при цьому вимагається тривала допомога упродовж багатьох років. Ці діти потребують складнішого лікування, ніж при неврозоподібних станах і соматогенних астеніях, а також і складнішої педагогічної корекції.

2. Клінічна характеристика дітей з інтелектуальними порушеннями

Інтелектуальним порушенням (розумовою відсталістю) називають стійке порушення пізнавальної діяльності внаслідок ураження головного мозку. Згідно з сучасними науковими уявленнями, поняття «розумова відсталість» має узагальнене значення, яке об'єднує різні за походженням форми патології психічної діяльності.

Розумова відсталість не є окремим захворюванням або особливим станом, швидше це загальна назва багатьох відхилень, різних за своєю природою і ступенем вираженості.

Термін «розумова відсталість» став загальноприйнятим у світовій психіатрії, увійшов до міжнародних класифікацій психічних хвороб і національних класифікацій багатьох країн, замінивши термін «олігофренія», який тривалий час був загальноприйнятим терміном для позначення станів розумової відсталості. Термін «олігофренія» запропонував Е. Краєрлін (1915), яким відмежував вроджене недоумство від недоумства набутого – деменції. Поняття «розумова відсталість» ширше, оскільки включає захворювання як з вродженим так і набутих недорозвитком психічних функцій.

Розумова відсталість широко поширена у всьому світі (1-3% населення). Приблизно 75% осіб, яких відносять до розумово відсталих, мають легку відсталість (IQ>50). Інші, тобто ті, у кого IQ<50, складають приблизно 4 на 1000 населення 10-14 років.

Усі етіологічні чинники розумової відсталості прийнято поділяти на екзогенні і ендогенні.

Екзогенні (зовнішні) причини

До екзогенних причин розумової відсталості відносяться в основному ті фактори, які діють внутрішньоутробно (пренатальні чинники), під час пологів (перинатальні) і відразу після пологів (ранні постнатальні).

До числа пренатальних факторів відносяться *неповноцінне харчування, інтоксикації, радіоактивне опромінення*. Вони сприяють недоношеності і ускладненням під час пологів.

Чинниками здатними вплинути на внутрішньоутробний розвиток плоду можуть бути алкоголізм, вживання під час вагітності лікарських препаратів, згубно діючих на плід, інфекційні хвороби матері, що впливають на плід (краснуха, грип, токсоплазмоз, лістеріоз та ін.).

Перинатальні чинники включають крововиливи в мозок, гіпоксію (киснєве голодування), механічне пошкодження головного мозку під час пологів.

Найпоширеніші постнатальні причини – важкі інфекційні захворювання новонароджених, переважно менінгіти та енцефаліти. Слід зауважити, що далеко не у всіх хворих, які піддавалися дії цих факторів, розвивається розумова відсталість. Крім того, її розвиток у більшій мірі залежить від часу, коли діяв фактор, ніж від його природи. Іншими словами, будь-який з факторів, діючи в певний період індивідуального розвитку, може призводити до розвитку однієї і тієї ж форми розумової відсталості, а той же самий фактор, діючи в різні періоди, може викликати різні її форми.

Ендогенні (внутрішні) причини

Зміна спадкових структур (мутації) – найбільш часті причини розумової відсталості. Розумова відсталість обумовлена генетичними причинами, зокрема хромосомними: хвороба Шерешевського-Тернера, Клайнфельтера, хвороба Дауна та ін. Розумова відсталість може розвиватися і при ушкодженні окремих генів, наприклад, фенілкетонурія, гістидинемія, гаргоїлізм.

У людини мутації виникають постійно. Вони відбуваються під впливом фізичних чинників (іонізуюча радіація), хімічних речовини (інсектициди, фунгіциди, гербіциди, формальдегід), деяких біологічних чинників (вірусів гепатиту, грипу, краснухи, кору, вітряної віспи, паротиту та ін.). Окрім цього, для появи мутацій має значення вік батьків. Основною причиною вікового чинника є старіння статевих клітин.

Ендокринні захворювання та метаболічні дефекти. Діабет матері може бути причиною відставання в розумовому розвитку її дитини. Фенілаланінова ембріопатія виникає в тому випадку, якщо у

матері має місце фенілкетонурія,

Високий ризик народження розумово відсталих дітей пов'язаний з гіпоксією плода у матерів, які страждають у важкій формі *хронічними захворюваннями*: серцево-судинною недостатністю, хворобами печінки і нирок, діабетом, хворобами щитовидної залози. Ці хвороби сприяють також недоношеності і ускладненню під час пологів. Порушення психічного розвитку дитини може виявитися наслідком взаємодії багатьох шкідливих речовин, що діють як внутрішньоутробно, так і протягом пологів.

Несумісність за Rh-фактором і за факторами АВО. Приблизно в однієї з восьми жінок Rh-фактор у крові відсутній. Діти цих жінок можуть постраждати від Rh-несумісності, якщо у чоловіків цей чинник є. Rh-позитивний плід, який отримав цей фактор від батька, провокує вироблення антитіл у крові матері. Ці антитіла, проникаючи в кровообіг дитини, руйнують його еритроцити. Виникаючий в результаті еритробластоз призводить до порушення ЦНС, що в подальшому може проявитися в розумовій відсталості, порушеннях слуху та інших неврологічних симптомах.

У 9% випадків розумової відсталості причиною ураження мозку стають *перинатальні шкідливості*, що пов'язують з гіпоксією. Нестача кисню в процесі пологів може бути обумовлена важкими хворобами матері (серцево-судинною недостатністю, захворюваннями крові і т. д.). Асфіксія плода зазвичай поєднується з родовою травмою, чому сприяють швидкі або затяжні пологи, вузький таз, лицьове передлежання, сідничне передлежання плода, недоношеність і переносеність плода, згадані шкідливості внутрішньоутробного періоду.

Етіологія розумової відсталості встановлена в 35% розумово відсталих осіб і вони отримали назву диференційовані форми.

До групи диференційованої розумової відсталості відносяться в першу чергу нозологічно самостійні захворювання, для яких розумова відсталість є лише одним із симптомів, як правило, найважчим.

До диференційованих форм розумової відсталості прийнято відносити *спадково обумовлені форми* (хвороба Дауна, синдром Клайнфельтера, синдром трипло-Х, синдром Марфана, фенілкетонурія, галактоземія та ін.), *екзогенно-обумовлені форми* розумової відсталості (розумова відсталість викликана токсоплазмозом, вродженим сифілісом, краснухою, гемолітичною хворобою новонароджених та ін.) та розумова відсталість змішаної етіології (вроджений гіпотіреоз, краніостеноз та ін.).

Клінічні форми інтелектуальних порушень

Клінічні прояви розумової відсталості, включаючи сам інтелектуальний дефект, поліморфні як за характером, так і за ступенем вираженості.

Клінічна картина розумової відсталості проявляється симптомами загальної психічної неповноцінності, соматичними і неврологічними розладами, які є показниками недорозвинення і (або) неправильного розвитку не лише головного мозку, але і всього організму.

Клінічна картина при різних формах інтелектуальних порушень неоднакова і залежить від характеру пошкоджуючих чинників, часу початку їх впливу і інтенсивності (ступеня важкості ушкодження ЦНС), від локалізації хворобливого процесу, а також від опірності організму і шкідливих впливів, діючих на подальших етапах розвитку дитини в період активного формування психічних функцій.

У соматичному статусі при розумовій відсталості, пов'язаній з порушеннями внутрішньоутробного розвитку, відзначаються, як правило, різноманітні аномалії розвитку і дисплазії у вигляді деформацій і змін розмірів черепа, у тому числі мікроцефалія і макроцефалія, аномалій будови і розташування вушних раковин, очей, щелеп, зубів, укорочення фаланг пальців, шестипалість або чотирипалість, вади розвитку внутрішніх органів – серця, легень, сечостатевого органів, а також шлунково-кишкового тракту. Часто спостерігається відставання у фізичному розвитку, порушення пропорцій тіла, викривлення хребта. Характерне відставання в зрості, диспластичність тілобудови, недорозвинена рухова сфера, порушені темп, плавність, ритмічність і точність рухів. Всі ці ознаки недорозвинення мають різну ступінь вираженості, що залежить від форми розумової відсталості.

В основі розумової відсталості лежить ушкодження головного мозку. Найбільш грубі структурні порушення мозку спостерігаються при важких формах розумової відсталості і проявляються в його недорозвиненні. Страждає і зовнішній вигляд мозку. Малюнок борозн і звивин спрощений: мікрогірія, пахігірія. У деяких хворих спостерігається неправильне розташування клітин у шарах сірої речовини головного мозку, мала кількість нервових клітин, недорозвинення білої речовини і т.д. Ці анатомічні зміни обумовлені раннім внутрішньоутробним ушкодженням.

У випадках пізнього ураження мозку травматичного, запального, судинного характеру можуть мати місце рубці, кісти, потовщення оболонок і зрощення їх з мозковою тканиною, гідроцефалія.

Крім того, нерідко виявляються різні неврологічні розлади: парези і паралічі черепних нервів (косоокість, асиметрія обличчя, птоз, розлади слуху, зору), порушення чутливості, зміни рефлексів аж до повної їх відсутності, судомні явища, порушення м'язового тону, різні трофічні розлади.

Ознаки недорозвинення проявляються в особливостях мовлення, моторики, страждає також сприйняття, пам'ять і увага, спостерігаються емоційно-вольові порушення, дефекти зору і слуху. Одночасно з явною недостатністю смислової пам'яті іноді спостерігається гарна ізольована пам'ять на імена, числа, дати, мелодії. Запас знань завжди обмежений. Їм важко відрізнити головне від другорядного, диференціювати явища різного порядку, краще засвоюється форма, ніж внутрішній зміст явищ.

Для розумової відсталості характерна недостатність вищих психічних функцій (здатність до зіставлень, узагальнень, аналізу і синтезу, здатність до творчого, оригінального і абстрактного мислення, до самостійних суджень і умовиводів).

У розумово відсталих осіб слабо виражена схильність до фантазування, так як вони не можуть створювати нові образи з матеріалу старих уявлень.

Найбільш же істотним порушенням психічної діяльності осіб з розумовою відсталістю є недостатність критичного ставлення до себе і ситуації, нездатність зрозуміти доцільність своїх вчинків і передбачати їх наслідки.

Загальною характерною ознакою для емоційно-вольової сфери цих осіб є переважання не так тонких диференційованих емоцій, скільки афектів. Емоційні переживання обмежені інтересами, мають до них безпосереднє відношення. Чим сильніше виражена розумова відсталість, тим більше бажань, спрямованих на задоволення елементарних потреб (вгамувати голод, уникнути холоду, спеки і т.д.). Вони рідко відчувають невдоволення собою, провину. Недорозвинення і недосконалість вольових функцій може проявлятися в своєрідному поєднанні сугестивності, пасивної підпорядкованості і впертості, імпульсивності.

Відмінність дітей з ЗПР від розумової відсталості

На відміну від розумової відсталості, де психічний, в першу чергу інтелектуальний, розвиток має виражений і головне – незворотний характер, при ЗПР, передусім, йдеться про уповільнення темпу розвитку психіки дитини.

На відміну від ЗПР, розумова відсталість є незворотним порушенням, а ЗПР це уповільнення темпу розвитку психіки дитини.

На відміну від розумово відсталих дітей, в дітей із ЗПР вища здатність учитися. Вони краще використовують допомогу вчителя і здатні застосувати показаний спосіб дії і під час аналогічних завдань.

Для порушення пізнавальної діяльності при ЗПР характерна порціальність, багатозначність у розвитку всіх компонентів психічної діяльності дитини. Для розумової відсталості характерно дифузне, розмите пошкодження кори головного мозку.

У порівнянні з розумово відсталими дітьми у дітей з ЗПР набагато вищий потенціал можливості розвитку їх пізнавальної діяльності, особливо вищих форм: мислення, спілкування, порівняння, аналізу і синтезу.

На відміну від розумової відсталості, при якій страждають розумові функції, при ЗПР страждають передумови інтелектуальної діяльності: увага, мовлення, фонематичний слух. Крім того, на відміну від розумової відсталості, при ЗПР нерідко домінують явища не інтелектуального, а емоційного дизонтогенезу – психічного (часто психофізичного) інфантилізму.

При обстеженні дітей з ЗПР в комфортних для них умовах і в процесі цілеспрямованого виховання і навчання з'ясовано, що діти здатні співпрацювати з дорослими, використовувати їх допомогу, що не спостерігається у дітей з розумовою відсталістю. Діти із ЗПР легко приймають допомогу однолітка. Вони намагаються зрозуміти прочитане, тоді як при розумовій відсталості таке бажання відсутнє.

Ігрова діяльність для дітей ЗПР на відміну від розумово відсталих носить більш емоційний характер. Для дітей з ЗПР характерно більше яскравих емоцій, які дозволяють зосередитися на виконанні завдання, чим більше дитина зацікавлена завданням, тим вище результат.

Більшість дітей із ЗПР з дошкільного віку достатньо володіють образотворчою діяльністю. У розумово відсталих без спеціального навчання образотворчої діяльності не виникає. Така дитина залишається на рівні черкання (криві будиночки, букви і цифри хаотично розкидані по паперу).

3. Особливості реалізації здоро'язберігаючих технологій при роботі з дітьми із ЗПР та інтелектуальними порушеннями

У сучасному освітньому процесі все більш актуальною стає проблема збереження здоров'я дитини.

Здоров'я дитини, її адаптація до життя в суспільстві багато в чому визначається довіллям. А для дитини таким середовищем є, передусім, школа, де вона проводить до 70% свого часу. Тому здоров'язберігаючі технології стали пріоритетними для сучасної

освіти. Важливе завдання сьогодення – навчити дитину різним прийомам і методам збереження і зміцнення свого здоров'я.

Комплексне використання здоров'язберігаючих технологій в навчальному і виховному процесі дозволяє зменшити стомлюваність, покращує емоційний настрій і підвищує працездатність школярів, а це у свою чергу сприяє збереженню і зміцненню їх здоров'я.

Якщо раніше, розглядаючи здоров'язберігаючі технології, робили акцент саме на фізичному стані здоров'я дитини, то тепер більше уваги приділяється загальному здоров'ю: фізичному, психічному, моральному, соціальному. Разом з постійною турботою про фізичне здоров'я дитини не менше зусиль від батьків і педагогів вимагає і інтелектуальний розвиток дитини. І тепер завдання учителя – не просто проводити уроки в чистому кабінеті, стежити за поставою і проводити фізкультхвилинки. Важливіше створювати психологічно і емоційно сприятливу атмосферу в школі, формуючу здорову особистість.

Особливо важливе питання використання здоров'язберігаючих технологій в корекційній роботі з дітьми.

Здоров'язберігаюча діяльність освітніх закладів здійснюється в різних напрямках:

- Медико-профілактичний забезпечує збереження і примноження здоров'я дітей під керівництвом медичного персоналу.

- Фізкультурно-оздоровчий – спрямований на фізичний розвиток і зміцнення здоров'я дитини, реалізується в основному керівниками фізичного виховання.

- Соціально-психологічний – на забезпечення емоційної комфортності і позитивного психологічного самопочуття дитини, реалізується в основному психологом.

- Спортивно-досуговий – на розвиток фізичних якостей.

- Освітній – на навчання здорового способу життя.

- Інформаційно-освітній – на залучення сім'ї до здорового способу життя і взаємодію з дошкільною установою з питань збереження і зміцнення здоров'я дітей.

У роботі з дітьми із ЗПР необхідно створити педагогічні умови здоров'язберігаючого процесу виховання і розвитку дітей. Здоров'язберігаючі педагогічні технології застосовуються в різних видах діяльності і представлені в трьох видах:

- технології збереження і стимулювання здоров'я;

- технології навчання ЗСЖ;

- корекційні технології.

Вибір здоров'язберігаючих технологій залежить від програми, за якою працює школа, від умов навчання і можливостей

школи, від професіоналізму педагогів.

1. Технології збереження і стимулювання здоров'я:

Рухливі і спортивні ігри проводяться під час занять фізкультурою, на прогулянці. Ігри підбираються відповідно до віку дитини, місця і часу їх проведення.

Чим вища рухова активність дитини, тим інтенсивніше розвивається її мовлення, пам'ять, логіка. У дітей із ЗПР, часто спостерігаються розлади моторики: недостатня чіткість і організованість рухів, недорозвинення почуття ритму і координації. Таким чином, розвиток загальної моторики сприяє розвитку мовлення і інших психічних процесів.

Дихальна гімнастика застосовується в різних формах фізкультурно-оздоровчої роботи. Вона зміцнює і оздоровлює систему дихання, благотворно діє на нервову систему.

Важливо при її проведенні забезпечити провітрювання приміщення, педагогові дати дітям інструкції про обов'язкову гігієну порожнини носа перед проведенням процедури.

Артикуляційна гімнастика сприяє поліпшенню рухливості органів артикуляції, кращому кровопостачанню органів артикуляції, зменшує напруженість органів артикуляції, зміцнює м'язову систему язика, губ, щік, а також виробленню правильних, повноцінних рухів і певних положень органів артикуляції, необхідних для правильної вимови звуків. До артикуляційної гімнастики можна віднести роботу з розвитку мовлення, лічилки, ритмічні вірші, усні перекази, хоріві повторення, які використовуються на уроках не лише для розумового, психологічного і естетичного розвитку, але і для зняття емоційної напруги.

Релаксація – проводиться під час інтелектуальних занять для зняття напруги або підготовки дітей до сприйняття великого блоку нової інформації. Це може бути прослуховування спокійної музики, звуків природи, міні-аутотренінг.

Фізкультхвилинка – динамічна пауза під час інтелектуальних занять. Проводиться з урахування стомлюваності дітей. Це може бути дихальна гімнастика, гімнастика для очей, легкі фізичні вправи. Тривалість – 2-3 хвилини.

Зміна видів діяльності – це чергування різних видів діяльності на уроці (усна робота, письмова, ігрові моменти і ін.). Проводиться з метою попередження швидкої стомлюваності і підвищення інтересу учнів.

Розвиток дрібної моторики. З метою підвищення ефективності корекційної роботи з дітьми із ЗПР важливо розвивати дрібну моторику. Науковцями доведено, що розвиток руки знаходиться в

тісному зв'язку з розвитком мовлення дитини і її мислення. Дрібна моторика пальців рук сприяє мовленнєвому розвитку, виробленню основних елементарних умінь, формуванню графічних навичок. Доцільно поєднувати вправи по розвитку дрібної моторики з власне мовленнєвими вправами.

Пальчикова гімнастика рекомендується усім дітям, особливо з мовленнєвими проблемами. Вона застосовується на уроках, де учні багато пишуть. Це недовга розминка пальців і кистей рук.

Гімнастика для очей. Навантаження на очі у сучасної дитини величезне, а відпочивають вони тільки під час сну. Гімнастика для очей корисна усім з метою профілактики порушень зору. Проводиться щодня по 3-5 хв. в будь-який вільний час в залежності від інтенсивності зорового навантаження. Вправи слід виконувати 2-3 рази на день по кілька хвилин. **Дітей** вже з 2-х років треба навчати різним вправам для очей. Для того, щоб, гімнастика для очей була цікавою і ефективною, необхідно враховувати особливості розвитку дітей, вона проводиться в ігровій формі, у якій діти можуть проявити свою активність.

Регулярна гімнастика для очей дозволяє дати необхідний відпочинок очам, підвищує працездатність зору, покращує **кровообіг**, попереджає розвиток деяких захворювань очей, є профілактикою короткозорості і далекозорості. Крім того, будь-який навчальний матеріал засвоюється більш ефективно.

Ігри. Будь-які: дидактичні, ролеві, ділові – ігри покликані вирішувати не лише навчальні завдання. Разом з цим вони розвивають творче мислення, знімають напругу і підвищують зацікавленість учнів до процесу пізнання.

Оформлення кабінету. Санітарно-гігієнічний стан приміщення, у якому проходять заняття, також відносять до здоров'язберігаючих технологій. При цьому враховуються не лише чистота, але і температура, свіжість повітря, наявність достатнього освітлення, відсутність звукових і інших подразників.

Бесіди про здоров'я. Необхідно на уроках у тій або іншій формі зачіпати питання, що стосуються здоров'я і здорового способу життя. Найзручніше робити це в практичній частині уроків, моделюючи ситуації, пов'язані із здоров'ям, безпекою.

2. Технологія навчання здоровому способу життя

Активним носієм здорового способу життя є конкретна людина як суб'єкт і об'єкт своєї життєдіяльності і соціального статусу. В реалізації здорового способу життя людина виступає в єдності своїх біологічного і соціального начал. В основі формування здорового способу життя лежить особистісно-мотиваційна установка людини на

втілення своїх соціальних, фізичних, інтелектуальних і психічних можливостей і здібностей.

Основні компоненти здорового способу життя:

- виховання з раннього дитинства здорових звичок;
- відмова від шкідливих звичок;
- раціональне харчування;
- оптимальний руховий режим;
- дотримання правил особистої гігієни;
- загартування.

3. Корекційні технології

Корекційно-розвивальна робота у навчальному закладі здійснюється за наступними напрямками:

- корекція і розвиток пізнавальної сфери на корекційно-розвивальних заняттях;
- корекція і розвиток емоційно-вольової сфери (прийоми ізотерапії, лялькотерапії, казкотерапії, музикотерапії, ігротерапії, зоотерапії, арт-терапії);
- корекція і розвиток фізичної сфери (уроки лікувальної фізичної культури, ритміки);
- корекція і розвиток соціальної поведінки (уроки соціально-побутового орієнтування).

Для покращення мовленнєвого розвитку дітей, виправлення порушень звуковимови та корекції розумових здібностей дітей проводяться корекційно-розвивальні заняття з розвитку мовлення (індивідуальні та групові).

Для дітей 1-4-х класів із порушенням рухової сфери проводяться групові заняття з лікувальної фізкультури.

Технології музичного впливу використовуються як допоміжний засіб для зняття напруги, підвищення емоційного настрою.

Казкотерапія – заняття використовуються для психологічної, терапевтичної і розвиваючої роботи. Казку може розповідати дорослий, або група дітей, а інші діти повторюють за оповідачами необхідні рухи.

Суть цього методу у створенні особливої казкової атмосфери, яка робить мрії дитини дійсністю, дозволяє дитині вступити у боротьбу зі своїми страхами, комплексами.

Суть методу **казкотерапії** полягає в тому, що казка доступно пояснює, що добре, а що погано. На прикладі позитивних персонажів дитина вчиться бути доброю, а негативні герої казок викликають у неї лише негативну реакцію. Терапевтична казка відрізняється від звичайної тим, що її вигадують спеціально з урахуванням

особливостей дитини. Тобто її головний герой схожий на дитину, він переживає ті ж проблеми й емоції.

Головне завдання казок: через казкові події показати герою ситуацію з іншого боку, запропонувати альтернативні моделі поведінки.

Анімалотерапія (зоотерапія) – це один з багатьох методів психотерапії, в якій застосовується тварина (кішка, собака, кінь, дельфін, акваріумні рибки і ін.) як психотерапевтичний засіб за допомогою взаємодії людини з твариною.

Зоотерапія позитивна тим, що не має протипоказань, мабуть, окрім алергії на шерсть тварин.

Одним із доволі поширених методів анімалотерапії вважають іпотерапію, тобто лікування за допомогою коней і лікування з допомогою дельфінів. Іпотерапію використовують при різних станах та вадах, зокрема щодо дітей із церебральним паралічем, затримкою фізичного, психічного, мовленнєвого і психомоторного розвитку, а також щодо дітей, які мають психосоматичні захворювання, неврози, аутизм.

Медичні дослідження свідчать, що завдяки контакту з дельфінами у людей відбувається позитивна стимуляція кори головного мозку, через що поліпшується робота нервової, серцево-судинної, імунної та інших систем організму, а добрий характер дельфінів дає ще й позитивний психологічний ефект. Як і іпотерапія дельфінотерапія допомагає при затримці психічного, психомовленнєвого розвитку, ДЦП, розладах аутичного спектру, різних стресах.

Театралізація сприяє розвитку і корекції усіх психічних пізнавальних процесів. Заучування ролі розвиває пам'ять, розширює словниковий запас, автоматизує звуковимову, виразність мовлення. Правильне визначення місця розташування і руху на сцені розвиває орієнтування, моторику, рухову активність. За наявності доброзичливих глядачів дитина вчиться концентруватися, долати комплекси, страх, отримувати позитивні емоції. Отриманий позитивний емоційний заряд від виступу підвищує самооцінку.

Ізотерапія є одним з напрямків популярної сьогодні арт-терапії. Під цим терміном розуміють різноманітні заняття з дітьми, в основу яких покладені різні методи образотворчого мистецтва. При заняттях з дітьми використовуються будь-які матеріали, які мають відношення до образотворчого мистецтва – фарби, олівці, пластилін, кольоровий папір і т. д. Все це застосовується в активній формі лікування мистецтвом, тобто при створенні власних художніх творів.

Художня діяльність кожному надає можливість відчувати себе

творцем, навчитися компенсувати засобами мистецтва негативні переживання.

Методи ізотерапії допомагають дітям впоратися з різними проблемами і стресами, заспокоїти нервову систему. Після занять у дітей часто нормалізується сон, зникає агресія.

Важливо створити атмосферу спільності інтересів педагогів і батьків. Основними напрямками роботи для батьків є:

- висвітлення оздоровчо-профілактичної і лікувально-корекційної діяльності медико-педагогічного колективу;
- просвітницька робота з метою підвищення компетентності батьків в питаннях здоров'я дітей;
- залучення батьків до активного життя дитячого колективу;
- залучення до безпосередньої участі в оздоровчо-корекційних заходах з метою набуття практичних навичок з оздоровлення дітей;
- мотивація батьків на необхідність створення сучасного здоров'язберігаючого середовища в домашніх умовах;
- формування усвідомленого відношення до здорового способу життя в усіх членів сім'ї.

Матеріали для самоконтролю

Запитання

1. Охарактеризуйте клінічні форми розумової відсталості.
2. Основні етіологічні фактори та особливості їх впливу на різних етапах онтогенезу.
3. Охарактеризуйте особливі освітні потреби дітей з інтелектуальними порушеннями.
4. Які здоров'язберігаючі технології найчастіше застосовуються в роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями?
5. Основні напрямки діяльності освітніх закладів щодо здоров'язберігаючої діяльності.
6. Дайте характеристику методам здоров'язберігаючих технологій, які використовуються в навчанні дітей з інтелектуальними порушеннями.

Тестові завдання

1. У дитячих садках серед дітей підготовчих груп частота ЗПР складає

- А) 1% Б) 5% В) 8% Г) 10%

2. Якого генезу ЗПР обумовлена уповільненням дозрівання ЦНС?

- А) конституціонального Б) соматогенного
В) психогенного Г) церебрально-органічного

3. Якого генезу ЗПР обумовлена важкими і тривалими соматичними захворюваннями дитини в ранньому віці?

- А) конституціонального Б) соматогенного
В) психогенного Г) церебрально-органічного

4. Якого генезу ЗПР обумовлена несприятливими соціальними умовами, в яких перебуває дитина?

- А) конституціонального Б) соматогенного
В) психогенного Г) церебрально-органічного

5. Якого генезу ЗПР характеризується первинним порушенням пізнавальної діяльності, є найбільш стійкою і представляє найбільш важку форму?

- А) конституціонального Б) соматогенного
В) психогенного Г) церебрально-органічного

6. Стійке порушення вищої нервової діяльності, обумовлене органічним ураженням головного мозку, супроводжується втратою отриманих знань і навичок і зниженням здатності до навчання

- А) олігофренія Б) розумова відсталість
В) деменція Г) дебільність

7. Група різних за етіологією, патогенезом і клінічними проявами патологічних станів, що характеризуються вродженим або рано набутим недоумством

- А) олігофренія Б) розумова відсталість
В) деменція Г) дебільність

8. Яку частину складає недиференційована розумова відсталість?

- А) 35% Б) 45% В) 55% Г) 65%

9. Яка із форм розумової відсталості пов'язана з порушенням обміну речовин?

- А) хвороба Дауна Б) мікроцефалія
В) фенілкетонурія Г) гемолітична хвороба

10. Яка із хвороб зумовлена патологією статевих хромосом?

- А) хвороба Дауна Б) мікроцефалія
В) кретинізм Г) синдром Клайнфельтера

11. Яка із хвороб зумовлена патологією аутосом?

- А) хвороба Дауна Б) мікроцефалія
В) кретинізм Г) синдром Клайнфельтера

12. Яка із хвороб зустрічається тільки в осіб чоловічої статі?

- А) хвороба Дауна
- Б) мікроцефалія
- В) синдром Шерешевського-Тернера
- Г) синдром Клайнфельтера

13. Яка із хвороб зустрічається тільки в осіб жіночої статі?

- А) хвороба Дауна
- Б) мікроцефалія
- В) синдром Шерешевського-Тернера
- Г) синдром Клайнфельтера

14. Яка розумова відсталість є прогресивною?

- А) хвороба Дауна
- Б) мікроцефалія
- В) фенілкетонурія
- Г) гемолітична хвороба

15. Диференційовані форми розумової відсталості складають

- А) 25,0%
- Б) 35,0%
- В) 45,0%
- Г) 55,0%

16. Яка розумова відсталість зумовлена вірусом?

- А) при токсоплазмозі
- Б) рубеолярна
- В) при сифілісі
- Г) фенілкетонурія

17. Що із зазначеного належить до корекційної технології здоров'язбереження?

- А) гімнастика для очей
- Б) релаксація
- В) анімалотерапія
- Г) загартування

18. Що із зазначеного належить до технології збереження і стимулювання здоров'я?

- А) раціональне харчування
- Б) релаксація
- В) казкотерапія
- Г) загартування

19. Що із зазначеного належить до технології навчання здоровому способу життя?

- А) раціональне харчування
- Б) зміна видів діяльності
- В) казкотерапія
- Г) релаксація

20. Що із зазначеного належить до технології збереження і стимулювання здоров'я?

- А) загартування
- Б) анімалотерапія
- В) розвиток дрібної моторики
- Г) оптимальний руховий режим

21. Що із зазначеного належить до технології навчання здоровому способу життя?

- А) рухливі і спортивні ігри
- Б) анімалотерапія
- В) гімнастика для очей
- Г) виховання здорових звичок

22. Що із зазначеного належить до корекційної технології здоров'язбереження?

- А) зміна видів діяльності
- Б) технології музичного впливу
- В) релаксація
- Г) оптимальний руховий режим

Література

1. Бочарова Е. А. Специальная психология: учебное пособие / под ред. П.И. Сидорова. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2009. С. 24-42.
2. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2011. С. 80-87.
3. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. СПб.: Речь, 2003. С. 31-70.
4. Колупаєва, А. А., Савчук Л.О. Діти з особливими потребами та організація їх навчання: науково-методичний посібник. Вид. доп. та перероблене. Серія «Інклюзивна освіта» К.: 2011. С. 37-39.
5. Методические рекомендации по работе с детьми с ограниченными возможностями в условиях дошкольной образовательной организации / [Т.Орусбаева, А.Надирбекова, Д.Дунганова и др.]. Б.: 2015. С. 45-74, 60-74.
6. Селецкий А. И. Психопатология детского возраста. К.: Вища шк., 1987. С. 224-263.
7. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е.А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова и др.; Под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Издательский центр «Академия», 2001. С. 32-93.
8. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.3. М.: Медицина. 1965. С. 126-134, 236-267.
9. Хитрюк, В.В. Основы дефектологии: учеб. пособие. Мн.: Изд-во Гревцова, 2009. С. 104-120.
10. Шалимов В.Ф. Клиника интеллектуальных нарушений: Уч. пособие для студ. Высш. пед. учебн. Заведений. М.: «Академия», 2003. С. 21-23, 61-118.
11. Яковлева С.Д. Анатомио-фізіологічні та клінічні основи дефектології: Навчальний посібник. Херсон: Персей, 2012. С.227-276.

РОЗДІЛ 7

Здоров'язберігаючі технології підвищення якості життя осіб з порушеннями опорно-рухового апарату

1. Види порушень опорно-рухового апарату в дітей

2. Етіологія, клінічна картина та форми дитячого церебрального паралічу

3. Клініко-психологічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату

4. Здоров'язберігаючі технології в роботі з хворими, які мають порушення функцій опорно-рухового апарату

1. Види порушень опорно-рухового апарату в дітей

Опорно-руховий апарат (ОРА) складають кістки скелета з суглобами, зв'язки і м'язи з сухожиллями, які поряд з рухами забезпечують опорну функцію організму.

На основі взаємодії ОРА забезпечується рухова активність. Велику роль в здійсненні рухової реакції здійснюють аналізатори. Руховий аналізатор забезпечує динаміку і взаємозв'язок м'язових скорочень, бере участь в просторовій і тимчасовій організації рухового акту.

Опорно-рухового система відіграє важливу роль у загальній життєдіяльності організму людини, виконуючі такі функції, як:

- 1) опорна (хребет є опорою тіла);
- 2) захисна (кістки черепа захищають головний мозок, грудна клітка – легені, серце, а м'язи живота захищають внутрішні органи);
- 3) рухова (до кісток, які виконують роль важелів, прикріплюються скелетні м'язи, що здійснюють переміщення тіла, вісцеральні м'язи здійснюють переміщення крові, їжі);
- 4) кровотворна (кістки містять червоний кістковий мозок, який здійснює кровотворення);
- 5) депонуюча (кістки є субстратом, де відкладаються мінеральні солі та здійснюється мінеральний обмін, м'язи запасують глікоген).

Сучасні діти в більшості своїй відчують «руховий дефіцит», тобто кількість рухів, вироблених ними протягом дня, нижча вікової норми. Перебуваючи в школі і вдома діти більшу частину часу знаходяться в статичному положенні (за столами, біля комп'ютерів та телевізорів). Це збільшує навантаження на певні групи м'язів і викликає їх стомлення. Знижуються сила і працездатність скелетної мускулатури, що тягне за собою порушення постави, плоскостопість, затримку розвитку спритності, координації рухів, витривалості,

гнучкості і т.п. Крім того, в процесі росту організму з різних несприятливих причин можуть виникнути деформації хребта, ніг і стоп.

Медична статистика говорить про те, що останнім часом збільшилася кількість дітей, що мають різні порушення ОРА (відомо, що більше 50% учнів початкової школи мають порушення постави), а захворювання і пошкодження ОРА спостерігаються у 5-7% дітей. У зв'язку з цим зростає значення організації роботи профілактичної та корекційної спрямованості.

Серед дітей з обмеженими можливостями здоров'я виділяють категорію дітей з важкими порушеннями ОРА. Порушення функцій ОРА мають як вроджений, так і набутий характер.

Виділяють такі види порушень ОРА:

1. Захворювання нервової системи: дитячий церебральний параліч; поліомієліт.

Більшу частину дітей з порушеннями ОРА складають діти з церебральними паралічами (близько 90%). Дитячий церебральний параліч (ДЦП) проявляється у вигляді різних рухових, психічних і мовленнєвих порушень.

Однією з досить поширених причин, що викликають важкі порушення опорно-рухового апарату, є гостре вірусне захворювання центральної нервової системи (ЦНС) – поліомієліт. Це гостре інфекційне захворювання ЦНС, що ушкоджує переважно сіру речовину спинного мозку і мозкового стовбура, і призводить до розвитку парезів і паралічів з наступною атрофією м'язів. Попадання в організм дитини фільтруючого вірусу можливе внаслідок контакту з хворим, зараження крапельним шляхом через травний апарат і дихальні шляхи викликає мляві паралічі кінцівок, атрофію м'язів, відсутність рухових рефлексів.

2. Вроджена патологія ОРА: вроджений вивих стегна; кривошия; клишоногість та ін. деформації стоп; аномалії розвитку хребта (сколіоз); недорозвинення і дефекти кінцівок; аномалії розвитку пальців кисті.

3. Набуті захворювання і пошкодження ОРА: травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку і кінцівок; поліартрит; захворювання скелету (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт); системні захворювання скелету (хондродистрофія, рахіт).

4. Функціональні порушення ОРА у дітей представлені у вигляді деформацій постави і стоп.

Викривлення хребта

Викривлення хребта – дуже часте явище і важко зустріти людину з ідеальною поставою.

Сколіозом називається викривлення хребта в боковій проекції. Найчастіше діагностується грудний сколіоз, який може мати різні ступені вираженості.

Сколіози зазвичай утворюються в перші роки шкільного життя дитини у зв'язку з асиметричним положенням тіла, асиметричним напруженням м'язів і їх перевтомою при тривалому нерухомому сидінні. Однак сколіози можуть з'являтися і в дошкільному віці.

У залежності від тяжкості деформації виділяють 4 ступені сколіозу:

- 1 ступінь – відзначається відхилення від норми на 10 градусів. Характерним буде утворення невеликої асиметрії, у більшості випадків такий ступінь сколіозу не вважається захворюванням, а належить до фізіологічних особливостей організму.

- 2 ступінь – відхилення хребта від осі вже складає 25 градусів, яскраво виражена асиметрія в ділянці плечей і таза. Якщо при другому ступені сколіозу ніякого лікування не здійснюється, то він швидко прогресує і переходить у наступний ступінь.

- 3 ступінь – викривлення хребта буде складати 26-50 градусів, постава у людини порушується, чітко видно перекіс плечей і таза, починається деформація грудної клітини, росте реберний горб.

- 4 ступінь – найважчий варіант перебігу хвороби, деформація хребта складає 50 градусів, асиметрію помічають всі оточуючі, хребет має 2-3 викривлених дуги. Грудна клітка дуже стиснута, страждають внутрішні органи.

Сколіоз і порушення постави є найбільш поширеними захворюваннями ОРА у дітей і підлітків. Число дітей з порушеннями постави досягає 30-60%, а сколіоз зустрічається в середньому в 10-15% дітей. У формуванні правильної постави основну роль відіграють хребет і м'язи, які його оточують.

Постава – це звична поза (вертикальна поза, вертикальне положення тіла людини) для людини у спокої і при русі. «Звичне положення тіла» – це те положення тіла, яке регулюється несвідомо, на рівні системи умовних рефлексів.

При правильній поставі голова і тулуб під час ходьби знаходяться на одній вертикальній лінії; плечі розгорнуті, дещо опущені, притиснуті і знаходяться на одному рівні; живіт втягнутий; ноги випрямлені в кульшових і колінних суглобах.

Нормальна постава характеризується симетричним розташуванням частин тіла щодо хребта.

Критерії нормальної постави:

- дошкільник – тулуб розташований вертикально, грудна клітка симетрична; лопатки злегка виступають; живіт виступає вперед,

намічається поперековий лордоз;

- школяр – тулуб розташований вертикально, лопатки притиснуті до спини; помірно виражені фізіологічні вигини хребта; зменшено випинання живота;

- юнаки та дівчата – вертикальне розташування тулуба і голови; плечі опущені і на одному рівні; лопатки притиснуті до спини; живіт втягнутий; фізіологічні вигини хребта добре виражені: у юнаків – кіфоз, у дівчат – лордоз.

У 90-95% випадків порушення постави є набутими, найчастіше зустрічаються у дітей астенічної статури. Розвивається сколіоз переважно в періоди інтенсивного росту скелету, тобто в 6-7; 12-15 років.

Розрізняють такі варіанти **порушення постави** в сагітальній площині, при яких відбувається зміна правильних співвідношень фізіологічних вигинів хребта:

а) **сутулуватість** – збільшення грудного кіфозу у верхніх відділах при згладжуванні поперекового лордозу;

б) **кругла спина** – збільшення грудного кіфозу на всьому протязі грудного відділу хребта;

в) **увігнута спина** – посилення лордозу у ділянці нирок;

г) **кругло-увігнута спина** – збільшення грудного кіфозу і збільшення поперекового лордозу;

д) **плоска спина** – згладжування всіх фізіологічних вигинів;

е) **плоско-увігнута спина** – зменшення грудного кіфозу при нормальному або дещо збільшеному поперековому лордозі.

Зазвичай розрізняють **три ступені порушення постави** у фронтальній площині. Щоб визначити, чи є викривлення вже сталим, стійким, дитину просять випрямитися.

Деформація 1-го ступеня – викривлення хребта вирівнюється до нормального положення при випрямленні.

Деформація 2-го ступеня – викривлення хребта частково вирівнюється при випрямленні дитини або при висі на гімнастичній стінці.

Деформація 3-го ступеня – викривлення не змінюється при висі або випрямленні дитини.

Кіфозом називається викривлення хребта випуклістю назад. У дітей до 7 років хребет набуває нормальної форми з фізіологічним кіфозом в грудному відділі. Найбільш поширений кіфоз грудного відділу хребта, спочатку таку форму називають сутулістю. На початку розвитку кіфоз зовсім не турбує пацієнта, а виявити його цілком можливо навіть візуально, без спеціальних обстежень.

Лордоз – вигин хребта, обернений випуклістю вперед. В нормі має бути невеликий вигин хребта в ділянці 3-4 поперекових хребців – такий стан отримав назву фізіологічний лордоз. Нормальний хребет має фізіологічний лордоз у шийному і поперековому відділах.

Якщо в людини опущені плечі, голова трохи нахилена вперед, попереки прогнуті, живіт випнутий і таз відхилений назад, то, швидше всього, у неї буде діагностований поперековий лордоз. Для нього є характерною хода «качки», а фізіологічний вигин в поперековій ділянці перевищує норму вигину. При такому лордозі цілком можливе зміщення хребців, що призводить до порушення дихання і кровообігу.

Плоскостопість – деформація стопи внаслідок сплюснення її склепіння. Сплюснення подовжнього склепіння стопи призводить до розвитку подовжньої плоскостопості, а розпластаність переднього її відділу – до поперечної.

Плоскостопість у дітей (як і у дорослих) буває подовжньою і поперечною. Більша частина дітей страждає саме подовжньою плоскостопістю, тобто сплюсненням стопи вздовж осі. Поперечна – означає сплюснення і розширення області близько пальчиків.

При плоскостопості будь-якого з видів порушується нормальна ходьба, поступово ноги набувають Х-подібну форму, а взуття дитини більше стирається по внутрішньому краю. Дитина не може довго гуляти оскільки ноги болять і втомлюються. При подовжній плоскостопості – швидка стомлюваність, біль в ногах при тривалому стоянні і ходьбі, при поперечній – болі і змозолілість на підошовній поверхні, під голівками середніх плеснових кісток, відхилення 1 пальця стопи назовні, молоткоподібна деформація інших пальців.

Щоб переконатися в правильному формуванні стопи у дитини, ортопеди рекомендують виконати нескладну маніпуляцію, зробити дитині плантографію в трьохрічному віці. На стопи дитини можна нанести крем або просто намочити їх водою і поставити дитину на аркуш паперу. Відбитки стоп скажуть самі за себе. Якщо на підошві ноги є серповидний виріз, значить, ноги здорові, якщо ж ні, це може вказувати на плоскостопість.

В дитячому віці пропустити плоскостопість у дітей дуже просто, адже до п'ятирічного віку стопа у дітей має особливу форму. М'язи стопи у дітей до року дуже слабкі, тому кісткова основа немов би обволікається спеціальною жировою подушечкою, тому стопа дитини виглядає плоскою і повненькою. Це абсолютно нормально до досягнення дитиною дворічного віку. Подушечки на носку і п'яті виконують функцію амортизації, коли дитина починає ходити. Завдяки ним дитина не відчуває дискомфорту при перших кроках.

З часом стопа набуває форму півкола, що дозволяє дитині пружинити, рівномірно перерозподіляючи свою вагу у вертикальному положенні, полегшуючи тим самим процес ходіння.

Скелєння стопи в дитини практично сформовується до 4 років, коли кістки міцнішають. До п'яти років цей процес закінчується, і ось тоді лікарі-ортопеди вже можуть діагностувати плоскостопість.

Розрізняють вроджену і набуту плоскостопість.

2. Етіологія, клінічна картина та форми дитячого церебрального паралічу

Дитячі церебральні паралічі – це група патологічних синдромів, які виникають в результаті пошкодження мозку на ранніх етапах онтогенезу і проявляються у формі рухових, мовленнєвих і психічних порушень. Рухові розлади можуть поєднуватись із зміною зору, слуху, судомними нападами, розладами чутливості.

Описи хворих з вродженими паралічами зустрічаються ще в працях Гіппократа, К. Галена, в творах древнього мистецтва і літератури. Але, лише в XVIII – на початку XIX століття проблема вроджених паралічів зацікавила багатьох дослідників і тоді з'явилися окремі публікації. Основоположником вивчення проблеми церебральних паралічів вважається англійський хірург-ортопед В.Літтль, який в своїх роботах (1853, 1862) вказав на роль аномальних пологів, недоношеності і асфіксії в етіології ДЦП. Він дав детальну клінічну характеристику одній із форм «загальній мозковій ригідності», при якій руки уражені менше, ніж ноги. В.Літтль назвав її «генералізованою ригідністю», а пізніше її стали називати хворобою Літтла.

За даними різних авторів частота ДЦП складає від 3,5 до 6 випадків на 1000 новонароджених. Дані про частоту ДЦП у зв'язку із розвитком науки змінюються; крім того, вони залежать від діагностичних критеріїв. Проблема ДЦП набуває особливої гостроти у зв'язку з тенденцією росту випадків цього захворювання в усіх країнах.

У США щорічно народжується 11,2 тисячі дітей з різними формами ДЦП. В Україні констатують 2,4-2,5 випадків на тисячу дитячого населення. Сьогодні у нас є понад 30 тисяч таких хворих, що потребують різнобічної і довготривалої реабілітації.

Етіологія. Порушення формування мозку на ранніх етапах онтогенезу, що лежить в основі ДЦП, може бути результатом впливу цілого ряду несприятливих факторів. Найбільше значення надається впливу шкідливих факторів у період вагітності і пологів.

Співвідношення вроджених, інтранатальних і постнатальних

форм ДЦП, за даними різних авторів, коливається в значних межах: вроджені форми складають від 35 до 60%, інтранатальні – від 27 до 54%, постнатальні – від 6 до 25%. Слід звернути увагу на те, що не завжди можна прослідкувати однозначний зв'язок між дією певного шкідливого фактору і виникненням ДЦП.

Із *пренатальних* факторів ризику ураження нервової системи необхідно перш за все відмітити ті відхилення в стані здоров'я матері і акушерському анамнезі, які передували вагітності. До них можна віднести конституційні, соматичні та ендокринні порушення, інфекційні хвороби, шкідливі звички, повторні викидні, мертвонароджені, тривалий період безпліддя, ускладнення попередньої вагітності і пологів, наявність в сім'ї дітей з патологією нервової системи.

Важливе значення має вік матері. Вагітні молодші 18 і старші 30 років, особливо ті, що перший раз народжують, частіше страждають токсикозами, народжують дітей з низькою масою тіла, в асфіксії, а новонароджені у них частіше травмуються під час пологів.

Підвищують ризик народження дітей з патологією нервової системи соматичні і ендокринні хвороби матері під час вагітності. До таких захворювань можна віднести: гіпертонічну хворобу, вади серця, анемію, ожиріння, цукровий діабет, гіпертиреоз.

«Фактором ризику» може бути внутрішньоутробне інфікування плода (вірусами, найпростішими, бактеріями, грибами), які проникають через плаценту. Під впливом інфекції в період органогенезу можуть формуватися вади розвитку мозку. Найбільш часто до вад розвитку призводять такі хвороби як краснуха, герпес, токсоплазмоз.

Причиною важкої патології нервової системи можуть бути імунологічна несумісність матері і плода за резус-фактором, або групами крові. Найбільш високий ризик ураження нервової системи при групі крові у матері 0(I), а у дитини – A(II).

Шкідливий вплив на плід може мати прийом вагітними лікарських препаратів. До таких препаратів в першу чергу відносяться гормональні, снодійні, адреноміметики.

Негативно відбивається на дитині вживання матір'ю алкоголю, куріння, а також дія деяких хімічних і фізичних факторів промислового і сільськогосподарського виробництва. Найбільш шкідливими є такі речовини як сірководень, аерозоль сірчаної кислоти, хлорвініл, фенол, формальдегід.

В останні роки до факторів, які порушують внутрішньоутробний розвиток плода, відносять стресові стани матері.

Факторами високого ризику розвитку ДЦП є низька маса тіла

дитини при народженні. Дані досліджень вказують, що більше 50% дітей з ДЦП народились з низькою масою тіла.

До *інтранатальних* факторів ризику відносяться асфіксія при пологах і внутрішньопологова черепна травма.

До факторів високого ризику розвитку паралічів відносяться крововиливи в речовину мозку і його оболонки, які виникають при різній акушерській патології (затяжні або стрімкі пологи, неправильне ведення пологів).

Слід відмітити, що чіткої залежності між формою ДЦП і ступенем його важкості, з однієї сторони, і специфікою шкідливих факторів, з другої, немає.

В *постнатальному* періоді ДЦП можуть виникати після перенесених інфекційних захворювань (менінгітів, енцефалітів), травм головного мозку.

Патогенез. Інфекційні і соматичні захворювання матері викликають порушення матково-плацентарного кровообігу і відповідно патологічні зміни в плаценті, що призводить до розладів живлення плода і внутрішньоутробної гіпоксії. Зміни в нервовій системі залежать не стільки від властивостей шкідливих факторів, скільки від періоду внутрішньоутробного розвитку, в якому вони діють (ембріональний або фетальний період).

У плода, який переніс внутрішньоутробну гіпоксію захисні і адаптивні механізми ще недостатньо сформовані. На цьому фоні при народженні може розвинути асфіксія і внутрішньочерепна родова травма, які обтяжують зміни в нервовій системі, які виникають внутрішньоутробно.

Головну роль в патогенезі ДЦП відіграє гіпоксія, ацидоз, гіпоглікемія і інші метаболічні зрушення. Продукти порушеного обміну речовин можуть впливати на мозок і безпосередньо викликати його набряк.

Зміни головного мозку при внутрішньоутробній гіпоксії плода і асфіксії новонароджених зумовлені дисциркуляторними розладами. При гострій гіпоксії виникає парез судин, а саме мікроциркуляторного русла, формені елементи крові склеюються, утворюючи емболи, стінки судин набрякають і розвивається набряк мозку.

Тривала, хронічна гіпоксія призводить до судинної дистонії. Частина судин паралітично розширена, друга звужена. На місці стазу в просвіті судин утворюються тромби, а навколо судин набряки, які створюють умови для вторинної ішемії. В білій речовині півкуль виникає набряк і розм'якшення тканини. Для внутрішньоутробної гіпоксії типові субарахноїдальні крововиливи. Крововиливи

виникають також і при внутрішньочерепних родових травмах. На місці крововиливів пізніше утворюються кістозні переродження. Кістозні переродження виникають і в місцях гіпоксії. Гіпоксія може викликати і жирову дистрофію білої речовини головного мозку.

Внаслідок порушення васкуляризації і метаболічних процесів гіпоксія призводить і до некрозу сірої речовини мозку, білої або мозочка.

Приведені дані показують наскільки різноманітні ушкодження мозку можливі при ДЦП. Але всі їх можна об'єднати у дві основні групи: недорозвиток структур мозку і їх деструкція.

Морфологічно ДЦП характеризуються різноманітним за характером, ступенем важкості і локалізацією структурними змінами ЦНС. У 30% дітей спостерігаються аномалії розвитку мозку у вигляді мікрополігрії, пахігрії, гетеротопії, агенезії мозолистого тіла, аплазії мозочка. *Мікрополігрія* – сама часта вада розвитку мозку, характеризується великою кількістю неправильно розміщених маленьких звивин. *Пахігрія* – зменшення кількості звивин. *Гетеротопія* – нервові клітини в корі головного мозку перемішані в різних шарах. *Агенезія* мозолистого тіла – вроджена його відсутність.

Деяко рідше зустрічаються *агірія* (повна відсутність деяких звивин) і *мікроцефалія* (зменшення маси мозку).

Клінічна картина та форми ДЦП

Основним клінічним синдромом ДЦП є *рухові порушення*. Для розуміння механізмів порушення рухів необхідно чітко уявити процес становлення статичних і локомоторних навичок при нормальному розвитку дитини. В основі формування пози і рухів лежать рефлекторні реакції двох типів – випрямлення і рівноваги. Реакція обох типів при народженні дитини відсутня. Першими починають розвиватись реакції випрямлення, які з'являються в кінці періоду новонародженості, а в другому півріччі до них приєднується реакція рівноваги. З часом одні і другі реакції ускладнюються, модифікуються і дають можливість зберігати правильну позу, протидіючи силі тяжіння, і здійснювати одночасно довільні рухи.

Для здорової новонародженої дитини у спокої характерна згинальна поза. Руки зігнуті у всіх суглобах, приведені і притиснуті до грудної клітки. Кисті стиснуті в кулак, великі пальці приведені до долоні. Ноги також зігнуті у всіх суглобах, деяко відведені в стегнах, в стопах переважає тильне згинання.

Новонароджені періодично здійснюють спонтанні рухи – поперемінно розгинають і згинають ноги, перехрещують їх, відштовхуються від опори. Руки рухаються головним чином в ліктьових і променево-зап'ясткових суглобах, рухи здійснюються на

рівні грудей; ноги більш рухливі, ніж руки. Спонтанні рухи новонародженого різкі, імпульсивні, поштовхоподібні, несподівано здійснюються один за одним. У новонароджених спостерігаються деякі вроджені рефлексорні реакції, час появи яких і ступінь вираженості характеризують їх стан і динаміку розвитку. Становлення і згасання цих рефлексів мають діагностичне значення.

З розвитком дитини безумовні рефлекси згасають, на їх базі формуються умовно-рефлексорні реакції, однак у випадку розвитку ДЦП ці рефлекси активізуються і поряд із тонічними шийними і лабіринтними рефlekсами сприяють формуванню патології рухів. Так, при вираженому хватальному рефлексі дитина тримає кисті стиснутими в кулак, що заважає захвату предметів, розвитку зорово-моторної координації, маніпулятивної діяльності рук. Реакція опору і автоматична ходьба в нормі згасають десь через 1-1,5 місяці після народження. При розвитку ДЦП торкання стоп з опором викликає різке наростання екстензорного тону в ногах і тулубі. Дитина ходить на пальчиках, перехресуючи ноги, закидаючи голову.

Виділяють 3 стадії ДЦП: ранню, початкову хронічно-резидуальну і пізню (кінцеву) резидуальну.

В більшості випадків захворювання починається внутрішньоутробно. Встановити його початок в цей період важко або взагалі неможливо. Тому клінічні прояви захворювання в перші тижні життя розцінюють не як початкові, а як **ранню стадію** хвороби. Характерними для неї симптомами є гіпотрофія і гіпотонія сідничних м'язів, слабкістю м'язів спини. Великі відвідні м'язи стегон напружуються, що обмежує можливість їх розведення. П'яткові кістки менш розвинуті на стороні більшого пошкодження і вже до 2-3-го місяця життя п'ятки можуть бути підтягнуті вгору. У 2-3 місяці і навіть пізніше дитина не може утримувати головку. У хворих може спостерігатись негативна реакція опори – поставлена на ніжки, при підтримці дорослого, дитина не опирається ніжками, а підгинає їх.

Перші пальці рук можуть бути приведені до долоні, решту – стиснуті в кулачок або навпаки, майже не здатні до згинальних рухів.

У хворої дитини голос тихий, рухи губ слабкі, язик малорухомиий. До 3-4 місяців, коли у здорових дітей з'являється гуління, хворі ДЦП вимовляють лише недиференційовані звуки. У них часто буває порушення ковтання, попирхування. Здатність фіксувати погляд на тому чи іншому предметі з'являється в 3-6 місяців (у здорових дітей у 4-6 тижнів), а слідкувати за рухомими предметами – у 5-6 місяців і пізніше (в нормі – у 1,5 місяці).

З 5-6 місяця життя починається **початкова хронічно-резидуальна стадія**. Вона може тривати 3-4 роки. Першими її

ознаками є гіпертонія м'язів, яка змінює гіпотонію, з'являються контрактури, що заважає активним і пасивним рухам.

У хворої дитини може реалізуватись реакція опору, але з опиранням ніг переважно на носки. Хватальний рефлекс, що був відсутній в перші тижні життя, може не тільки з'явитись, але і стати надмірним. При цьому дитина довго не випускає із рук захоплені предмет, пальці у неї постійно стиснуті в кулак. Затримується також і психічний розвиток. На цій стадії хвороби може вперше з'явитись судомний синдром.

Початкова хронічно-резидуальна стадія поступово змінюється **пізньою резидуальною стадією**, при якій з'являються органічні контрактури.

Формування стійких органічних контрактур в суглобах спочатку нижніх, а потім і верхніх кінцівок, повільне переродження і гіпотрофія м'язів поступово викликають деформацію суглобів.

У хворих до 2-5 років повністю формуються патологічні рухові стереотипи. Пізня резидуальна стадія триває багато років. В деяких випадках у підлітків відчувших свою неповноцінність виникають суїцидальні спроби. Психологічні дослідження показали, що у хворих ДЦП має місце різка невідповідність між рівнем бажань і рівнем можливостей.

Крім рухових порушень при ДЦП спостерігаються і **мовленнєві розлади**. Мовленнєві розлади характеризуються затримкою мовленнєвого розвитку, дизартрією і алалією. Перші слова запізнюються, повільно поповнюється словниковий запас. Затримка мовленнєвого розвитку, як правило поєднується з різними формами дизартрії і алалії.

При ДЦП часто буває зниження гостроти слуху, особливо на високочастотні тони. Дитина, що не чує звуків високої частоти (Т, К, С, П, Е, Ф, Ш) і не вживає їх у своїй практиці.

У хворих з ДЦП виявляються специфічні порушення семантичної сторони мовлення, недостатнє розуміння логіко-граматичної конструкції. Формування понятійного мислення у них відстає в порівнянні із здоровими дітьми. Не дивлячись на те, що вони формально мають достатній словниковий запас, у них спостерігається затримка формування слова як поняття, обмежене або викривлене розуміння значення окремих слів.

Емоційні порушення при ДЦП часто проявляються у вигляді підвищеного збудження, схильності до коливань настрою, появою страхів. Деякі діти бояться висоти, закритих дверей, темноти, нових іграшок, нових людей.

У дітей старшого віку розвиваються вторинні емоційні

порушення, як реакція на свій дефект. При цьому у них спостерігається схильність до невротичних розладів.

Порушення інтелектуального розвитку. Інтелект при ДЦП буває зміненим по різному: приблизно у 30% хворих спостерігається значний недорозвиток інтелекту, у 25-30% інтелект збережений, а у решти 40-45% – діагностується затримка психічного розвитку.

Дітям з ДЦП властиві сповільненість мислення, його інертність, можливі також порушення послідовності і цілеспрямованості мислення. Особливістю процесу мислення є його дисоціація – більш виражена недостатність наглядно-дійового мислення в порівнянні з вербальним.

Форми ДЦП

В залежності від провідних неврологічних синдромів, важкості та поширеності хвороби виділяють різні форми ДЦП. У дітей перших місяців життя в більшості випадків неможливо визначити конкретну форму ДЦП (визначають лише в кінці першого на початку другого півріччя).

Спастична диплегія (хвороба Літтла або синдром Літтла) – найбільш часта форма ДЦП, яка характеризується тетрапарезом з переважним ушкодженням нижніх кінцівок. Ступінь рухових порушень у руках може бути різною: від виражених парезів до легкої моторної незграбності при цілеспрямованих рухах. При цій формі різко підвищений м'язовий тонус в ногах, внаслідок чого вони приведені одна до одної, часто перехрещені. Хворі як правило стоять на напівзігнутих ногах. В меншій мірі страждають верхні кінцівки, особливо проксимальні відділи. Рухи в кистях найчастіше збережені. У частини хворих спостерігаються судомні припадки.

При хворобі Літтла в 70-89,6% випадків спостерігаються мовленнєві розлади, рідше – затримка мовленнєвого розвитку, різні види дизартрії, моторна алалія.

При легкій спастичній диплегії перші прояви хвороби з'являються у віці 4-6 міс. При важких формах симптоматика виражена з народження: швидко наростає м'язовий тонус, рано активізуються тонічні шийні і лабіринтні рефлекси, діти малорухливі, при спробі зігнути або розігнути ніжки спостерігається різкий опір із-за високого м'язового тону. Запізнюється розвиток статичних функцій: діти пізно починають тримати головку, сидіти, стояти, при стоянні опираються тільки на пальчики. Пізніше з'являються контрактури колінних і гомілково-ступневих суглобів, деформація стоп, що значно утруднює ходьбу.

Інтелектуальний дефект, у порівнянні з іншими формами ДЦП, менше виражений, частіше це затримка розвитку.

Спастична геміплегія

При цій формі ДЦП ушкоджуються переважно однойменні кінцівки (однієї сторони). Верхня кінцівка як правило ушкоджується більше, ніж нижня. В руці більше підвищений м'язовий тонус згиначів, а в ногах – розгиначів. У важких випадках одностороннє обмеження спонтанних рухів помітне вже в перші тижні життя, а при легких формах симптоматика стає чіткою в кінці першого року життя. В період новонародженості можна виявити асиметрію м'язового тонусу і спонтанних рухів: ушкоджена рука в більшій мірі ніж здорова, приведена до тулуба, кисть стиснута в кулак, відчувається різниця в опорі пасивним рухам. Хоча в легких випадках виявити ці зміни досить важко.

Починаючи ходити, дитина як правило подає мамі здорову руку. Цим посилюється тенденція виносити здорову сторону вперед, а паретичну залишати дещо позаду. Недостатність рівноваги утруднює оволодіння навичкою ходьби без допомоги із-за боязні впасти. В результаті момент початку самостійної ходьби коливається від 1 року 4 міс. до 3-4 років.

З часом формується стійка патологічна установка кінцівок і тулуба: плече приведенне, зігнуті передпліччя і кисть, приведенний великий палець, сколіоз хребта, деформація стопи з вкороченням п'яткового (ахілового) сухожилля. Паретичні кінцівки атрофуються, відстають у розвитку. Такі зміни у віці 6-8 років виявляються в 65-70% хворих.

Рухові порушення при спастичній геміплегії поєднуються з патологією черепних нервів – атрофією зорового нерву, косоокістю. Судомні напади спостерігаються в 30-40% хворих, патологія мовлення у вигляді псевдобульбарної або кіркової дизартрії, дислалії – у 35-40%. Ступінь розумової відсталості, що виявляється приблизно у 40% хворих, різна – від легкої затримки психічного розвитку до грубого інтелектуального дефекту. Зниження інтелекту не завжди пов'язано із важкістю рухових порушень.

Подвійна геміплегія характеризується руховими порушеннями у всіх кінцівках, однак руки страждають більше ніж ноги. Дитина не може самостійно сидіти, стояти, ходити. Ступінь порушення функцій верхніх і нижніх кінцівок може бути однаково тяжким (зазвичай параліч більше виражений в руках), швидко розвивається тугорухливість у суглобах (контрактури). Лише при помірно вираженій гіпертонії м'язів частина дітей в 2-3 роки може самостійно сидіти. У половини хворих ушкоджені черепні нерви, що призводить до зниження слуху, косоокості і атрофії зорових нервів.

При цій формі завжди наявні виражені мовленнєві розлади у

формі псевдобульбарної дизартрії в поєднанні із затримкою мовленнєвого розвитку. В ранньому віці з'являються контрактури, перш за все в променево-зап'ястних і гомілковостопних суглобах. Ця форма ДЦП часто поєднується з мікроцефалією, що свідчить про внутрішньоутробне ушкодження мозку. У більшій частини хворих спостерігаються судоми. У 80% випадків порушується психіка – спостерігається розумова відсталість.

Геміплегічна (геміпаретична) форма проявляється парезом або паралічем однієї половини тіла, важче ушкоджуються руки. Кістки і м'язи паралізованих кінцівок відстають у рості. Паретичні кінцівки знаходяться в позі Верніке-Манна (приведена до тулуба і зігнута в ліктьовому і променево-зап'ястному суглобах рука і приведена розігнута в кульшовому і колінному суглобах нога).

При локалізації патологічного процесу в домінантній півкулі (ліва у правшів) можуть розвиватись мовленнєві розлади. Мовленнєві розлади спостерігаються в 25-45% випадків, найчастіше – затримка мовленнєвого розвитку, рідше – по типу псевдобульбарної дизартрії або моторної алалії. Більше ніж у половини хворих спостерігаються гіперкінези.

У хворих з геміплегічною формою ДЦП спостерігаються часті порушення психіки із зниженням інтелекту. Інтелектуальний дефект різного ступеня вираженості спостерігається у 70% дітей даної форми, у яких 25-35% – розумова відсталість, у 45-50% дітей – затримка психічного розвитку.

Гіперкінетична форма проявляється гіперкінезами і порушенням м'язового тону. У деяких випадках у стані спокою м'язовий тонус нормальний або дещо знижений, однак гіперкінези з'являються в 6-8 місяців, добре виражені на другому році життя. Довільні рухи у хворих незграбні, некоординовані.

Інтелект найчастіше буває збереженим або нерізко зниженим.

Характерним для даної форми ДЦП є порушення мовлення. Мовленнєві порушення спостерігаються в 90% дітей, головним чином у вигляді гіперкінетичної дизартрії. Мовлення невиразне, розтягнуте, переривчасте. Зміна інтелекту і судомні випадки виявляються значно рідше, ніж при інших формах ДЦП.

Гіперкінетична форма ДЦП часто зумовлена несумісністю крові матері і плода за резус-фактором або групою крові АВО.

Атонічно-астатична форма характеризується м'язовою гіпотонією і порушенням координації рухів. Мовленнєві розлади спостерігаються в 60-90,9% дітей у вигляді мозочкової, рідше – псевдобульбарної дизартрії. Інтелектуальний дефект спостерігається в

55% хворих, ступінь вираженості його коливається від розумової відсталості до легкої затримки психічного розвитку.

Ознаки хвороби з'являються досить рано: у новонароджених відсутнє фізіологічне підвищення м'язового тону в згиначах верхніх і нижніх кінцівок. У них різко страждають статичні функції: вони не можуть тримати голову, стояти і ходити зберігаючи рівновагу. Хода у них невпевнена; рухи некоординовані, надмірні, незграбні. Часті порушення мовлення: скандоване мовлення, розлади артикуляції з нечіткою вимовою, особливо приголосних. Крім цього спостерігається зміна психіки різного ступеня вираженості.

Атактична форма

При локалізації патологічного процесу переважно в ділянці мозочка, спостерігаються незначні порушення психіки і діти починають ходити в 2-3 роки, до того ж здатні освоїти прості професії. У випадку ушкодження переважно лобних долей мозку спостерігається виражена розумова відсталість і затримка розвитку мовлення, в 50% хворих є судоми. Такі хворі самотійно не ходять або починають ходити після 7-9 років.

3. Клініко-психологічні особливості дітей з порушеннями опорно-рухового апарату

У дітей, що страждають порушеннями ОРА, в першу чергу страждає сенсомоторна і координаційна функції організму, що проявляється в уповільненому формуванні рухової сфери дитини. Рухова активність таких дітей зазвичай дещо загальмована, тому, вони на рік-півтора пізніше, ніж їх ровесники, починають, перевертатися, сидіти, ходити.

Бажано, щоб така дитина вчилася, по можливості, в звичайній школі, де вона повинна набути необхідних навичок спілкування з дітьми, але при цьому, обов'язково знаходитися під наглядом досвідчених лікарів фахівців і відвідувати спеціальні оздоровчо-розвиваючі центри для дітей з порушенням опорно-рухового апарату.

У дітей з порушеннями опорно-рухового апарату рухові розлади поєднуються з відхиленнями в розвитку сенсорних функцій, пізнавальної діяльності, а також із складнощами розвитку емоційно-вольової, мотиваційної і комунікативної сфер особистості. При цьому для формування моторних і психічних функцій характерні уповільнений темп і асинхронність їх дозрівання з появою вторинних компенсаторних і в більшості своїй патологічних симптомокомплексів.

Формування самооцінки у дітей з порушеннями ОРА має деякі особливості в порівнянні із здоровими дітьми. Передусім, такі діти

мають важкі ушкодження ОРА, що значно ускладнює реалізацію рухових функцій, багато дітей, через захворювання, важко навчаються повзати, сидіти, ходити, стрибати і т. д. Адже саме під час виконання цих рухів дитина починає усвідомлювати, «ким вона є» насправді. Окрім цього, будь-який фізичний недолік впливає на взаємини з навколишніми людьми. У сім'ї дитина з фізичним недоліком є, передусім, особлива дитина, до неї виникає виняткове відношення і тут виникає питання про формування соціального Я дитини, що страждає церебральним паралічем.

Психологічні особливості, які проявляють особи з порушеннями рухового розвитку в процесі навчальної діяльності:

- увага осіб з порушеннями функцій ОРА характеризується підвищеною виснажуваністю. Їх працездатність швидко знижується, учням важко зосередитися на завданні.

- у осіб з порушеннями ОРА спостерігаються відхилення у функціонуванні зорового аналізатора у вигляді утруднення фіксації погляду на об'єкті, обмеження полів зору.

- 60-70 % осіб з порушеннями ОРА властиві порушення мовлення у формі дизартрії (порушення вимови звуків), пов'язане з тим, що у них ускладнено відчуття положення язика і губ.

Психологічні особливості дітей з ДЦП

Для дітей з ДЦП характерні специфічні відхилення в психічному розвитку. Механізм цих порушень складний і визначається як часом, так і ступенем та локалізацією мозкового ураження. Не існує чіткого взаємозв'язку між виразністю рухових і психічних порушень – наприклад, важкі рухові розлади можуть поєднуватися з легкою затримкою психічного розвитку, а легка рухова патологія – з важким недорозвиненням психіки в цілому.

Для психічного розвитку при ДЦП характерна сповільненість, виснаженість психічних процесів. Відзначаються труднощі перемикавання на інші види діяльності, недостатність концентрації уваги, сповільненість сприйняття, зниження обсягу механічної пам'яті.

Структура порушень пізнавальної діяльності при ДЦП має ряд специфічних особливостей. До них відносяться: нерівномірний, дисгармонійний характер порушень окремих психічних функцій; вираженість астеничних проявів (підвищена стомлюваність, виснаженість всіх нервово-психічних процесів); знижений запас знань і уявлень про навколишній світ.

У дітей з ДЦП відзначаються порушення особистісного розвитку. Порушення формування особистості пов'язані з дією багатьох факторів (біологічних, психологічних, соціальних). Крім

реакції на усвідомлення власної неповноцінності, має місце соціальна депривація і неправильне виховання.

Особистісні порушення у дітей найчастіше протікають по типу особистісної незрілості або астенічних проявів. Основною ознакою особистісної незрілості є недостатність вольової діяльності. У своїх вчинках вони керуються в основному емоцією задоволення. Для цих дітей характерні порушення цілеспрямованої діяльності. Вони егоцентричні, не здатні поєднувати свої інтереси з інтересами інших і підкорятися вимогам колективу. Специфічною умовою розвитку цього типу відхилень є неправильне виховання, обмеження діяльності і спілкування. Діти з астенічними проявами характеризуються підвищеною чутливістю до різних подразників, емоційною збудливістю, виснажуваністю, часто загальмованістю поведінки, яка проявляється у вигляді лякливості, страху перед всім новим, невпевненості в своїх силах

У дітей з ДЦП має місце недорозвинення просторового гнозису, що пов'язано з недорозвиненням або ушкодженням тім'яної частки великих півкуль головного мозку та з порушеннями зорового сприйняття. У свою чергу, порушення зорового сприйняття пов'язані з недостатністю фіксації погляду і конвергенції (фізіологічний акт зведення зорових осей обох очей при фіксації на близько розташований предмет), звуженням полів зору, птозом, двоїнням, ністагмом і зниженням гостроти зору. Порушення рухливості очних яблук є наслідком парезу м'язів, які рухають очне яблуко. Порушення слухового сприйняття також мають значення в порушенні формування просторового гнозису. Подібні сенсорні порушення надалі служать причиною порушення уваги і невміння зосередитися на завданні.

Наявність патологічних тонічних рефлексів і парезів рук приводить до недорозвинення зорово-моторної координації. Поряд з порушенням формування просторового гнозису це ускладнює формування сприйняття форми і оволодіння умінням співвідносити в просторі об'ємні і плоскі величини. При цьому страждає також розвиток схеми тіла. Затримується формування понять «праворуч» і «ліворуч». Велике значення в недорозвиненні схеми тіла мають недостатність кінестетичних відчуттів, недорозвинення реакції рівноваги, ураження нижньої частини тім'яної доли правої або лівої півкулі мозку. Так, при ураженні лівої тім'яної доли з великими труднощами формуються уявлення про праве та ліве, розвиваються елементи астереогнозу (невпізнання предметів на дотик), надалі утруднено засвоєння письма, читання і рахунку.

Несформованість вищих кіркових функцій є важливою ланкою

порушень пізнавальної діяльності при ДЦП. Найчастіше страждають окремі кіркові функції, тобто характерна парціальність їх порушень. Перш за все, відзначається недостатність просторових і часових уявлень. У дітей виражені порушення схеми тіла.

У складній структурі порушень у дітей з ДЦП значне місце займають мовленнєві розлади, частота яких становить понад 85%. У хворих дітей не тільки сповільнюється, а й патологічно спотворюється процес формування мовлення. Мовленнєві порушення у дітей з ДЦП характеризуються затримкою мовленнєвого розвитку, дизартрією і алалією. Перші слова запізнюються, активний словник накопичується повільно.

Діти відчують труднощі в розумінні та вживанні прийменників, словосполучень з прийменниковими конструкціями, а також слів, що позначають просторово-часові відносини, абстрактні поняття. Вони важко засвоюють лексичні значення слів.

Майже всі діти з ДЦП важко оволодівають навичками читання і письма. Порушення писемного мовлення – дислексія і дисграфія – зазвичай у них поєднуються з недорозвиненням мовлення.

У хворих ДЦП часто відзначаються емоційні порушення, які проявляються у вигляді підвищеної збудливості, схильності до коливань настрою, появи страхів. Страх нерідко виникає навіть при простих тактильних подразненнях, при зміні положення тіла, навколишнього оточення. Деякі діти бояться висоти, закритих дверей, темноти, нових іграшок, нових людей. Спостерігається підвищена збудливість, слабка воля, невміння долати перешкоди і слабка мотивація до їх подолання.

У дітей старшого віку розвиваються вторинні емоційні порушення як реакція на свій дефект. У них спостерігається схильність до невротичних порушень. Крім того, виникає загроза патологічного розвитку особистості за тривожно-недовірливим, аутистичним (занурення у себе, у світ своїх фантазій) або інфантилізованим типом.

Крім того, дітей з порушеннями ОРА найчастіше відрізняють замкнутість, знижений фон настрою, високий рівень агресивності. Особливості когнітивної сфери визначають недостатній рівень розвитку вольової сфери.

При ДЦП порушено формування не тільки пізнавальної діяльності, а й особистості. У одних дітей розлади емоційно-вольової сфери проявляються у вигляді підвищеної емоційної збудливості, дратівливості, рухової розгальмованості, у інших – у вигляді загальмованості, сором'язливості, боязкості. Схильність до коливань настрою часто поєднується з інертністю емоційних реакцій.

Порушення поведінки зустрічаються досить часто і можуть проявлятися у вигляді агресії, реакції протесту по відношенню до оточуючих. У деяких дітей можна спостерігати стан повної байдужості. Слід підкреслити, що порушення поведінки відзначаються не у всіх дітей з ДЦП; у дітей із збереженим інтелектом – рідше, ніж у розумово відсталих.

4. Здоров'язберігаючі технології в роботі з хворими, які мають порушення функцій опорно-рухового апарату

У профілактиці та лікуванні *сколіозу* важливе значення має чіткий розпорядок дня з чергуванням різних видів діяльності: сидіння за столом, рухливі ігри, прогулянки на свіжому повітрі.

Особливу увагу потрібно приділити фізичній культурі. Найкориснішим видом занять при сколіозі вважається плавання (особливо брасом). Але займатися треба з тренером, спеціально підготовленим для занять з дітьми. Лікувальне плавання має деякі особливості: застосовується тривале водне ковзання, працює тільки та рука, м'язи якої ослаблені. Не менш корисним видом спорту є ходьба на лижах. Однак катання з гір необхідно виключити – воно викликає занадто сильний струс хребта.

Харчування дітей має бути повністю збалансованим за білково-вуглеводним складом і багате кальцієм і вітамінами.

Для доброго стану хребта дуже важливий правильний підбір меблів, особливо столів та стільчиків. Вони повинні підходити під зріст дитини. До ліжка також пред'являються особливі вимоги: на ньому повинні знаходитися спеціальний напівтвердий матрац і невисока подушка.

Головне завдання в лікуванні сколіозу полягає в тому, щоб знизити навантаження на хребет і зміцнити м'язи спини і живота. Зміцнити м'язи спини можна за допомогою лікувальної фізкультури та масажу (Додаток 7, 8).

Розвантаження хребта при лікуванні сколіозу є необхідною умовою для спеціального і локального впливу на нього. Положення розвантаження не тільки дозволяє більш ефективно впливати на зону кісткової деформації, але і поліпшити крово- і лімфообіг у м'язах і зв'язках.

Розвантаження хребта досягається тим, що протягом більшої частини дня пацієнти знаходяться в положенні лежачи. Під час шкільних занять під груди дитині підкладають клиновидну подушку, виготовлену з товстої фанери і покриту поролоном і дерматином. Підставка відповідає наступним розмірами: висота її дорівнює довжині плеча дитини, довжина – відстані від підборіддя до XII ребра

плюс 2 см, ширина – відстані між плечовими суглобами. Під час усних уроків діти можуть перебувати в положенні на спині, підставку підкладають під голову і верхню частину спини. Розвантаження хребта також може досягатися внаслідок розслаблення і розтягування м'язів, які беруть активну участь у підтримці правильної постави.

Для формування правильної постави корисні вправи, які виконуються дітьми у вертикальній площині (дотик спиною, потилицею, сідницями і п'ятами стіни або гімнастичної стінки); наступні вправи – це вправи з утриманням на голові предмета (мішечка, дерев'яного кубика, гумового м'яча, дерев'яного або гумового кільця).

Для профілактики дефектів постави в практиці фахівців і педагогів використовуються такі вправи:

- потягування;
 - прогинання спини назад з відведенням рук вгору – назад;
 - ходьба на носках з прогином спини;
 - прогинання спини, сидячи на стільці або лавці з потягуванням;
 - прогинання спини, стоячи на четвереньках і колінах;
 - нахили назад з відведенням рук в сторони;
 - нахили вперед з діставанням носків;
 - вправа «велосипед» в положенні лежачи на спині;
 - нахили тулуба вправо і вліво;
 - згинання ніг і відведення в сторону, стоячи спиною до вертикальної площини;
 - згинання ніг в положенні лежачи;
 - діставання носків ніг в положенні сидячи на лавці;
 - підтягування стегон до грудей з положення лежачи на спині.
- При боковому викривленні хребта виконують такі вправи, як:
- пружні нахили вправо і вліво;
 - піднімання вгору однієї руки з відведенням іншої назад;
 - прогинання спини з відведенням рук вгору, лежачи на боці;
 - прогинання спини, стоячи на колінах.

Використання різних вихідних положень сприяє зміцненню опорно-рухового апарату, посилення м'язового «корсету» хребта. Варто також відзначити, що дані вправи виконуються в повільному або середньому темпі; дозування – 10-12 разів (Додаток 9).

З метою профілактики *плоскостопості* необхідно виконання комплексу заходів.

По-перше, важливо оберегти дітей від хронічних захворювань, які призводять до постільного режиму, а значить, і до ослаблення м'язів тулуба і кінцівок, в т. ч. стоп. Необхідно забезпечити гармонійний фізичний розвиток дитини з правильно організованим

режимом і максимальним використанням факторів зовнішнього середовища (наприклад, ходьба босоніж по нерівному ґрунту, загартовування стоп).

По-друге, потрібно приділити достатню увагу вихованню біомеханічно раціональної навички ходьби (правильний розподіл площі опори і центру ваги).

По-третє, взуття має відповідати гігієнічним вимогам:

- забезпечувати теплоізоляцію і вентиляцію;
- володіти еластичністю і не порушувати пересування;
- бути досить міцним, жорстким і стійким;
- відповідати довжині і ширині стопи, мати добру прокладку і достатній простір для пальців;
- підбори повинні бути невисокими (2-4 см) для рівномірного розподілу ваги тіла на передній і задній відділи стопи (тривале носіння взуття на високих підборах призводить до зміни кута нахилу тіла і відповідно до порушення постави з викривленням хребта).

Для правильного функціонування зв'язкового апарату стоп важливо:

- не носити м'яке взуття, наприклад, валянки, чешки, м'які сандалі без задника;
- не носити взуття на босу ногу, оберігати стопи від механічних впливів.

По-четверте, необхідно звертати увагу на гігієну стоп, особливо у дітей з підвищеною пітливістю ніг. Колготки і шкарпетки повинні бути з натуральних тканин (вовни, бавовни) або з максимальним вкладенням натуральних волокон; бути гігроскопічними і відповідати розміру стопи. Потрібно навчити дітей підстригати нігті по прямій лінії, щоб тиск стінок взуття на краю овально обстрижених нігтів не призводив до їх вростання.

Особливо важливо систематично виконувати спеціальні гімнастичні вправи для формування склепіння стопи.

Вправи, які використовуються для корекції поздовжньої і поперечної плоскостопості в різних вихідних положеннях.

Вправи під час ходьби

- ходьба на носках;
- ходьба на зовнішньому зведенні;
- ходьба «гусячим кроком»;
- ходьба на носках у напівприсіді;
- ходьба з поворотом стоп, п'ятами назовні, носками всередину;
- ходьба на носках з високим підніманням стегон;
- ходьба ковзним кроком зі згинанням пальців;
- ходьба по ребристій дошці;

- ходьба по гімнастичній палиці уздовж і поперек;
- ходьба по похилій площині на носках;
- ходьба зхрещеним кроком на зовнішньому краї стопи.

Вправи у вихідному положенні стоячи

- підведення на носках разом і поперемінно;
- перекат з п'ятки на носок і назад;
- напівприсід і присід на носках;
- напівприсід і присід, п'ятки нарізно, носки разом;
- піднімання п'яток, без відриву від підлоги пальців ніг;
- присід, стоячи на гімнастичній палиці.

Вправи у вихідному положенні сидячи

- сидячи, ноги паралельно, підведення п'яток разом і поперемінно;
- сидячи, тильне згинання стоп разом і поперемінно;
- сидячи, піднімання п'ятки однієї ноги і носка іншої;
- сидячи, захоплення пальцями ніг дрібних предметів і їх перекладання;
- підгортання пальцями матерчатого килимка;
- перекидання один одному м'ячів ногами.

Вправи у вихідному положенні лежачи

- лежачи, відтягування носків;
- лежачи, стопи на підлозі, розведення п'яток у сторони і назад;
- лежачи, ноги зігнуті, стегна розведені, стопи торкаються підошвами одна до одної – відведення і приведення стоп в області п'яток з упором на передню частину стопи;
- лежачи, круговий рух стоп;
- лежачи, ковзання стопою по гомілці іншої ноги;
- лежачи на животі, віджимання від підлоги, ноги на носках;
- лежачи на спині, піднімання прямих ніг, носки на себе;
- лежачи, плавання стилем «краль».

Крім цього важливе значення в профілактиці і корекції плоскостопості мають ігри розвиваючі координацію рухів, відчуття рівноваги; зміцнюють м'язи тулуба, зв'язково-м'язовий апарат стоп. (Додаток 10 і 11).

Корекційна робота при ДЦП в освітніх і виховних цілях та завданнях здоров'язберігаючих педагогічних технологій має медико-соціально-педагогічну значущість. Можна сформулювати принципи і умови організації здоров'язберігаючої освітньої діяльності.

1. Урахування цілісної системи формування культури здоров'я дітей з ДЦП:

Послідовна, безперервна система навчання здоров'ю на різних

етапах корекційного навчання.

Здійснення інтегрованого підходу до вирішення проблем, пов'язаних з охороною і зміцненням здоров'я дітей з ДЦП.

2. Наявність здоров'язберігаючого освітнього простору для дітей з ДЦП:

Відсутність перевантажень.

Виконання санітарно-гігієнічних нормативів.

Використання здоров'язберігаючих технологій в корекційному процесі.

Виховання у дітей з ДЦП культури здоров'я, тобто формування грамотності в питаннях здоров'я, практичне втілення потреби вести здоровий спосіб життя, дбати про власне здоров'я.

3. Урахування психолого-педагогічних чинників в роботі з дітьми з ДЦП:

Психологічний клімат на заняттях.

Наявність емоційних розрядок.

Поважний, толерантний стиль педагогічного спілкування дорослих з дітьми з ДЦП.

При інклюзивній та / або інтегрованій системі освіти необхідні спеціальні заходи щодо налагодження взаємодії дітей з ДЦП та дітей, які не мають обмежених можливостей здоров'я.

Введення диференційованого характеру оцінювання компетенцій дітей з ДЦП.

Забезпечення індивідуального підходу до дитини з ДЦП.

4. Забезпечення різноманітної рухової активності дітей з ДЦП:

Чергування корекційних занять з активно-руховими видами діяльності: динамічні паузи, фізкультхвилинки, пальцева гімнастика, ритмопластика, ритміка, мімічна гімнастика і ін.

5. Підвищення педагогічної корекційної компетенції батьків дітей з ДЦП у питаннях здоров'язбереження, навчання, корекції і виховання дитини з особливими освітніми потребами.

6. Відсутність впливу несприятливих для здоров'я дітей чинників:

Вимоги до екологічних умов: наявність чистої води, відсутність патогенності повітряного середовища, техногенних шкідливих речовин, відсутність електромагнітних полів.

Здоров'язберігаючі освітні технології створюють максимально можливі умови для збереження, зміцнення і розвитку духовного, емоційного, інтелектуального, особистісного та фізичного здоров'я дітей з ДЦП.

Для реалізації програми здоров'язберігаючої освіти дітей з ДЦП необхідні:

Організація раціонального рухового режиму дітей.

Безперервне контролювання стану здоров'я дітей з ДЦП.

Організація раціонального освітнього процесу з урахуванням форми і ступеня ДЦП, вікових та статевих особливостей дітей, а також відповідно до санітарно-гігієнічних вимог.

Створення сприятливого психо-емоційного клімату для комфортного перебування дітей, формування мотивацій і навичок здорового способу життя.

Матеріали для самоконтролю

Запитання

1. Назвіть основні причини виникнення захворювань ОРА.
2. Дайте оцінку основним етіологічним факторам виникнення ДЦП.
3. Дайте характеристику окремим формам ДЦП.
4. Які існують варіанти та ступені порушення постави?
5. Охарактеризуйте рухові порушення у дітей з церебральним паралічем.
6. Характеристика особливих освітніх потреб дітей з порушеннями ОРА.
7. Які існують форми роботи по попередженню порушень постави і плоскостопості?
8. Особливості використання здоров'язберігаючих технологій в роботі з хворими, які мають порушення функцій ОРА.

Тестові завдання

1. **Як часто зустрічаються вади опорно-рухового апарату у дітей?**
А) 1-4% Б) 5-7% В) 8-10% Г) 11-13%
2. **До вродженої патології опорно-рухового апарату не належить**
А) клишоногість Б) кривошия
В) рахіт Г) аномалії розвитку пальців
3. **До набутих вад опорно-рухового апарату не належить**
А) кривошия Б) травматичні ушкодження спинного мозку
В) туберкульоз кісток Г) остеомієліт
4. **До патології опорно-рухового апарату зумовленої**

захворюванням нервової системи належить

- А) поліартрит Б) сколіоз В) остеомієліт Г) ДЦП

5. У якому віці остаточно формуються вигини хребетного стовпа

- А) 13-15 років Б) 16-18 років
В) 18-20 років Г) 20-25 років

6. Число дітей з порушеннями постави досягає

- А) 10-20% Б) 20-30% В) 30-50% Г) 60-70%

7. З якою частотою зустрічається сколіоз у дітей

- А) 10-15% Б) 15-20% В) 20-25% Г) 30-35%

8. Набуті порушення постави, із всіх разом взятих, зустрічаються у

- А) 60-65% Б) 70-75% В) 80-85% Г) 90-95%

9. Сколіоз розвивається переважно в період

- А) 4-6; 10-12 років Б) 6-7; 12-15 років
В) 7-8; 15-16 років Г) 8-10; 18-20 років

10. Склепіння стопи в дитини практично сформовується у віці до

- А) 2 років Б) 3 років В) 4 років Г) 5 років

11. З якою частотою, на тисячу дитячого населення, зустрічається в Україні ДЦП?

- А) 1,2-1,4 Б) 1,6-1,8 В) 2,0-2,3 Г) 2,4-2,5

12. Яка форма ДЦП найважча, характеризується руховими розладами в усіх кінцівках? Зазвичай параліч більше виражений у руках. При цій формі завжди наявні виражені мовленнєві розлади.

- А) подвійна геміплегія Б) спастична диплегія
В) геміплегічна Г) гіперкінетична

13. Яка форма ДЦП характеризується руховими розладами, за яких більше ушкоджуються нижні кінцівки. спостерігаються мовленнєві розлади. Інтелектуальний дефект менше виражений ніж при інших формах.

- А) подвійна геміплегія Б) спастична диплегія
В) геміплегічна Г) гіперкінетична

14. При якій формі ДЦП рухові розлади спостерігаються в правих чи лівих кінцівках (ліва або права половина), важче ушкоджуються руки. Інтелектуальний дефект різного ступеня вираженості спостерігається у 70% дітей даної форми

- А) подвійна геміплегія Б) спастична диплегія
В) геміплегічна Г) гіперкінетична

15. Яка форма ДЦП характеризується насильницькими рухами різного характеру? Інтелект найчастіше буває збереженим

або нерізко зниженим. Мовленнєві порушення спостерігаються у 90% дітей.

- А) подвійна геміплегія Б) спастична диплегія
В) геміплегічна Г) гіперкінетична

16. При ДЦП має місце недорозвинення просторового гнозису, що зумовлено

- А) порушенням слухового сприйняття Б) Порушенням зорового сприйняття
В) порушенням слухового і зорового сприйняття
Г) порушення всіх видів сприйняття

17. У якій частини дітей при ДЦП спостерігається недорозвиток інтелекту за типом розумової відсталості?

- А) 10% Б) 20% В) 30% Г) 40%

18. У якій частини хворих інтелект при ДЦП збережений?

- А) 10-15% Б) 15-20% В) 20-25% Г) 25-30%

19. У дітей з порушеннями опорно-рухового апарату найчастіше спостерігається

- А) страх, відкритість, знижена збудливість
Б) підвищена збудливість, відкритість, добродушність
В) знижена збудливість, підвищена вольова активність, невротичні порушення
Г) замкнутість, знижений фон настрою, високий рівень агресивності, недостатній рівень розвитку вольової сфери

20. Найбільш негативний вплив на розвиток ДЦП має

- А) внутрішньоутробна патологія
Б) родова патологія
В) захворювання перших років життя
Г) всі патології в однаковій мірі

Література

1. Бочарова Е. А. Специальная психология: учебное пособие / под ред. П.И. Сидорова. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2009. С. 74-82.

2. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2011. С. 65-79.

3. Верхлин В.Н. Комплекс упражнений для детей с ДЦП // *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. 2004. № 4. С. 68-71.

4. Винокурова И.П. Эмоциональные особенности детей с

диагнозом ДЦП // *Вестник интегративной психологии*. 2004. № 9. С.14-18.

5. Гросс Н.А. Применение физических упражнений с учетом функционального состояния детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата // *Лечебная физкультура для дошкольников и младших школьников*. 2005. №2. С. 26-34.

6. Колупаєва А. А., Савчук Л.О. Діти з особливими потребами та організація їх навчання: науково-методичний посібник. Вид. доп. та перероблене. Серія «Інклюзивна освіта» К.: 2011. С. 42-45.

7. Методические рекомендации по работе с детьми с ограниченными возможностями в условиях дошкольной образовательной организации / [Т.Орусбаева, А.Надирбекова, Д.Дунганова и др.]. Б.: 2015. С. 13-18, 81-83.

8. Омельченко Л. П. Здоров'ятворча педагогіка / Л. П. Омельченко, О. В. Омельченко. Х. : Вид. група «Основа», 2008. С. 48-51.

9. Соколова Э. А. Оценка высших психических функций и социальных навыков у детей раннего возраста с детским церебральным параличом // *Педиатрия*. 2008. Т. 87. № 5. С. 146-150.

10. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е.А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова и др.; Под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Издательский центр «Академия», 2001. С. 183-219.

11. Хитрюк, В.В. Основы дефектологии: учеб. пособие. Мн.: Изд-во Гревцова, 2009. С. 177-184.

12. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. С. 20-161.

13. Яценко К. В. Дитячий церебральний параліч: етіопатогенез, клініко-нейрофізіологічні аспекти та можливості неврологічної реабілітації // *Український неврологічний журнал*. 2015. № 2. С. 19-24.

Словник термінів

Абулія – патологічна відсутність волі, бажань і прагнень до діяльності.

Авітаміноз – значна або повна відсутність вітаміну в організмі.

Агенезія мозолистого тіла – вроджена його відсутність.

Аграфія – порушення письма (нездатність з'єднувати букви в складі, складі в слова).

Адаптація – процес пристосування живих організмів до певних умов існування, які постійно змінюються, що забезпечує не лише нормальну життєдіяльність організму, а й збереження достатнього рівня працездатності в нових, у тому числі й соціальних, умовах існування.

Адаптація ока: *світлова* – це зниження чутливості рецепторів ока до світла при переході з темного приміщення в світле. Світлова адаптація закінчується в перші 4-6 хвилин; *темнова* – збільшення чутливості рецепторів ока до світла при переході від яскравого світла до темноти. Темнова адаптація закінчується через 40-50 хвилин.

Адаптивність людини – це рівень здатності людини здійснювати адаптаційні перебудови і пристосовуватися до мінливих умов і характеру діяльності.

Адаптогени – речовини рослинного і тваринного походження, які підвищують стійкість організму до стресу, збільшують всі функціональні резерви і віддаляють фазу настання стомлення і вкорочують відновний період.

Адинамія – зменшення або повне припинення рухової активності.

Аеробіка – комплекс оздоровчих фізичних вправ (ходьба, біг, стрибки та інші рухи), що виконуються у супроводі музики та покликані зміцнити здоров'я людини.

Акалькулія – порушення здатності до рахування.

Акінезія – втрати здатності до довільних рухів.

Акомодація – здатність ока до чіткого бачення різновіддалених предметів. Суть акомодації полягає в зміні кривизни кришталика, а значить його заломлювальної сили.

Акселерація, акцелерація – феномен прискорення темпів індивідуального розвитку в порівнянні з попередніми поколіннями, що спостерігається у всіх країнах світу.

Активний відпочинок – спосіб проведення вільного часу, що попереджає стомлення, та відрізняється від основної (попередньої) діяльності тим, що викликає збудження в іншому нервовому центрі, знімаючи попередню трудову напруженість.

Алалія – відсутність або недорозвинення мовлення внаслідок органічного ураження мовленнєвих зон кори головного мозку.

Алексія (дислексія) – часткове (повне) порушення процесу читання.

Алергія – підвищена чутливість організму до різних речовин, пов'язана зі зміною його реактивності.

Амбліопія (ліниве око) – захворювання, при якому одне з двох очей майже (чи зовсім) не задіяне в процесі зору.

Аменція, аментивне потьмарення свідомості, аментивний синдром – одна з форм потьмарення свідомості з переважанням беззв'язного, хаотичного мовно-рухового збудження і розгубленості.

Амнезія – патологічний стан, що полягає в ослабленні або втраті пам'яті на ґрунті різних уражень головного мозку.

Анамнез – сукупність відомостей, отриманих при обстеженні людини шляхом опитування самого обстежуваного або знаючих його осіб.

Аномалія – відхилення від норми, від загальної закономірності, неправильність у розвитку.

Антропогенез – процес еволюційно-історичного формування людини.

Антропометричні показники – показники вимірів людського тіла.

Антропометрія – сукупність методів і прийомів вимірів морфологічних особливостей людського тіла і його частин.

Апатія – розлад емоційно-вольової сфери, що проявляється емоційною байдужістю до себе або оточення.

Асинхронія (спотворений розвиток) – диспропорційний психічний розвиток при вираженому випередженні темпу і термінів розвитку одних функцій та запізнюванні або вираженому відставанні інших.

Астенія – патологічний стан, що характеризується швидким виснаженням нервових процесів, підвищеною стомлюваністю, нестійким настроєм, ослабленням і втратою здатності до м'язової або розумової діяльності.

Астигматизм – зміна заломлювальної сили ока, яка виникає в результаті того, що кривизна рогівки у вертикальній площині більша, ніж у горизонтальній. Якщо ця різниця не перевищує 0,5 діоптрій, то астигматизм називається фізіологічним.

Асфіксія – задуха, що проявляється симптомокомплексом розладів діяльності нервової системи, дихання та кровообігу.

Атаксія – порушення координації рухів.

Атонія – ослаблення тону (напруги) м'язів, зниження

активності нервово-м'язових структур.

Атрофія – процес, який характеризується зменшенням об'єму і розмірів, а також вираженими тією чи іншою мірою якісними змінами клітин, тканин і органів.

Атрофія зорового нерва. Наслідок захворювання, при якому має місце набряк, запалення, здавлювання, пошкодження, дегенерація волокон зорового нерва або судин, що живлять його, що призводить до втрати зору.

Аутогенне тренування – психотерапевтичний метод впливу, заснований на самонавіюванні і саморегуляції, при якому людина шляхом тривалих і складних вправ навчається релаксації і може впливати на нервово-психічні процеси, серцево-судинну систему, обмін речовин.

Афазія – повна або часткова втрата здатності до мовленнєвої діяльності, обумовлена локальними ураженнями головного мозку.

Афонія – відсутність гучності голосу при збереженні шепітного мовлення.

Брадикардія – зменшення частоти скорочень серця нижче 60 ударів за 1 хвилину.

Брадилалія (брадифразія) – патологічне уповільнення мовлення.

Валеологія – міждисциплінарне вчення про здоров'я, здоровий спосіб життя.

Вестибулярний орган – периферичний відділ вестибулярного аналізатора, який складається з отолітового апарату і трьох півколових каналів. Руйнування вестибулярного органу спричинює втрату відчуття рівноваги.

Геміплегія – параліч половини тіла.

Гетерохронність – різночасовість, асинхронність, розбіжність у часі фаз розвитку окремих органів і функцій.

Гідроцефалія – водянка головного мозку, що виражається в накопиченні спинномозкової рідини в порожнині черепа.

Гіперкінези – мимовільні насильницькі руху, зумовлені зміною тону м'язів, з наявністю неприродних поз і незакінчених рухів.

Гіперметропія – див. Далекозорість

Гіпоксія (кисневе голодування) – типовий патологічний процес, який виникає внаслідок недостатнього постачання тканин киснем або порушення використання його тканинами.

Гіпотонія – зменшення напруги або тону м'язів.

Гіпотрофія – хронічний розлад трофіки тканин, що відноситься до дефіцитних станів і є різновидом дистрофії.

Глаукома – хронічне захворювання очей, що характеризується підвищенням внутрішньочного тиску і зниженням гостроти зору, а також особливою формою атрофії зорового нерва.

Гомеостаз – відносна динамічна постійність внутрішнього середовища (крові, лімфи, ліквору, тканинної рідини) і стійкість основних фізіологічних функцій організму (кровообігу, дихання, терморегуляції, обміну речовин, енергії і т. д.).

Гострота зору – гранична здатність ока розрізняти окремі предмети. Її визначають за найменшою відстанню між двома точками, які око бачить окремо.

Група здоров'я – умовний термін, який використовують для орієнтовної оцінки здоров'я людей.

Далекозорість (гіперметропія) – це порушення зору, при якому погіршується чіткість зображення предметів, що знаходяться на близькій відстані (20-30 см від очей). Фокусування зображення відбувається перед сітківкою ока, а не на ній, як це повинно бути в нормі.

Дальтонізм (кольорова сліпота). Спадкова, рідше набута, особливість зору людини, що виражається в пониженій або повній нездатності розрізняти кольори.

Деменція – набуте недоумство, обумовлене органічним ураженням головного мозку, яке проявляється стійким порушенням вищої нервової діяльності, ослабленням пізнавальної здатності, зниженням рівня психічної, в першу чергу інтелектуальної діяльності, збідненні відчуттів, зміною поведінки та супроводжується втратою отриманих знань, навичок і зниженням здатності до навчання.

Демографічна статистика – сукупність статистичних даних про чисельність, щільності, складі населення і його рух.

Депресія – афективний стан, що характеризується негативним емоційним фоном, зміною мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки.

Дефект – фізичний або психічний недолік, який викликає порушення в розвитку (в сучасній педагогічній літературі практично не використовується).

Дефектологія – інтегрована галузь наукового знання, поєднуюча клініко-фізіологічний і психолого-педагогічний напрямки досліджень процесів розвитку, навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Дизартрія – порушення вимовної сторони мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Це тяжкий розлад усієї мовленнєвої діяльності.

Дизартрія – порушення вимовної і мелодико-інтонаційної

сторони мовлення,

Дизонтогенез – це відхилення від нормального індивідуального розвитку на будь-якому етапі життя, починаючи від моменту запліднення і закінчуючи смертю.

Дисграфія – часткове (повне) специфічне порушення процесів письма.

Дислалія – порушення вимовної сторони мовлення при нормальному слуху і збереженій іннервації (забезпеченості) мовленнєвого апарату.

Дислексія (алексія) – часткове (повне) порушення процесів читання.

Дистрофія – це морфологічне вираження порушень метаболізму тканин (клітин), що призводить до їх структурної зміни, тому дистрофію розглядають як один з видів пошкоджень (альтерацій).

Дизонтогенез – це різні форми порушень онтогенезу психіки, які проявляються в зміні послідовності, ритму і темпу процесу дозрівання і становлення психічних функцій.

Динамічний стереотип – відносно стійка, цілісна система умовнорефлекторних зв'язків, вироблена в результаті діяльності в процесі онтогенезу і виступає в якості фізіологічної основи навички.

Дитячі церебральні паралічі – це група патологічних синдромів, які виникають в результаті пошкодження мозку на ранніх етапах онтогенезу і проявляються у формі рухових, мовленнєвих і психічних порушень.

Дисфункція дозрівання – пов'язана з морфофункціональною віковою незрілістю центральної нервової системи і взаємодією незрілих структур і функцій головного мозку з несприятливими чинниками зовнішнього середовища.

Діагноз – медичний висновок про захворювання.

Діагностика здоров'я – розділ валеології, комплекс діагностичних заходів, спрямованих на дослідження і кількісну оцінку здоров'я.

Діти з обмеженими можливостями (особливостями розвитку) – діти, які мають значні відхилення від нормального психічного і фізичного розвитку, викликані серйозними вродженими чи набутими дефектами і в силу цього потребують спеціальних умов навчання і виховання.

Довгожитель – людина, яка досягла віку 90 і більше років.

Екзогенний – зумовлений зовнішніми причинами.

Екстензори – розгиначі.

Ендогенний – зумовлений внутрішніми причинами.

Енцефаліт – запалення головного мозку.

Етіологія – вчення про причини виникнення хвороб.

Загальний психічний недорозвиток – загальна стійка затримка психічного розвитку при найбільш ранніх ураженнях мозку (генетичних, внутрішньоутробних, родових, ранніх постнатальних), що зумовлює первинність і тотальність недорозвинення мозкових систем.

Затриманий психічний розвиток – уповільнення темпу формування пізнавальної та емоційної сфер з фіксацією на більш ранніх вікових етапах.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – це уповільнення темпу розвитку психіки, який частіше виявляється при поступленні до школи і виражається в нестачі загального запасу знань, обмеженості представлень, незрілості мислення, переважанні ігрових інтересів і нездатності займатися інтелектуальною діяльністю.

Захворюваність – поширеність хвороб серед населення і його окремих груп.

Здоровий спосіб життя – означає розумне використання свого життєвого потенціалу, а також дотримання науково обґрунтованих рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я та інших медичних організацій. Його необхідність виходить із того, що багато причин пошкодження стану здоров'я можна уникнути.

Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад.

Здоров'язберігаюча технологія це – сукупність засобів, методів, форм, методичних прийомів організації, проведення і управління навчально-виховним процесом, що спрямовані на збереження, формування та зміцнення здоров'я учнів.

Інклюзивна освіта – створення і підтримка умов для спільного навчання в класі звичайних дітей з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я.

Інтелект – це загальна розумова здатність, яка включає можливість аналізувати матеріал, здогадуватися, здійснювати розумові процеси синтезу, абстракції, робити висновки, планувати, вирішувати проблеми, розуміти складні ідеї, створювати поняття, умовиводи, швидко навчатися і вчитися на підставі досвіду.

Інфантилізм – збереження в організмі і психіці людини особливостей, властивих ранньому віку.

Карта оцінки стану здоров'я – індивідуальний документ, що відображає якість і кількісну характеристику здоров'я.

Катаракта – захворювання кришталіка, яке проявляється у його помутнінні, що перешкоджає проходженню променів світла в око і призводить до зниження зору.

Кваліметрія здоров'я – вимір якості здоров'я.

Кількість здоров'я – сума «резервних потужностей» основних функціональних систем організму.

Кіфоз патологічний – вада постави, що характеризується значним заднім прогином грудного відділу хребта, верхівкою якого є VII грудний хребець.

Кіфоз фізіологічний – вигини хребта до заду, що сформувалися внаслідок вертикального положення людини (кіфоз грудний, крижовий).

Компенсація – відновлення недорозвинених чи порушених психофізичних функцій шляхом використання збережених чи перебудови частково порушених функцій.

Компоненти здорового способу життя – природні та штучні фактори зовнішнього і внутрішнього середовища, умови життя і діяльності та сама діяльність, здатні в комплексі забезпечити формування, збереження і зміцнення здоров'я.

Конституція – сукупність стійких морфологічних і функціональних особливостей людини, обумовлених спадковістю (генотипом), а також тривалими, інтенсивними впливами навколишнього середовища. Вона проявляється в особливостях будови тіла, властивостей і функцій організму (в тому числі особливості вищої нервової діяльності), адаптивності, резистентності і реактивності, здатності людини до праці.

Контрактура – обмеження рухливості в суглобі, яке спричинюють патологічні зміни у м'яких тканинах, що пов'язані з функцією цього суглоба – рубцюватим стягненням шкіри, сухожилків, захворюваннями м'язів, суглоба, больовим рефлексом й іншими причинами.

Концептуальна модель здорового способу життя – сукупність уявлень людини про цілі і завдання здоров'ятворчої діяльності станів об'єкту управління (предметів діяльності, зовнішнього середовища і способів впливу на них).

Кон'юнктивіт – запалення слизової оболонки ока, яке супроводжується гнійними виділеннями, підвищеною подразливістю слизової оболонкою ока і сльозоточивістю.

Корекція – сукупність педагогічних та лікувальних засобів, спрямованих на поліпшення та виправлення окремих дефектів.

Короткозорість (міопія) – різновид аномалії рефракції, при якому паралельні промені з'єднуються перед сітківкою у вигляді

розсіяного пучка, а не на ній, як це повинно бути в нормі. Нечітка картинка виникає при віддаленні предметів.

Косоокість (Стробізм) – це стан очей, при якому вони мають різні напрями погляду, сфокусуватися на одному предметі неможливо

Кретинізм – затримка росту і недорозвиток інтелекту внаслідок порушення функції щитовидної залози.

Куряча сліпота (порушення сутінкового зору). Сприйняття предметів різко порушується з настанням сутінків.

Латентний період (стосовно інфекційних хвороб – інкубаційний період) – триває від моменту впливу причини до появи перших клінічних ознак захворювання.

Логопедія – наука про порушення мовлення, а також методи їх виявленн, усунення та попередження засобами спеціального навчання і виховання.

Лордоз – вигин хребта, обернений опуклістю вперед. *Фізіологічний лордоз* формується в шийному і поперековому відділах хребта на першому році життя, забезпечуючи компенсацію фізіологічного кіфозу. *Патологічний лордоз* частіше формується на тому ж рівні, що і фізіологічний, і значно рідше на рівні грудного кіфозу.

Мікрополігірія – велика кількістю неправильно розміщених маленьких звивин.

Мікроцефалія – значне зменшення розмірів черепа і головного мозку.

Міопія – див. Короткозорість

Моніторинг здоров'я – тривале спостереження за станом життєво важливих функцій організму шляхом реєстрації показників цих функцій.

Недієздатні особи (люди з інвалідністю) – люди з обмеженими можливостями, що заважає їм або обмежує їх в якій-небудь нормативній ролі (виходячи із вікових, статевих і соціокультурних факторів).

Недуга – будь-яка втрата або аномалія анатомічної, фізіологічної або психологічної структури або функції.

Незрячі – це діти з повною відсутністю зорових відчуттів, або які мають залишковий зір (максимальна гострота зору – 0,04 на оці яке краще бачить з застосуванням звичайних засобів корекції – окулярів), або зберегли здатність до світловідчуття.

Незрячі абсолютно, або тотально – діти з повною відсутністю зорових відчуттів.

Незрячі частково, або парціально – діти, які мають світловідчуття (здатність до виділення фігури з фону) з гостротою

зору від 0,005 до 0,04

Нечуючі – це особи з тотальним (повним) випаданням слуху або залишковим слухом, який не може бути самостійно використаний для накопичення мовленнєвого запасу.

Ністагм – мимовільні, швидкі, ритмічні рухи очей.

Нозологія – учення про хвороби, що містить біологічні та медичні основи хвороб, а також їхню етіологію, патогенез, номенклатуру і класифікації, профілактику захворювань.

Олігофренопедагогіка – галузь корекційної педагогіки, яка розробляє проблеми виховання, навчання і шляхів корекції розвитку дітей з інтелектуальною недостатністю.

Оптична система ока – складна лінзова система, яка формує на сітківці дійсне перевернуте і зменшене зображення зовнішнього світу. Вона складається із прозорої рогівки, передньої та задньої камер з водянистою вологою, кришталика і склистого тіла.

Особа з обмеженими можливостями здоров'я – особа, що має фізичний та (або) психічний недоліки, які перешкоджають засвоєнню освітніх програм без створення спеціальних умов для отримання освіти. До складу спеціальних умов освіти належать: спеціальні освітні програми та методи навчання, індивідуальні технічні засоби навчання й середовище життєдіяльності, а також педагогічні, медичні, соціальні та інші види послуг, без яких неможливе навчання осіб даної категорії.

Параліч (плегія) — це повна нездатність до виконання рухів.

Парез – зниження м'язової сили в кінцівках, унаслідок чого довільні рухи можливі, але їх обсяг і сила значно знижені.

Патогенез – механізм виникнення та розвитку хвороби.

Патологія – біологічний процес появи нової якості, хворобливого стану.

Перинатальний період починається з 28 тижнів вагітності (259 днів, часу, якому відповідає маса плоду 1000 г), включає період пологів і 7 повних днів життя новонародженого, або 158 годин після народження.

Постава – це звична поза для людини у спокої і при русі.

Постнатальний – той, що відноситься до періоду після народження, тобто після пологів.

Пошкоджений розвиток – ізольоване пошкодження будь-якої системи аналізатора або структур головного мозку

Преморбідний стан – стан організму на межі здоров'я і хвороби, може або перейти в хворобу, або через деякий час завершитись нормалізацією функцій організму.

Пренатальний – у медицині застосовується визначення періоду

розвитку організму до моменту пологів.

Профілактика – сукупність заходів, спрямованих на те, що запобігти розвитку захворювання або патологічного стану.

Психічне здоров'я – це рівень психологічного благополуччя, який визначається не тільки відсутністю психічних захворювань, а й рядом соціально-економічних, біологічних і тих, що відносяться до навколишнього середовища факторів

Психогігієна – науково-практична дисципліна, що вивчає питання загальної гігієни, медичної та соціальної психології і психіатрії, фактори і умови навколишнього середовища, що впливають на психічний розвиток і психічний стан людини, і ставить завданням зміцнення психічного статусу людини.

Психопрофілактика – заходи, що забезпечують попередження психічних захворювань.

Птоз (опущення повіка). При цьому дефекті спостерігається повне або часткове опущення повіка.

Резистентність – стійкість організму до дії різних факторів.

Ремісія – тимчасове послаблення або зниження проявів хвороби.

Ретардація – уповільнення, відставання психічного розвитку будь-якого походження.

Рецидив (повернення хвороби) – новий прояв хвороби після удаваного або неповного її припинення.

Релаксація – стан спокою, розслабленості, що виникає внаслідок зняття напруги, після сильних переживань чи фізичних зусиль.

Ригідність – напруження м'язів. Порушується плавність і злагодженість м'язового взаємодії.

Розумова відсталість – стійке порушення пізнавальної діяльності внаслідок органічного ураження головного мозку. Характеризується нездатністю до розуміння і продукування складних понять, узагальнень, аналізу і переважанням конкретно-описового типу мислення, спрощеністю поглядів.

Сензитивний вік – найсприятливіший вік для розвитку тих чи інших психічних функцій (сприймання, мовлення, пам'яті тощо), що визначає психічний розвиток дитини і має вирішальне значення для її навчання та виховання.

Симптом – одна із ознак хвороби, яка відрізняє хвору людину від здорової.

Синдром – сукупність симптомів об'єднаних єдиним патогенезом.

Сколіоз – стійке бічне викривлення хребетного стовпа.

Сколіоз вроджений – бічне викривлення хребетного стовпа, що виникає в результаті аномалії його розвитку.

Сколіоз набутий – бічне викривлення хребетного стовпа, що виникає в процесі життя, найчастіше на фоні рахіту, уражень суглобів нижніх кінцівок, міопатії, поліомієліту та інших захворювань.

Сколіотична хвороба – комплекс патологічних порушень в організмі, які виникають у результаті сколіотичного викривлення хребетного стовпа.

Скотома – це невелика ділянка в межах поля зору, в якій зір ослаблений або повністю відсутній, з усіх боків цю ділянку оточують ділянки нормального бачення.

Скринінг – масове обстеження контингентів населення з метою виявлення осіб з певною хворобою для оперативного прийняття лікувально-профілактичних заходів.

Слабозорі – діти з гостротою зору від 0,05 до 0,2. Головна відмінність цієї групи дітей від незрячих: при вираженому зниженні гостроти сприйняття зоровий аналізатор залишається основним джерелом сприйняття інформації про навколишній світ і може використовуватися в якості ведучого в навчальному процесі, включаючи читання і письмо.

Соціальне здоров'я людини характеризується рівнем соціалізації особистості, ставленням до норм і правил, прийнятих у суспільстві, соціальними зв'язками з людьми і соціальними інститутами, набутим соціальним статусом та прагненням до його підвищення в межах чинних законів і моральних традицій, джерелами і рівнем доходів і витрат тощо.

Спеціальна освіта – дошкільна, загальна та професійна освіта, для отримання якої особам з обмеженими можливостями здоров'я створюються спеціальні умови.

Спина кругла – вада постави, яка характеризується збільшенням грудного кіфозу в поєднанні зі збільшенням поперекового лордозу.

Спина плоска – вада постави, яка характеризується повним згладжуванням поперекового лордозу, слабо вираженими згинами шийного і грудного відділів хребетного стовпа.

Спина сутула – вада постави, для якої характерним є збільшення фізіологічного кіфозу в грудному відділі хребта; поперековий лордоз і нахил таза незначні.

Спосіб життя людини – це сукупність матеріальних умов, суспільних соціальних установок (культура, освіта, традиції тощо), умов поведінки (включаючи соціально-психологічну та фізіологічну реактивність) особистості і зворотний її вплив на ці умови.

Стиль життя – особливості поведінки людини або групи людей.

Стрес – реакція напруги неспецифічних адаптаційних механізмів організму, що супроводжується комплексом захисних фізіологічних реакцій, у відповідь на дію надзвичайно сильних або довготривалих подразників.

Сурдопедагогіка – наука про виховання, освіту і навчання дітей з вадами слуху.

Тахікардія – прискорення скорочень серця до понад 100 ударів за хвилину.

Тетраплегія – параліч усіх чотирьох кінцівок.

Тифлопедагогіка – наука про виховання дітей із порушенням зору.

Тремор – тремтіння пальців рук і язика.

Туговухість – стійке зниження слуху, яке значно утруднює сприймання мовлення.

Фактори ризику – загальна назва факторів зовнішнього і внутрішнього середовища організму і поведінкових факторів, які не є безпосередньою причиною певної хвороби, але сприяють збільшенню ймовірності її виникнення.

Фенілкетонурія – особлива форма недоумства, в основі якої – спадково обумовлене порушення білкового обміну.

Фізичне здоров'я – це стан організму, при якому показники основних фізіологічних систем знаходяться в межах фізіологічної норми і адекватно змінюються при взаємодії людини з зовнішнім середовищем. З медичної точки зору фізичне здоров'я розглядається як стан росту і розвитку органів і систем організму, основу якого складають морфологічні і функціональні резерви; це нормальна структура і функції органів і систем, відсутність скарг і хворобливих проявів, діапазон його компенсаторно-приспосувальних реакцій.

Фобії – нав'язливі страхи.

Хвороба – це патологічний процес, порушення нормальної життєдіяльності організму під впливом шкідливих подразників зовнішнього та внутрішнього середовища, що призводять до зниження його пристосувальних можливостей.

Якість життя – ступінь впевненості окремих людей або групи людей в тому, що їхні потреби задовольняються, а необхідні для досягнення щастя і самореалізації можливості надаються.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Кн. 1. Спб. : Речь, 2006. 384 с.
2. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А., Мальований А.В. Санологія (медичні аспекти валеології): підручник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. Львів, ПП “Кварт”, 2011. 303 с.
3. Ахутина Т.В. Здоровьесберегающие технологии обучения: индивидуально-ориентированный подход // *Школа здоровья*. 2000. Т. 7. № 2. С. 21-28.
4. Бойченко Т Є. Валеологія – мистецтво бути здоровим // *Здоров'я та фізична культура*. 2005. №2. С. 2-76.
5. Бочарова Е. А. Специальная психология: учебное пособие / под ред. П.И. Сидорова. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2009. 116 с.
6. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
7. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. М.: Флинта: Наука, 2001. 416 с.
8. Васильева О. С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр “Академия”, 2001. 352 с.
9. Ващенко О.М. Формування у молодших школярів навичок здорового способу життя // *Початкова школа*. 2002. №2. С.58-60.
10. Верхлин В.Н. Комплекс упражнений для детей с ДЦП // *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. 2004. № 4. С. 68–71.
11. Винокурова И.П. Эмоциональные особенности детей с диагнозом ДЦП // *Вестник интегративной психологии*. 2004. № 9. С.14–18.
12. Гросс Н.А. Применение физических упражнений с учетом функционального состояния детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата // *Лечебная физкультура для дошкольников и младших школьников*. 2005. №2. С. 26–34.
13. Завидівська Н. Н. Формування потреби здорового способу життя // *Рідна школа*.– 2001. № 10. С. 54-55.
14. Зотова М. О. Особенности применения здоровьеразвивающих технологий в формировании культуры здоровья школьников // *Современные проблемы науки и образования*. 2009. № 3. С. 50-57.

15. Шалимов В.Ф. Клиника интеллектуальных нарушений: Уч. пособие для студ. Высш. пед. учебн. Заведений. М.: «Академия», 2003. 160 с.

16. Использование здоровьесберегающих технологий в работе с детьми, имеющими нарушения в развитии: методическое пособие /ТОУНБ им. А. С. Пушкина, Отдел организации обслуживания инвалидов по зрению; МБЛПУ ЗОТ «Центр медицинской профилактики»; отв. за выпуск А. А. Коваленко. Томск, 2013. 52 с.

17. Колупаєва, А. А., Савчук Л.О. Діти з особливими потребами та організація їх навчання: науково-методичний посібник. Вид. доп. та перероблене. Серія «Інклюзивна освіта» К.: 2011. 206 с.

18. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ – «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.

19. Ленартович Н.А., Бондар Г.А. Здоров'язбережувальні технології в системі роботи класного керівника як один із методів реалізації виховання ціннісного ставлення до себе. Методичний посібник Вінниця: 2015. 63 с.

20. Маджуга А.Г., Синицина В.Д. Здоровьесозидающая педагогика: теория, методологи, перспективы развития. М.: «ЛОГОС», 2014. 508 с.

21. Методические рекомендации: Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения / Под ред. М.М. Безруких. Сонькина. М., 2002. 114 с.

22. Методические рекомендации по работе с детьми с ограниченными возможностями в условиях дошкольной образовательной организации / [Т. Орусбаева, А. Надирбекова, Д. Дунганова и др.]. Б.: 2015. 128 с.

23. Митяева, А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. 2-е изд., стер. М.: Издательский центр «Академия», 2010. 192 с.

24. Омельченко Л. П., Омельченко О. В. Здоров'ятворча педагогіка. Х. : Вид. група «Основа», 2008. 205 с.

25. Основи здорового способу життя студентів: навч. посібник / С. В. Королінська, Н. І. Ізмайлова, П. О. Сіренко, А. О. Аркуша. Харків : НФаУ, 2013. 84 с.

26. Основи корекційної педагогіки: навчально-методичний посібник / С.П. Миронова, О.В. Гаврилов, М.П. Матвєєва; [За заг. ред. С.П. Миронової]. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.

27. Основи медичної психології: навчальний посібник / А.В. Михальський, Л.А. Онуфрієва, Ю.А. Михальська. Кам'янець-Подільський : ПП» Медобори – 2006», 2016. 432 с.
28. Профілактика захворювань органів зору школярів в аспекті валеологогігієнічної освіти. /Голяка С.К., Галицька Н.Є./ Методичні рекомендації для вчителів та учнів загальноосвітніх навчальних закладів. Херсон: Вид-во ХДУ, 2011. 56 с.
29. Психологічне обґрунтування заходів пропагування психогігієнічного виховання і здорового способу життя серед сучасної молоді: Монографія / [Максименко С.Д., Болтівець С.І., Кокун О.М., Здіорук С.І., Губенко О.В., Гуменюк Г.В.]; за заг. ред. С.Д. Максименка. К.: ДП «Інформ.-аналіт. Агенство», 2012. 152 с.
30. Психология здоровья: Ученик для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2003. 607 с.
31. Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2005. 350 с.
32. Радионова Л.В. Здоровьесберегающие технологии в дошкольных образовательных учреждениях: Учебное пособие. Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. гуманит. ун-та, 2011. 124 с.
33. Селецкий А. И. Психопатология детского возраста. К.: Вища шк., 1987. 296 с.
34. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. М. : Аркти, 2006. 320 с.
35. Смирнов И.Н. Здоровье человека как философская проблема // *Вопр. философии*. 1985. № 7. С. 83-93.
36. Соколова Э. А. Оценка высших психических функций и социальных навыков у детей раннего возраста с детским церебральным параличом // *Педиатрия*. 2008. Т. 87. № 5. С. 146–150.
37. Сорокин В. М., Кокоренко В. Л. Практикум по специальной психологии: Учебно-метод. пособ / Под. научн. ред. Л. М. Шипицыной. СПб.: Издательство «Речь», 2003. 122 с.
38. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е.А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова и др.; Под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Издательский центр «Академия», 2001. 312 с.
39. Стефанишин С. І. Профілактика порушення зору молодших школярів засобами фізичного виховання / [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.bestreferat.ru/referat-136961.html>
40. Стойка О.О. Сучасні технології формування здорового способу життя серед молоді // *Вісн. соц.гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2001. №3. С.92-97.
41. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.3. М.: Медицина. 1965. 270 с.

42. Теорія і практика інклюзивної освіти [навчально-методичний посібник] / Упорядник Бондар К. М. [2-ге вид., доп.]. Проект «Підтримка інклюзивної освіти у м. Кривий Ріг», 2019. 170 с.

43. Третьякова Н.В., Федоров В.А. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций: теория и технологии обеспечения: монография. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос.проф.-пед. ун-та, 2014. 207 с.

44. Хитрюк, В.В. Основы дефектологии: учеб. пособие. Мн.: Изд-во Гревцова, 2009. 280 с.

45. Шалимов В.Ф. Клиника интеллектуальных нарушений: Уч. пособие для студ. Высш. пед. учебн. Заведений. М.: «Академия», 2003. 160 с.

46. Швед М. Основи інклюзивної освіти: підручник. Львів: Український католицький університет, 2015. 360 с.

47. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004. 368 с.

48. Яковлева С.Д. Анатомио-фізіологічні та клінічні основи дефектології: Навчальний посібник. Херсон: Персей, 2012. 318 с.

49. Яценко К. В. Дитячий церебральний параліч: етіопатогенез, клініко-нейрофізіологічні аспекти та можливості неврологічної реабілітації // *Український неврологічний журнал*. 2015. № 2. С. 19–24.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Вправи для очей за М. Норбековим

Перед початком виконання вправ необхідно за системою М. Норбекова розправити спину і посміхатися на весь рот. Це допоможе штучно викликати позитивні емоції всередині себе. Рекомендується між вправами легко і часто кліпати (для розслаблення очних м'язів).

Вправи на відновлення зору, описані М. Норбековим, за його словами, несуть якийсь глибинний сенс. При виконанні всіх вправ плечі повинні бути розслаблені, спина пряма, а гімнастику необхідно робити з посмішкою і гарним настроєм.

Акцент ставиться на психологічному та фізичному розслабленні, для чого пропонується маса вправ. Для досягнення необхідного результату необхідна також і наявність позитивних емоцій, цілеспрямованість і бажання вчитися.

Дану систему застосовувати можна не всім: обмеження існують для людей, які страждають на епілепсію, які мають аневризму судин і підвищений тиск, онкологічні захворювання, які страждають алкогольною або наркотичною залежністю, тим хто приймає психотропні речовини або транквілізатори або мають які-небудь психічні захворювання.

Гімнастика для очей М. Норбекова включає в себе наступні вправи:

Вправа 1. Голова розташована рівно. Пройдіть поглядом вгору, доходячи до крайньої можливої точки, потім продовжіть рух вгору очима, ніби через лоб. Поверніть погляд у вихідне положення. Потім направте його вниз, подумки продовжіть погляд ніби у власне горло. Поверніться у вихідне положення. Всі вправи повторюються по 8-10 разів.

Вправа 2. Положення голови залишається рівним. Поглядом подумки пройдіть через своє ліве вухо, поверніться у вихідне положення. Те ж саме повторюється через праве вухо. Завдяки цій вправі ви впливаєте на енергетичні центри, які зосереджені на маківці голови, а через зовнішні куточки очей вплив поширюється на весь організм. Канал нагорі голови вважається енергетичним, бічні ж канали пов'язані з нашою печінкою.

Вправа 3. «Метелик». У процесі виконання цієї вправи важливо не здійснювати рухи головою. Потрібно рухати тільки очима. Для максимально м'якого і щадного впливу потрібно малювати геометричні фігури великого розміру. Спочатку очима потрібно

намалювати діагональ: починайте з правого нижнього кута і завершуйте в лівому верхньому. Потім повторіть діагональ у зворотній послідовності: з лівого нижнього кута в правий верхній. Зробивши дві діагоналі, розслабте очні м'язи, покліпайте, не напружуючи очі. У процесі виконання вправ намагайтеся не жмуритися і не напружувати очі – вправи повинні виконуватися легко і без зайвих зусиль.

Вправа 4. «Вісімка». Голова не рухається, очима подумки намалюйте знак нескінченності. Намагайтеся робити фігуру досить великою, але не більше контурів обличчя. Чергуйте напрямки. Потім часто покліпайте, як у попередній вправі.

Вправа 5. Ця вправа спрямована на зміцнення м'язів очного яблука, а саме косих. Вона відмінно діє при короткозорості, зміцнює бічний зір. Сконцентруйте погляд на кінчику носа, потім плавно і спокійно переведіть погляд вперед. Постарайтеся розглянути предмети інтер'єру, які знаходяться з боків, очі при цьому рухатися не повинні. Потім вправа виконується в такій послідовності: погляд зосереджений на кінчику носа, повільно рухайтесь очима вперед, фіксуйте на предметах по сторонах. Погляд зафіксуйте на переніссі, перемістіть його вперед і в сторони. Потім сконцентруйте погляд на центральній точці між бровами, плавно перемістіть його вперед і, не рухаючи очима, зафіксуйте предмети з боків. Рухи при цьому повинні бути плавними.

Вправа 6. Обидва вказівних пальця підніміть до кінчика носа, погляд сконцентрований на пальцях. Не поспішаючи розводьте пальці в сторони по прямій горизонтальній лінії. Кожне око має стежити за пальцем відповідної руки. Працювати при цьому повинен бічний зір. Це вправа повторюється 2-3 рази, потім очам потрібно відпочити.

Вправа 7. «Велике коло». Протягом всього виконання голова нерухома. Перед очима уявіть великий циферблат. Обведіть поглядом його контур, подумки фіксуючись на кожній цифрі. Зробіть рухи в обидві сторони. Намагайтеся, щоб контур кола був рівним, з часом збільшуйте його в діаметрі. Потім можна повторити вправу, концентруючи погляд на небі.

Вправи треба виконувати саме в запропонованій послідовності, оскільки вони розташовані за принципом від простого до складного. Автор методики радить виконувати комплекс у три етапи: спочатку з відкритими очима, потім – із заплющеними, а потім повторити його подумки.

Вправа на косоокість за системою Норбекова

Вправа повинна виконуватися в спокійній обстановці. Вона дуже ефективна при короткозорості, змушує працювати косі м'язи

очей і сприяє розвитку бічного зору.

Потрібно скосивши очі подивитися на кінчик свого носа. Очі при цьому сходяться в одній точці. Потім розслаблено дивимося вперед, одночасно розподіляючи по сторонам увагу і намагаючись бічним зором охопити присутні предмети.

Робимо поперемінно: на кінчик носа, вперед, і бічним зором по сторонах. Потім на перенісся, вперед, і бічним зором по сторонах. І на точку між бровами, вперед, боковим зором по сторонах.

Кожен підхід потрібно повторити по 7-8 раз, повільно й плавно, з постійною американською посмішкою на обличчі. Потім покліпати очима і поплескати в'ями.

Вправи для очей професора В.Г. Жданова

Тренування очей за В.Г. Ждановим – спеціальний комплекс вправ, спрямований на розслаблення очних м'язів при фокусуванні.

Автор методики стверджує, що єдина умова досягнення позитивних результатів – це регулярність у виконанні і ідеальне дотримання техніки. Також автор методики дає ряд рекомендацій, які допоможуть підвищити ефективність вправ:

- Якщо ви носите окуляри, зніміть їх перед початком вправ.
 - Виконувати гімнастику потрібно плавно і розмірено.
 - При серйозних порушеннях функціонування органів зору рекомендується обмежити кількість підходів: при вираженій міопії до двох, при перенесеному відшаруванні сітківки – до одного.
 - Після хірургічного втручання вправи потрібно відкласти на 3-6 міс.
 - М'язи обличчя і тіла при гімнастиці не повинні рухатися – розслабте їх.
 - Важливо також пам'ятати про загальний стан організму.
- В.Г. Жданов радить вести здоровий спосіб життя і дбати про духовний ріст.

Показання до виконання гімнастики наступні:

- Короткозорість;
- Далекозорість;
- Астигматизм;
- Косоокість;
- Втома очей;
- Профілактика хвороб органів зору.

Виконувати гімнастику можна не тільки людям, які вже мають порушення зору, але і тим, чия діяльність пов'язана із зоровим навантаженням. Вправи розслабляють м'язи, допомагають відновити їх роботу, покращують мозковий кровообіг. Методика може допомогти відновити зір без хірургічного втручання. У великій кількості випадків вона дає пацієнту можливість відмовитися від окулярів.

Основних вправ для очей, для поліпшення зору сім. Вони допомагають відновити гостроту зору при хворобах рефракції, допомагають попередити офтальмологічні проблеми.

- «Кліпання». Основна вправа, на якій будується вся методика, і яка буде зустрічатися і у всіх інших вправах. Треба кліпати очима так, як махає крилами пташка колібрі, тобто,

максимально швидко і легко. М'язи при цьому намагайтеся не напружувати. Вправи допомагають розслабити очні м'язи.

- Малюйте очима горизонтальні лінії зліва направо і справа наліво (по 5 разів), потім покліпайте кілька секунд.

- Тепер малюйте горизонтальні лінії з лівого нижнього кута в правий верхній і назад, після з правого нижнього у верхній лівий – по п'ять разів. Потім кліпніть.

- Очима малюйте вертикальну лінію, по п'ять разів зверху вниз і знизу вгору, потім покліпайте протягом декількох секунд.

- Малюйте очима прямокутник. Початок його необхідно брати в правій бічній лінії, а потім проти годинникової стрілки ніби стираючи те, що намалювали.

- Тепер потрібно намалювати очима горизонтальну лінію зигзагом, спочатку справа наліво, потім у зворотному напрямку, кліпніть.

- Очима намалюйте коло. Уявіть, що це циферблат годинника, і рухайте очима, ніби дивитесь на цифри 3, 6, 9, 12.

Ця гімнастика для очей В.Г. Жданова показана при короткозорості.

Якщо у вас далекозорість, після основного комплексу зробіть також наступну гімнастику для очей В.Г. Жданова:

- Долоню стисніть у кулак, витягніть великий палець вгору. Уважно вдивіться в нього, після перемістіть погляд на самий далекий об'єкт, що знаходиться за вікном. Покліпайте протягом 15 секунд і сфокусуйтеся на пальці. Плавно наближайте руку до обличчя, не відриваючи очей від пальця. Почніть віддаляти руку знову, коли між кінчиком носа і кулаком буде відстань приблизно в 15 см. Повторіть ці дії 15 разів, потім кліпніть.

- Стисніть руку в кулак, піднявши вказівний палець. Розташуйте руку таким чином, щоб вказівний палець розташовувався приблизно на 10 см від очей. Сфокусуйтеся на певному об'єкті далеко. Потрібно швидко рухати пальці вліво і вправо, при цьому не дивлячись на них. Відведіть руку спочатку на 20 см вліво, після на 20 см вправо. Повторити десять разів, потім також потрібно покліпати.

Вправи при астигматизмі та втомі

При астигматизмі перед початком основного комплексу обов'язково потрібно виконувати «Пальмінг», як у сидячому, так і в стоячому положенні. Це дасть можливість очним м'язам швидше розслабитися, наситити тканини ока киснем і живильними компонентами.

Крім основного комплексу, який допомагає швидко відновити зір, В.Г.Жданов пропонує кілька інших нескладних вправ, які

допоможуть швидко зняти з очей втому при виконанні письмової роботи або тривалому проведенні часу за комп'ютером.

«Свічка». Візьміть свічку запаліть її. Сядьте від неї на відстані 20 см і заплющіть очі. Потрібно дочекатися, поки зникне відчуття мерехтіння і спалахів, потім загасити свічу. Ви відразу відчуєте розслаблення як в очах, так і в тілі.

«Далі-ближче». Потрібно уявити, що на стелі у вас сидить жучок. Сфокусуйте на ньому свій погляд, уявіть, що він летить у напрямку вашого носа. Тепер розгляньте цього жучка на своєму носі, покліпайте і проведіть його поглядом на стелю назад. Покліпайте знову.

Остання вправа особливо важлива, якщо ви працюєте за комп'ютером – вона допомагає тренувати поздовжні і поперечні м'язи ока.

Вправа «Пальмінг»

Цій вправі в комплексі приділяється чимало уваги, тому потрібно розглянути її детальніше. Вона спрямована на розслаблення окорухових м'язів. Виконується наступним чином:

- Долоні треба потерти до відчуття тепла.
- Пальці кожної руки стисніть у вигляді ковшика.
- Перехрестіть пальці долонь під прямим кутом.
- Накрийте долонями обличчя так, щоб схрещені пальці знаходилися в середині лоба, а ніс розташовувався між мізинцями. Очі повинні потрапляти в центр розташування ямочок на долонях.

Особливі вказівки:

- Долоні треба щільно притиснути між собою, без щілин – це допоможе досягти повної темряви.
- Дихайте носом, спокійно. Очі повинні бути заплющені.
- Лікті зафіксуйте: притисніть їх до грудей або поставте на стіл.
- Голову тримайте прямо, щоб вона була продовженням спини.
- Важливо, щоб ваш емоційний стан при виконанні вправ був спокійним і розслабленим. Представляйте свої очі пильними і здоровими.
- Для того щоб усунути залишкові зорові явища, уявіть, що ви в театральній ложі, де гасне світло, і зал занурюється в повну темряву.

Вихід з пальмінга: пильний погляд

- Сидячи прямо, зажмурюйте і розслабляйте очі під долонями.

- Не відкриваючи очей, порухайте головою без напруження з метою відновлення мозкового кровообігу.

- «Промокніть» кулаками очі, як це роблять діти.

- Зробіть вдих і видих і відкрийте очі, виконуючи швидкі покліпування.

Ця вправа чудово допомагає зняти втому очей після навантажень. Досить присвячувати їй 3-5 хвилин.

У положенні стоячи пальмінг проводиться наступним чином (зазвичай його рекомендують виконувати після вправи «Свічка» та інших вправ з джерелами світла):

- Заплющіть очі, поверніться спиною до джерела світла.

- Зігрійте долоні, подихайте на них і потріть їх.

- Покладіть долоні на заплющені очі і розслабтеся.

- Ноги поставте на ширину плечей, руки зігніть у ліктях, голова повинна бути нахилена вперед.

- Коли перед очами зникнуть зображення, покліпайте кілька разів.

Як і інші вправи, пальмінг протипоказаний при відшаруванні сітківки ока і протягом 3-6 місяців після будь-якого оперативного втручання на очах.

Вправи для лікування очей за Ждановим, на думку самого автора, підходять всім з п'ятирічного віку, але особливо вони корисні для людей літнього віку. Гімнастика повністю безпечна, і у неї майже немає протипоказань. Один тільки момент, про який вже було сказано: після операцій на очному яблуці і відшаруванні сітківки починати робити гімнастику потрібно тільки з моменту повного відновлення, яке зазвичай настає через 3-6 місяців.

Лікар радить робити вправи щодня не менше двох разів, краще вранці та ввечері. При можливості можна виконувати їх до чотирьох разів на добу.

Незважаючи на всю користь, перед початком виконання вправ рекомендується проконсультуватися з офтальмологом – фахівець зможе визначити, чи підходить ця методика конкретно для вас.

Спеціальна гімнастика для очей професора Е. С. Аветисова

1. Для зміцнення м'язів повік, поліпшення кровообігу і розслаблення м'язів самого ока. Виконується сидячи. Міцно заплющити очі на 3-5 секунд (повільно порахувати до 5-7), потім відкрити очі на такий же час. Повторити 6-8 разів. Поліпшити кровообіг можна, якщо швидко кліпати протягом 1-2 хвилин.

2. Для зниження стомлення і полегшення роботи на близькій відстані (читання, письмо). Особливо корисно при тривалій зоровій роботі. Виконується стоячи. Дивитися перед собою 2-3 секунди, потім, тримаючи вказівний палець правої руки (на рівні середньої лінії обличчя) на відстані 25-30 сантиметрів від очей, перевести погляд на кінець пальця і дивитися на нього протягом 3-5 секунд. Опустити руку. Повторити 10-12 разів.

Для цієї ж мети служить така вправа. Витягнути руку вперед, дивитися на кінець пальця витягнутої руки, яка знаходиться на середній лінії обличчя, повільно наблизити палець, не зводячи з нього очей доти, поки зображення не почне двоїтися. Повторити 6-8 разів.

3. Для зміцнення м'язів очей. Виконується стоячи:

а) помістити вказівний палець правої руки на середній лінії обличчя на відстані 25-30 сантиметрів від очей;

б) дивитися двома очима на кінець пальця 3-5 секунд;

в) прикрити лівою долонею ліве око на 3-5 секунд;

г) забрати долоню, дивитися двома очима на кінець пальця 3-5 секунд;

г) тримати палець лівої руки на середній лінії обличчя на відстані 25-30 сантиметрів від ока;

д) дивитися обома очима на кінець пальця 3-5 секунд;

е) прикрити правою долонею праве око на 3-5 секунд;

є) прибрати долоню і дивитися двома очима на кінець пальця 3-5 секунд.

Повторювати 5-6 разів.

4. Ще одна вправа, що виконується стоячи. Відвести руку в правий бік, повільно переміщати палець напівзігнутої руки вліво і, не рухаючи головою, стежити очима за пальцем, потім повільно пересувати палець напівзігнутої руки вправо, стежачи за ним очима. Повторити 10-12 разів.

Звичайно, на заняттях усі ці вправи виконувати неможливо. Але є і більш прості.

1. Після 15-20 хвилин від початку заняття дошкільникам

рекомендується швидко покліпати очима протягом 20-30 секунд, потім заплющити очі й посидіти спокійно хвилинку, відкинувшись, на спинку стільця.

2. Корисно подивитися вдалину, на небо. Недовго, протягом 20-30 секунд.

3. Подивитися прямо вперед. Не повертаючи голови, перевести погляд праворуч і зберегти таке положення, рахуючи про себе до трьох. Повторити, переводячи очі вниз, ліворуч і вгору. Відпочивши недовго, повторити той же рух у зворотному напрямку ліворуч, униз, вгору. Вправу слід проробляти хоча б раз на день.

4. Встати на відстані 2 метрів від якого-небудь обраного в кімнаті предмета. Подивитися прямо на нього, порахувати до 5, потім заплющити очі й спробувати подумки уявити собі цей предмет, рахуючи знову до 5. Відкрити очі. Вправу слід повторити як мінімум 3 рази.

5. Відкрити очі й заплющити їх долонями так, щоб не потрапляло світло. Дихати повільно і спокійно. Зберігаючи таке положення (широко відкривши очі, але в той же час у повній темряві), думати про кращий момент у своєму житті. Через 2-3 хвилини забрати руки і відкрити очі. Треба проробити цю вправу хоча б раз на день.

Йогівська гімнастика для очей

Йога для очей – це філософська методика, яка впливає не тільки на людське тіло, але і на його духовний стан. У йозі вправи для очей називаються мудрами.

Завдяки зору, ми можемо насолоджуватися красою навколишнього світу. У сучасному світі людство стало залежним від смартфонів, комп'ютерів, телевізорів. Тому все частіше люди страждають від погіршення зору, очних хвороб. Очні хвороби значно погіршують якість життя. Добре підтримує зоровий орган йога для очей, яка дозволить знайти гармонію, допомагає розслабитися очам. Такі йогівські комплекси складаються зі спеціальних вправ і контролю дихання.

Для результативного лікування, тільки фізичних дій недостатньо. Боротьба з хворобою повинна проходити на трьох рівнях:

- фізичному;
- енергетичному;
- розумовому.

Саме йога для зору об'єднує всі три складові.

Необхідно рівноцінно приділяти увагу кожному рівню, оскільки вони дуже взаємопов'язані. Тільки так можна отримати хороший результат. Важливо не тільки робити вправи, а й розуміти їх значення. Людина повинна усвідомити свою проблему, її причини та зрозуміти, що вона здатна змінити. Їй необхідно зафіксувати в свідомості речі, які вона зможе зробити, щобвилікуватися. Для себе необхідно визначити мислеформу:

- У моєму погляді відчувається спокій і свобода.
- Мої очі бачать ясно.
- Мій зір поліпшується і т.д.

Можна придумати різні фрази. Важливо вимовляти це з вірою в кожне слово. Така установка має назву мантра. Важливим є те, що вона впливає на свідомість.

У мантрі не вживають частку «не». Так замість «я не маю короткозорості», скажіть «я чітко бачу поблизу і вдалині».

Застосування йоги для зору, як самостійне домашнє лікування, є найбільш безпечним методом, щоб відновити і підтримати зоровий орган.

Регулярність занять допоможе мати хороший зір довгі роки. Завдяки фізичним маніпуляціям зміцнюються м'язи і судини, що дає можливість знизити напругу з очей. В цьому випадку очі починають

вільно рухатися. Особливо актуальні такі вправи для тих у кого короткозорість або далекозорість. Виконуючи їх формуються гнучкість і еластичність очних м'язів, поліпшується кровообіг в області органів зору.

Крім посилення зорової активності, поліпшується і загальний стан людини (налагоджується сон, відступають головні болі і т.д.).

Духовні та фізичні практики тонізують і відновлюють організм.

Вправи для очей

Запропоновані вправи засновані на прогляданні або спостереженні за предметом, який віддаляється. Вправи для очей.

Тратаку

У перекладі з санскриту, Тратаку – це пильний стійкий погляд. Вправа нескладна, але досить потужна. Тратаку використовується у всіх релігіях. Практика Тратаку довгий час застосовувалася християнами на іконах, полум'ї свічки і інших релігійних предметах.

Вправа полягає в зосередженні погляду на якому-небудь предметі, не кліпаючи, до появи сліз.

Приклад виконання Тратаку: у метрі від себе поставити свічку і дивитися на неї. При досягненні сльозливості заплющити очі, подумки уявити свічку. Спокійно спостерігати за представленою свічкою заплющеними очима, поки вона не загубиться з поля зору. Потім відкрити повіки і трішки кліпнути.

Кращий час для виконання вправи – ранній ранок від третьої до п'ятої години. Перший раз Тратаку виконується не більше, ніж 20 хв.

Для поліпшення зору, вправу виконувати, не дозволяючи очам перенапружуватися. При появі сліз, очі заплющуються. Не відкривати, поки не висохнуть сльози. На першому етапі практикується Тратаку один раз, а потім можна поступово збільшувати до п'яти.

Кажуть, що якщо Тратаку практикується на полум'я свічки касторової олії, можна значно поліпшити зір.

Коли при виконанні вправи використовується полум'я свічки, сонячне відображення у воді, не бажано це робити більш ніж два місяці. Тому що світло може створити в сітківці ока постійне відображення, яке буде шкідливе для зору.

Погляд Будди

Прийняти будь-яку зручну позу. Вирівняти спину, але тримати її розслабленою і зробити наступні дії:

- глибоко вдихнути;
- видихаючи, зосередити погляд на кінчику носа;
- затримати дихання до моменту, коли сильно захочеться

зробити вдих.

- на вдиху, перевести погляд прямо перед собою.

Вправу повторити від 6 до 10 разів. Після чого розслабитися і відпочити: заплющити очі, дихання рівне, глибоке.

Бхрумадхья Дрішті

Підняти очі, і визначити погляд у місце між бровами. Вправа допоможе заспокоїти черепні нерви. Для досягнення хорошого результату, Бхрумадхья Дрішті рекомендовано виконувати кожен день.

Малювання очима

Прийнявши зручне положення, зробити глибокий вдих, видих і заплющити очі. За допомогою очних яблук малювати різні фігури:

- геометричні;
- спіралеподібні форми;
- знак нескінченності;
- водіння очима вліво-вправо-по діагоналі і т.д.

Можна «малювати» все, що хочеться. Це гарне тренування очних м'язів. Виділяти на вправу від 5 до 10 хв. Робити її 2-3 рази за день.

Гімнастика для очей Г. Г. Демирчогляна

Вправа 1. Міцно стуліть повіки, потім відкрийте очі на 3–5 сек. Повторіть вправу 6-8 раз. Вправа сприяє зміцненню м'язів повік та очей.

Вправа 2. Швидко кліпайте очима протягом 1-2 хв. Вправа покращує кровообіг очей.

Вправа 3. Дивіться прямо перед собою, виберіть точку на відстані 20-30 см, від очей переведіть на неї погляд на 3-6 сек. Повторіть вправу 10-12 разів. Вправа сприяє зниженню втоми та полегшує зір на близькій відстані.

Вправа 4. Витягніть руку вперед і дивіться на вказівний палець. Поступово наближайте палець до очей до появи подвійного зображення і знову витягніть руку вперед. Повторіть вправу 6-8 раз. Вправа полегшує бачення на близькій відстані.

Вправа 5. Закрийте очі і протягом 1 хв., зробіть собі масаж повік. Вправа сприяє розслабленню м'язів та покращує кровообіг ока.

Вправа 6. Погляньте прямо потім переведіть погляд вправо, вліво (по максимуму). Повторіть вправу 6-8 разів.

Вправа 7. Заплющіть очі і м'яко натисніть на повіки пальцями протягом 1-2 сек. Повторіть вправу 4-5 разів. Вправа сприяє покращенню циркуляції внутрішньо очної рідини.

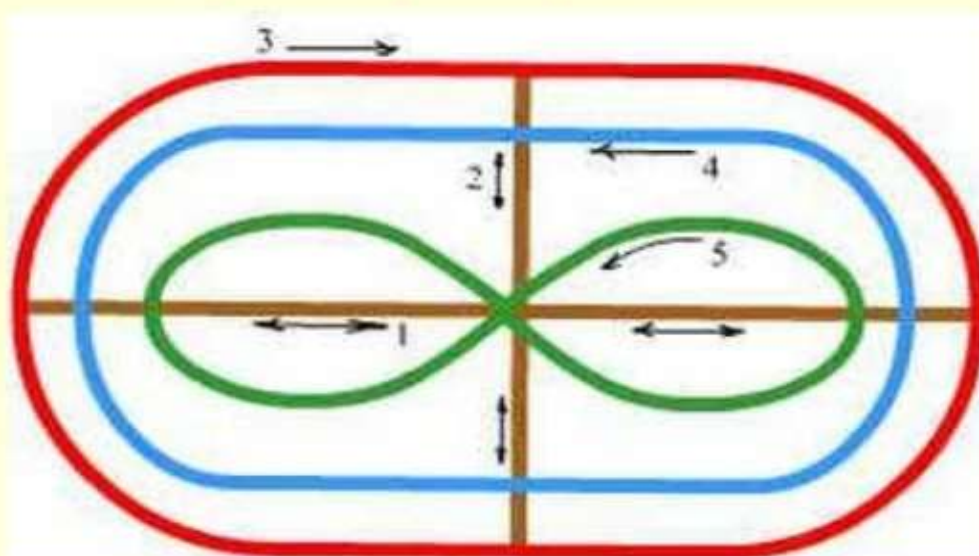
Вправа 8. Погляньте прямо (2-3 сек.), потім переведіть погляд на кінчик носа (3-6 сек.). Повторіть 6-8 разів. Вправа розвиває здатність довгий час утримувати погляд на предметах, що розміщені дуже близько.

Вправа 9. Не змінюючи положення голови, подивіться догори, донизу і так 10-12 разів.

Вправа 10. Не змінюючи положення голови, 3-6 колових рухів очима за годинниковою стрілкою та проти. Вправа сприяє розвитку координації складних рухів очей.

Зорова гімнастика

Тренажер Базарного В.Ф.



Вправи для вироблення навичок правильної постави

В.п. – стоячи спиною до стіни.

1. Потилиця, лопатки, сідниці, литкові м'язи і п'ятки торкаються стіни, голова піднята, плечі опущені і відведені назад, лопатки прилягають до стіни. Якщо поперековий лордоз збільшений, слід наблизити поперек до стіни, трохи напружуючи м'язи живота і передньої поверхні стегон; при цьому таз повертається навколо кульшових суглобів, і кут його нахилу зменшується.

2. Потягнути руки і плечі вниз, голову вгору, витягуючи шийний відділ хребта (видих), розслабитися (вдих).

3. Потягнутися вгору всім тілом, від голови до п'яток (на носки не підніматися), опустити плечі, витягнути весь хребет (видих), розслабитися (вдих).

4. Покласти руки на голову, потягнути вгору все тіло, крім шиї і голови, витягуючи грудний і поперековий відділи (видих), розслабитися (вдих).

Ті ж вправи на витягування хребта можна виконувати сидячи.

5. Заплющити очі, зробити крок вперед, прийняти правильну поставу. Відкрити очі, перевірити правильність постави, виправити помічені дефекти.

6. Зробити два-три кроки вперед, присісти, встати, прийняти правильну поставу, перевірити себе.

7. Зробити один-два кроки вперед, розслабити послідовно м'язи шиї, плечей, рук і тулуба – «обвиснути». Випрямитися, перевірити поставу.

8. Піднятися на носки, ковзаючи спиною по стіні, потягнутися всім тілом вгору. Затриматися в цьому положенні на 3-5 секунд, повернутися у в.п.

Всі ці вправи можна ускладнювати – виконувати, не притулившись спиною до стіни.

Вправи на відчуття правильної постави

Найбільш виразне відчуття правильної постави з'являється при дотику спиною до стіни. Діти починають відчувати рівень надплічч, положення лопаток, тазу, всього тіла. У цьому випадку корисні такі вправи.

1. В.п. – стати спиною до стінки в основній стійці, так щоб потилиця, лопатки, сідничні м'язи і п'ятки торкались її. Зробити крок вперед, намагаючись зберегти те ж положення тіла, повернутись до стінки. Повторити кілька разів.

2. В. п – те саме. Присісти і встати або по черзі піднімати і згинати ноги, зберігаючи те ж положення голови, тазу, спини.

3. В.п. – те саме. Зробити крок вперед, повернутись на 360 градусів, випрямитись, повернутися до стінки.

Комплекси вправ для профілактики порушень постави

Комплекс № 1

В.п. – стоячи біля гімнастичної стінки або стіни.

Основні завдання:

- а) виховання навички правильної постави;
- б) зміцнення м'язового корсету.

1. Прийняти правильну поставу біля стіни або гімнастичної стінки: потилиця, лопатки, сідниці, п'ятки торкаються стіни – утримати з напругою на рахунок 4-6 – повторити 10 разів.

2. Прийняти правильну поставу, відійти від стіни на 1-2 кроки, зберігаючи прийняте положення з напруженням усіх м'язів – повторити 10 разів.

3. Прийняти правильну поставу біля стінки, зробити 2 кроки вперед, присісти, встати. Знову прийняти правильну поставу з напруженням усіх м'язів – повторити 10 разів.

4. Прийняти правильну поставу біля стінки, зробити 1-2 кроки вперед, розслабити послідовно м'язи шиї, плечового пояса і тулуба. Прийняти правильну поставу з напруженням м'язів – повторити 10 разів.

5. Прийняти правильну поставу біля стінки, піднятися на носки, утримуючись в цьому положенні 3-4 секунди. Повернутися в початкове положення – повторити 10 разів.

В.п. – лежачи на спині в правильному положенні (голова, тулуб, ноги складають пряму лінію, руки притиснуті до тулуба).

6. Підняти голову і плечі, перевірити правильне положення тіла, повернутися у в.п. – 6-8 разів.

7. Притиснути попереk до підлоги. Встати, прийняти правильну поставу, зберігаючи в попереку той же стан напруги, що і в положенні лежачи – повторити 6-8 разів.

Вправи в ходьбі

8. Прийняти правильну поставу у в.п. стоячи. Ходьба з зупинками, поворотами, зміною положення рук і збереженням правильної постави 1-2 хвилини.

Ходьба з мішечком на голові зі збереженням правильної постави. Виконати 1 коло.

9. Ходьба з мішечком на голові, переступаючи через

перешкоди (мотузку, гімнастичну лаву), зупинка для перевірки правильної постави перед дзеркалом або партнером. Виконати 1-2 кола.

10. Ходьба з мішечком на голові з одночасним виконанням різних рухів – в напівприсіді, з високим підніманням стегна (чергування 4-8 кроків) 1-2 хвилини.

Фізичні вправи для виправлення порушень постави у фронтальній і сагітальній площині

Комплекс №2

Формування і зміцнення м'язового корсету.

Основні завдання: а) виховання навички правильної постави;

б) зміцнення м'язового корсету;

в) індивідуальна корекція дуги викривлення.

Для м'язів спини:

1. В.п. – лежачи на животі, руки, зігнуті в ліктях, долоні до підлоги; підняти голову, не закидаючи назад, лопатки з'єднати. Утримати це положення на 5-7 рахунків, повторити 6-8 разів.

2. В.п. теж, руки на пояс – повторити 6-8 разів.

3. В.п. теж, руки за головою – повторити 6-8 разів.

4. В.п. теж, руки зігнуті в ліктях, долоні до підлоги, піднімаючи голову і плечі (не закидаючи голову назад) повільно перевести руки вгору, в сторони і до плечей – повторити 6-8 разів.

5. В.п. теж, підняти голову і плечі – руки в сторони: стискати і розтискати кисті рук до 10 разів – повторити 6-8 разів.

6. В.п. теж, руки в сторони – кругові рухи в плечових суглобах на 4 рахунки – повторити 6-8 разів.

Вправи 1-6 ускладнити, використовуючи обтяження і опір.

7. В.п. лежачи на животі – руки зігнуті в ліктях, долоні до підлоги почергове піднімання прямих ніг, не відриваючи тазу від підлоги – повторити 6-8 разів.

8. В.п. теж, підведення обох прямих ніг, з утриманням на 3-5 рахунків – повторити 6-8 разів.

9. В.п. теж: на рахунок 1 – підняти праву ногу;

на рахунок 2 – підняти ліву ногу;

на рахунок 3-4 – тримати обидві ноги;

на рахунок 5 – опустити праву ногу;

на рахунок 6 – опустити ліву ногу;

темп повільний, повторити 4-6 разів.

10. В.п. теж, підняти прямі ноги, розвести їх, з'єднати і опустити разом – повторити 6-8 разів.

11. В.п. лежачи на животі один навпроти одного утримання м'яча у витягнутих руках – повторити 6-8 разів. Перекочування м'яча партнеру, зберігаючи підняте положення голови і плечей – повторити 6-8 разів.

12. В.п. лежачи на животі на гімнастичній лавці поперек – підняти голову, груди і прямі ноги: утримати це положення на 3-5 рахунків – повторити 6-8 разів.

13. В.п. теж, виконати руками і ногами рухи як при плаванні брасом – повторити 4-6 разів.

Для м'язів черевного преса:

1. В.п. лежачи на спині: поперек притиснутий до підлоги, руки вздовж тулуба, долоні вгору – почергове згинання та розгинання ніг у колінних і тазостегнових суглобах – повторити 10-12 разів.

2. В.п. теж, згинання обох ніг, розігнути і повільно опустити – повторити 6-8 разів. Повторити 1 вправу.

3. В.п. теж, почергове згинання та розгинання ніг у висячому положенні – «велосипед» на 6 рахунків – повторити 8-10 разів.

4. В.п. теж, підняти прямі ноги під кутом 30 °, розвести в сторони, з'єднати і повільно опустити – 4-8 разів.

5. В.п. теж, виконати серію дихальних вправ з різним рухом рук: вгору, в сторони і з використанням звуків – 5-6 вправ – вдих – видих.

6. В.п. теж, ноги зігнути в колінах, підняти таз і утримати на 3-4 рахунки – повторити 6-8 разів.

7. В.п. теж, руки за голову, ноги фіксувати партнером або за нижню рейку стінки, переходячи в положення сидячи, утримувати спину прямою, опуститися у в.п., розслабитися – повторити 6-8 разів повільно.

8. Самовитягання тулуба зі збільшенням рахунку (до 4-6) – повторити 6-8 разів.

Для бічних м'язів тулуба:

1. В.п. лежачи на правому боці:

права рука вгору, ліва – уздовж тулуба, утримуючи тіло в прямому положенні – підняти, утримати і опустити ліву ногу – повторити 6-8 разів.

В.п. лежачи на лівому боці; проробити аналогічні вправи.

2. В.п. лежачи на правому боці:

права рука вгору, ліва зігнута і долонею до підлоги; підняти обидві ноги (5°), утримати на 3-5 рахунків, опустити у в.п. – повторити 6-8 разів.

3. В.п. лежачи на лівому боці; проробити аналогічні вправи.

4. В.п. лежачи на боці – підняти одну ногу, приєднати іншу, утримати, опустити у в.п. – повторити 4-6 разів (вправа виконується на правому і лівому боці).

Спеціальні фізичні вправи для виправлення кіфозу (сутула і кругла спина)

Комплекс №3

Основні завдання:

- а) виховання навички правильної постави;
- б) зміцнення м'язового корсету;
- в) індивідуальна корекція дуги викривлення.

1. В.п. лежачи на животі, руки зігнуті в ліктях долонями до підлоги – повільно підняти тулуб, прогнутися, звести лопатки, утримати становище в напрузі на 4 рахунки – повторити 6-8 разів.

2. В.п. теж, руки вгору «в замок» – підняти руки і прямі ноги, прогнутися в грудному відділі, утримати становище з напругою на 4 рахунки – повторити 4-6 разів.

3. Таж вправа – погойдатися вперед, назад – 4-6 разів.

4. Плавання брасом руками з дотриманням дихання на 4 рахунки – повторити 6-8 разів.

5. В.п. лежачи на спині з опорою на лікті і потилицю, прогнути хребет у грудному відділі – втриматися на 4 рахунки і опуститися у в.п. – повторити 6-8 разів.

6. В.п. теж, руки в сторони – вправа «велосипед» на 6 рахунків – повторити 6-8 разів.

7. В.п. колінно-кистьове, згинаючи лікті і опускаючи грудну клітку, просунути корпус вперед (підлази) з витяганням, повернутися у в.п. – повторити 6-8 разів.

8. Самовитягування.

Спеціальні фізичні вправи для виправлення лордозу

Комплекс №4

Основні завдання:

- а) закріплення навички правильної постави;
- б) подальше підвищення силових якостей м'язового корсету;
- в) індивідуальна корекція дуги викривлення;
- г) загальне зміцнення організму.

1. В.п. стоячи основна стійка – не згинаючи колін, нахилитися

вперед, дістати руками стопи, повернутися у в. п. – повторити 6-8 разів.

2. В.п. стоячи біля стіни або гімнастичної стінки, торкаючись її п'ятками, сідницями, лопатками, руки опущені уздовж тулуба; спробувати зігнути хребет і доторкнутися попереком до стіни – повернутися у в.п. – 6-8 разів.

3. В.п. теж, присідання (з напруженням м'язів живота) руки вперед – втриматися на 4 рахунки, повернутися у в.п. – 6-8 разів.

4. В.п. лежачи на спині, розслабитися, руки вздовж тулуба, притиснути попереком до підлоги (з напруженням м'язів живота) – втриматися на 4 рахунки – повторити 6-8 разів.

5. В.п. теж, зігнути ноги в колінних і тазостегнових суглобах – втриматися на 4 рахунки – повернутися у в.п. – 10-15 разів.

6. В.п. теж, перехід у положення, сидячи з напруженням м'язів живота – повернутися у в. п. – 10-15 разів.

7. По черзі піднімати і опускати прямі ноги – повторити 10-12 разів.

8. В.п. стоячи на перекладині стінки, руками взятися за перекладину на рівні пояса – глибоко присісти; випрямивши руки на 1-2-3-4 рахунку, повернутися у в.п. – повторити 4-6 разів.

Орієнтовний комплекс вправ для занять з дітьми з порушенням постави та сколіозом I ступеня

1. Перед початком занять рекомендується полежати (на рівній підлозі) на животі, руки під підборіддям, ноги прямі, носки відтягнуті 10-15 хв.

2. Встати спиною до рівної вільної стіни, притулитися п'ятками, сідницями, плечима, потилицею, вирівняти рівень плечей, живіт підібрати. Постоявши 3-4 сек. зробити крок вперед (можна з заплющеними очима) перевірити правильність постави, зробити крок назад. Повторити 2-3 рази.

3. Ходьба по залу з гарною поставою з виконанням вправ у русі. Ходьба на п'ятках, руки на поясі, на носках, руки вгору, на зовнішніх краях стоп, руки на поясі, у напівприсіді, руки в сторони, у повному присіді, руки на колінах і т.д. Стежити за поставою і диханням.

4. В.п. – О.с. 1 – руки вгору – вдих, 2 – руки вниз – видих. 4-5 разів.

5. В.п. руки на поясі. 1 – нахил вперед (дивитися вперед) – видих, 2 – в.п. – вдих, ноги в колінах не згинати. 6-8 разів.

6. В.п. – О.с. – розправити плечі, звести лопатки, напружити м'язи спини – вдих, у в.п. – видих.

7 В.п. – О.с. – 1 – руки вгору, праву ногу назад на носок – вдих. 2 – в.п. – видих. 3 – руки вгору, ліву ногу назад на носок – вдих. 4 в.п. – видих. 3-4 рази кожною ногою. У попереку не прогинатися.

8. В.п. – О.с. 1 – повільно присісти, руки в сторони, спина пряма – коліна розвести в сторони – видих. 2 – в.п. – вдих. 6-8 разів.

9. В.п. – О.с. 1 – руки вгору – вдих. 2 – руки вниз – видих (вдих через ніс, видих через рот «трубочкою»). 3-4 рази.

10. В.п. – О.с. 1 – руки через сторони до плечей, 2 – руки вгору, 3 – руки до плечей, 4 – в.п. Спина пряма. Дихання не затримувати. 5-6 разів.

11. Повторити 4-у вправу.

Вправи лежачи на спині

1. В.п. руки під головою, ноги випрямлені, носки відтягнуті. 1 – підняти пряму ногу під кутом 55-60° – вдих, 2 – в.п. – видих, 3 – ліву ногу – вдих, 4 – в.п. – видих. 3-4 рази кожною ногою.

2. В.п. теж саме. 1 – підняти голову разом з руками, подивитися на носки ніг – видих. 2 – в.п. – вдих. 6-8 разів. Лопатки від підлоги не відривати.

3. В.п. теж саме. 1 – зігнути ліву ногу в колінному суглобі під

прямим кутом – видих, 2 – випрямлену повільно опустити – вдих, 3 – зігнути праву ногу – вдих, 4 – в.п. – вдих. Дихання не затримувати. 3-4 рази кожною ногою.

4. Ноги зігнуті в колінах і поставлені. Ліва рука на животі, права на грудях. Діафрагмальне дихання. Вдих – піднімаючи черевну стінку, а за нею розширюючи грудну клітку, видих – поступове натиснення на грудну клітку, потім на живіт. Дихання робити без напруження. 4-5 разів.

5. В.п. руки вгору трохи ширше плечей, ноги випрямлені, підняти пряму праву руку і пряму ліву ногу – вдих, 2 – в.п. – видих, 3 – ліву руку і праву ногу – вдих, 4 – в.п. видих. Тулуб не повертати, лежати прямо. 4-5 разів кожною ногою.

6. В.п. руки вздовж тулуба, ноги зігнуті в колінах і поставлені. Помірно підняти таз – вдих, в.п. – видих. 6-8 разів.

7. Вправа на дихання, руки вгору – вдих, вниз – видих.

8. В.п. руки вздовж тулуба. Рух носками як при їзді на велосипеді. 15-20 рухів. Виконувати повільно з напруженням і розслабленням м'язів. Дихання не затримувати, коліна не розводити. Відпочинок 10-20 сек. Глибоко дихати. Повторити вправу ще раз.

9. В.п. ноги випрямлені, праву руку вгору, ліву уздовж тулуба. Зміна положення рук. Дихання не затримувати, тулуб не повертати. 6-8 разів.

10. В. п. руки під головою, ноги випрямлені. 1 – підняти пряму ліву ногу, 2 – праву ногу, 3 – розвести в сторони, 4 – звести, 5-6 – опустити ліву ногу повільно. 7-8 – відпустити праву. Дихання не затримувати, 4-6 разів. Полежати, відпочити.

11. В. п. руки вгору трохи ширше плечей, ноги випрямлені, носки ніг на себе. 1 – потягнутися руками вгору, ногами вниз – вдих, 2 – в.п. – видих. 3-4 рази.

12. В. п. руки вздовж тулуба, ноги випрямлені. 1 – руки вгору – вдих, 2 – руки вниз – видих. 4 рази.

Вправи лежачи на животі

1. В. п. руки вгору, ноги випрямлені, носки відтягнуті. 1 – потягнутися руками вгору, одночасно ногами вниз – вдих, 2 – в.п. – видих. 3-4 рази.

2. В. п. руки під підборіддям, ноги прямі, 1 – підняти плечі разом з руками напружити м'язи спини – вдих, 2 – в.п. – видих. Грудну клітку від підлоги не відривати. 6-8 разів.

3. В.п. теж саме. Почергове піднімання прямих ніг, таз від підлоги не відривати. 3-4 рази кожною ногою.

4. В. п. ноги прямі, руки під підборіддям. Рух руками як при

плаванні стилем «брас» (руки йдуть вгору – в сторони – назад). Дихання не затримувати. Відпочити. Можна повторити ще раз.

5. В.п. теж саме. 1 – підняти голову – вдих, 2 – в.п. – видих.

6. Руки під підборіддям, ноги прямі. 1 – підняти плечі разом з руками і одну пряму ногу – вдих, 2 – в.п. видих, 3 – плечі і іншу пряму ногу – вдих, 4 – в.п. – видих. Грудну клітку від підлоги не відривати.

7. В.п. теж саме. 1 – підняти праву пряму ногу, 2 – ліву, 3 – розвести в сторони, 4 – звести, 5-6 – відпустити праву, 7-8 – ліву.

8. Повторити 5 вправу. Відпочити.

9. В. п. руки вздовж тулуба, ноги прямі. «Ластівка». 1 – розправити плечі, звести лопатки, напружити м'язи спини – вдих, 2 – в.п. – видих.

10. В. п. руки до плечей, ноги прямі. Кругові обертання назад у плечових суглобах, 6-10 разів. Грудну клітку від підлоги не відривати, дихання не затримувати, відпочити. Повторити ще раз.

11. В.п. теж саме. 1 – лікті вниз, одночасно ноги в сторони – видих, 2 – в.п. – вдих. У попереку не прогинатися.

12. В.п. теж саме. Колінно-кистьове положення. 1 – прийняти положення старту плавця, розправити грудну клітку, звести лопатки – вдих, 2 – в.п. – видих. Спина пряма, у попереку не прогинатися.

13. Стоячи на колінах, руки через сторони вгору – вдих, вниз – видих.

14. В. п. колінно-кистьове положення, кисті всередину. 1 – підборіддям спробувати дістати кисті. Спину тримати прямо.

Заняття закінчується ходьбою по залу з гарною поставою і виконанням вправ на дихання (руки вгору – вдих, вниз – видих) і прийняттям доброї постави біля стіни.

Методичні вказівки:

Кожна вправа виконується 6-8 разів для 8-12 років і 8-10 разів для дітей старше 12 років. Всі вправи виконуються з напруженням м'язів. Постійно стежити за диханням.

Комплекс вправ коригуючої гімнастики для дітей, хворих на сколіоз II ступеня

1. Коригуюча поза 10-15 хвилин індивідуально для кожного, за показаннями лікаря.

- при грудному викривленні – рука в стороні увігнутості відведена вгору, на стороні опуклості в стороні, ноги прямі;

- при поперековому викривленні нога на стороні увігнутості випрямлена, на стороні опуклості відводиться в сторону, руки під підборіддям;

- при С-подібному викривленні – руки під підборіддям, ноги прямі;

2. Перевірка постави біля гімнастичної стінки. Притулитися п'ятками, сідницями, плечима, потилицею. Вирівняти рівень плечей, живіт підібрати. Постояти 2-3 секунди і зробити крок вперед, знову перевірити правильність постави. Повторити 2-3 рази.

3. Ходьба з гарною поставою. Ходьба на носках, на п'ятках, на зовнішніх краях стоп з різними положеннями рук (на поясі, за головою, вгорі, до плечей). Ходьба зі зведеними лопатками.

4. В.п. стоячи, гімнастична палиця за головою, ноги на ширині плечей, 1-2-3 підняти палицю вгору, потягнутися руками вгору, напружити м'язи кінцівок, тулуба – вдих, 4 – в.п. – видих.

5. В.п. стоячи, гімнастична палиця на куті лопаток, на ширині руки. 1 – нахилитися вперед – видих, 2 – в.п. – вдих, ноги не згинати, дивитися вперед.

6. В.п. руки перед грудьми, гімнастична палиця вертикально хватом за середину. 1-2 підняти ліву ногу і праву руку в сторону; ліву руку вперед з гімнастичною палицею. 3-4 в.п. лікті на рівні плечей. Зберігати вертикальне положення.

7. В.п. – гімнастична палиця в опущених руках. 1 – підняти руки вгору – вдих, в.п. – видих.

8. В.п. – гімнастична палиця ззаду в опущених руках, ноги на ширині плечей. 1 – звести лопатки, напружити м'язи спини – вдих, 2 – в.п. – видих. Спина пряма, в попереку надмірно не прогинатися, стояти прямо.

9. Стоячи, руки з гімнастичною палицею попереду, внизу хватом на ширині плечей, 1-2 – руки вперед, вгору, ліву ногу назад, проносячи через сторони; 5-6 – тримати; 7-8 – в.п. Те ж іншою ногою. Тулуб вертикально.

10. В. п. – гімнастична палиця на куті лопаток, ноги на ширині плечей. 1 – присісти – видих; 2 – в.п. – вдих. Коліна розводити, спина пряма.

11. В. п. гімнастична палиця в опущених руках. 1 – руки вгору – вдих, 2 – в.п. – видих.

Вправи лежачи на спині

1. В. п. – руки з гантелями вгорі, ноги випрямлені, носки ніг на себе. 1-2-3 – потягнутися руками вгору, ногами вниз – вдих; 4 –

розслабитися – в.п. – видих.

2. В. п. – руки над головою, ноги прямі. Почергове піднімання прямих ніг під кутом 45-50°. При лордозі ноги підняти вище.

3. В. п. права рука вгорі, ліва вздовж тулуба. Зміна положення рук. Дихання довільне.

4. В. п. руки вгорі, ноги прямі. 1 – одночасно підняти пряму праву руку і пряму ліву ногу; 2 – в.п., 3 – міняти положення, 4 – в.п. Дихання діафрагмальне.

5. В. п. ноги зігнуті в колінах, поставлені. Права рука на грудях, ліва на животі. Глибокий вдих через ніс і тривалий видих через рот «трубочкою».

6. В. п. руки вздовж тулуба, одна нога зігнута, поставлена, інша – пряма. 1-2-3 – підняти таз, 4 – опустити. Дихання не затримувати.

7. В. п. ноги зігнуті, поставлені, руки вздовж тулуба. 1 – руки вгору – вдих, 2 – вниз – видих.

8. В. п. руки вздовж тулуба. Рухи ногами, як при їзді на велосипеді. Коліна прямі. Подихати 15-20 секунд.

9. В. п. руки вздовж тулуба, ноги прямі. 1 – підняти ліву ногу, 2 – праву, 3 – розвести, 4 – звести, 5 – розвести, 6 – звести, 7 – опустити одну ногу, 8 – іншу.

10. В. п. руки вздовж тулуба, ноги поставлені. 1 – руки вгору – вдих, 2 – вниз – видих.

Вправи лежачи на животі

1. В. п. руки вгорі, трохи ширше плечей, ноги випрямлені. 1-2 потягнутися руками вгору, ногами вниз – вдих, 3-4 – в.п. – видих.

2. В. п. руки під підборіддям, ноги прямі. 1 – підняти плечі разом з руками, 2-3 – тримати – вдих, 4 – в.п. видих.

3. В. п. те саме. 1 – підняти пряму ліву ногу – вдих, 2-3 – тримаємо, 4 в.п. – видих. Те ж іншою ногою.

4. В. п. руки під підборіддям, ноги прямі. 1 – підняти плечі разом з руками і одну ногу – вдих, 2 – руки в сторони, 3 – руки під підборіддям, 4 – в.п. – видих. Те ж іншою ногою.

5. В. п. те саме. 1 – підняти голову – вдих, 2 – опустити – видих.

6. В. п. кисті до плечей, ноги прямі. 1 – підняти плечі і одну ногу, 2-3-4-5-6-7 – кругові обертання назад, зводячи п'ятки. 8 – в.п.

7. В. п. руки вгорі, трохи ширше плечей, упиратися об підлогу, ноги прямі. 1-2 – підняти голову і ноги, 3 – ноги розвести в сторони, 4 – звести, 5 – розвести, 6 – звести, 7 – опустити одну ногу, 8 – іншу.

8. Повторити 5 вправу.

9. В. п. руки під підборіддям, ноги прямі, рух руками як при плаванні стилем «брас». Відпочити, подихати.

10. В. п. руки вздовж тулуба, ноги прямі. 1 – розправити плечі, звести лопатки, прогнутися в грудному відділі. 2-3 – утримати положення – вдих, 4 – в.п. видих.

11. В. п. руки під підборіддям, ноги прямі. 1 – одночасно підняти плечі разом з руками і ногами, 2-3 тримати – вдих, 4 – в.п. – видих.

12. В. п. руки до плечей, ноги разом. 1 – лікті вниз, ноги в сторони – вдих, 2 – в.п. – видих.

13. В. п. колінно-кистьове положення. 1 – підборіддям дістати підлогу між руками.

14. Стоячи спиною до гімнастичної стінки. Змішаний вис.

Вправи для профілактики плоскостопості, які застосовуються на заняттях з фізичної культури

Дозування вправ залежить від віку дитини та форми захворювання.

В.п. – лежачи

1. Лежачи на спині, відтягувати носки обох ніг.
2. Лежачи на спині, по черзі опиратися носками правої, лівої і обох ніг з наступним опусканням на зовнішній край стопи.
3. Лежачи на спині, зігнувши ноги (стопи на підлозі), розводити п'ятки в сторони.
4. Лежачи на спині, зігнувши ноги (стопи на підлозі), по черзі і одночасно піднімати п'ятки від опори.
5. Лежачи на спині, зігнувши праву ногу (стопа на підлозі), покласти зігнуту ліву ногу на праву і виконувати кругові рухи стопою вправо і вліво; потім поміняти положення ніг.
6. Лежачи на спині (ноги зігнуті, коліна нарізно, стопи торкаються одна одної по підошві), виконувати зведення і розведення колін.
7. Лежачи на спині, виконувати ковзаючі рухи склепінням стопи однієї ноги по гомілці іншої, обхопивши її пальцями.

В.п. – сидячи

1. Сидячи на стільці (ноги зігнуті), виконати піднімання п'яток обох ніг і по черзі правої і лівої.
2. В.п. теж. Носки підняти на себе і розвести в сторони; повернутися у в. п.
3. В.п. теж. Піднімання і опускання різнойменних п'ятки і носка.
4. Сидячи на стільці (ноги прямі, на вису), згинати й розгинати стопи.
5. Сидячи на стільці, згрібання пальцями ніг предметів (хусточки, олівця, м'ячика та ін.), перекладання їх двома ногами, потім по черзі однією і іншою.
6. Сидіти на підлозі «по-турецьки».
7. Сидіти на підлозі з прямими ногами (руки в упорі ззаду). Розводячи коліна, не підтягуючи стопи, торкнутися стопою однієї ноги стопи іншої ноги. Можна виконувати вправу, згинаючи і розгинаючи ноги, ковзаючи зовнішніми краями стоп по підлозі (стопи разом).

8. «Підгортання» пальцями ніг матерчатого килимка.
9. Перекидання м'ячів один одному ногами.
10. Сидячи, однією ногою притримувати аркуш паперу, іншою ногою малювати. Олівець затиснути пальцями ноги.

В. п. – стоячи

1. Ноги нарізно, стопи паралельно, руки на поясі. Встати на носки і перекотитися на п'ятки.
2. Напівприсіди і присіди на носках.
3. Стопи паралельно. Перейти в положення з опорою на зовнішні краї стоп і назад.
4. Носки разом, п'ятки нарізно. Напівприсіди.
5. Стопи паралельно, руки на поясі. Почергове піднімання п'яток, не відриваючи носки; ходьба на місці.
6. Стоячи на середині гімнастичної палиці (стопи паралельно), напівприсіди.
7. Стоячи на гімнастичній стінці, хват на рівні грудей; ходьба: ноги нарізно-разом і приставними кроками.
8. Стоячи на гімнастичній стінці на носках, опускати п'ятки вниз і підніматися на носки.
9. В.п. стоячи на набивному м'ячі (біля опори). Присідання і балансування на м'ячі без опори.

Вправи в ходьбі

1. Ходьба на носках, на п'ятках.
2. Ходьба на зовнішніх склепіннях стопи.
3. Ходьба з поворотом стоп (носки всередину, п'ятки назовні або п'ятки разом, носки назовні).
4. Ту ж вправу, але на носках.
5. Ходьба на носках у напівприсіді.
6. Ходьба на носках з високим підніманням стегна.
7. Ходьба по ребристій поверхні.
8. Ходьба по гімнастичній палиці уздовж і поперек.
9. Ходьба по похилій поверхні вгору і вниз.
10. Ходьба по піску

Рухливі ігри при плоскостопості

1. «Збирач» – зібрати пальцями ніг носову хусточку і перенести її з одного місця на інше (можна використовувати будь-які дрібні предмети).

2. «Гусениця» – хто швидше, сидячи на гімнастичній лавці, перетне контрольну лінію стопами, підтягуючи п'яту до носка.

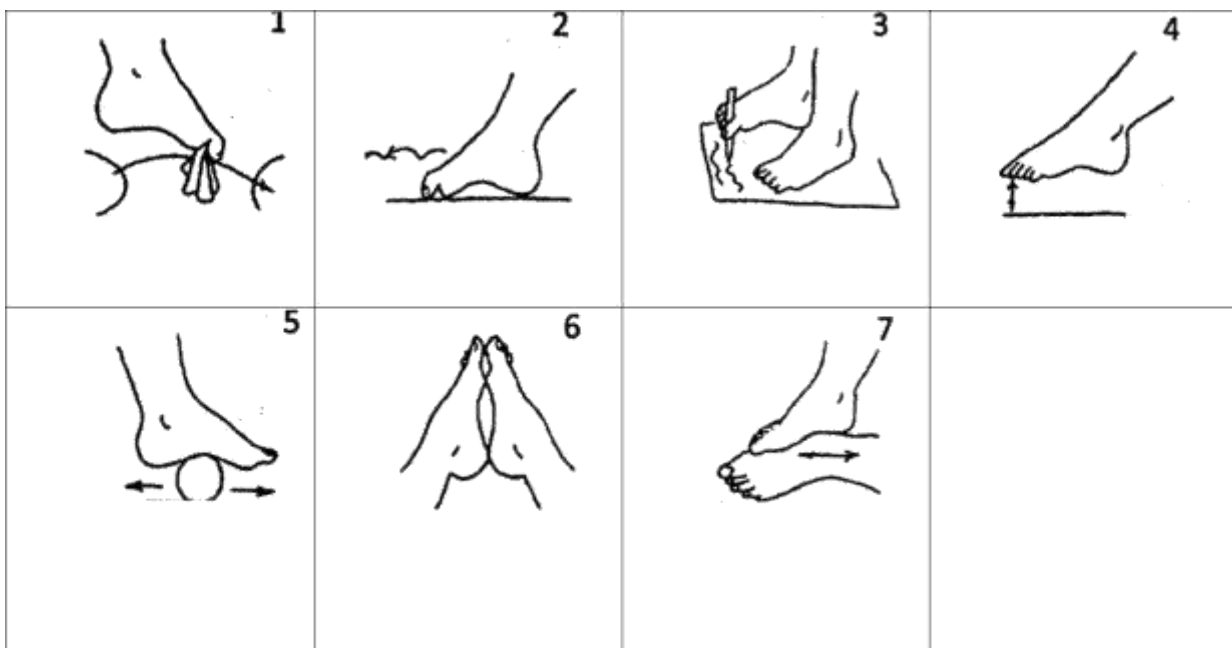
3. «Художник» – сидячи на стільці або гімнастичній лавці, захопити між першим і другим пальцями ніг олівець і намалювати на аркуші паперу картину; потім влаштувати виставку картин.

4. «Барабанщик» – сидячи, постукувати пальцями стоп по підлозі.

5. «Еквілібрист» – сидячи, прокатування тенісного м'яча вправо-вліво і по колу областю внутрішнього подовжнього склепіння правої, потім лівої стопи.

6. «Кораблик» – сидячи, перекочування тенісного м'яча між склепіннями стоп, тримаючи ноги на вису.

7. «Маляр» – сидячи, пропрасовування областю внутрішнього подовжнього склепіння однієї стопи по гомілці іншої стопи.



- 1 - збирач
- 2 - гусениця
- 3 - художник
- 4 - барабанщик
- 5 - еквілібрист
- 6 - кораблик
- 7 - маляр

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

А.В. Михальський, Е.О. Жигульова, Ю.А. Михальська

**ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІ ТЕХНОЛОГІЇ
ПРИ РОБОТІ З ДІТЬМИ ІЗ ОСОБЛИВИМИ
ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ**

Навчальний посібник

Підписано до друку --.07.2020 р. Формат 60x84/16
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний
Ум. друк. арк. 13,14. Тираж ---. Зам. ---

Видавець Ковальчук О.В.
32315, Хмельницька обл., м. Кам'янець-Подільський,
вул. Васильєва, 13, корп. А, 37.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 7057 від 25.05.2020 р.