



PL-BY-UA
2014-2020

Projekt: "Pogranicze równych szans" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejski Instrument Sąsiedztwa (ENI)) w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020, Cel Tematyczny 3: Wspólne wyzwania w obszarze bezpieczeństwa i ochrony (BEZPIECZEŃSTWO), Priorytet 3.1 Wsparcie dla rozwoju ochrony zdrowia i usług socjalnych.

Методологія роботи центрів, створених у рамках проекту Границы равных возможностей

Цей документ підготовлено за фінансової допомоги
Європейського Союзу в рамках Програми транскордонного співробітництва Польща-
Білорусь
Україна 2014-2020.

Відповідальність за зміст цієї публікації несе виключно на стороні
Асоціації допомоги дітям-інвалідам Крок за кроком
в Замості і Громадська організація «Товариство батьків
дітей-інвалідів та їх друзів «Зоря надії» і не може бути ні за яких обставин
розглядається як відображення позиції Європейського Союзу, або Загальний
Технічний секретаріат Програми транскордонного співробітництва Польща-Білорусь-
Україна 2014-2020

Замостя, Кременець

березень 2022 року

Програма комплексної реабілітації, освіти й опіки для дітей та молоді з пошкодженням мозку “3 в 1” у навчально-реабілітаційному центрі в м. Кременець (Україна)

1. Вступ

Програма «3 в 1» включає комплексну, зінтегровану, реабілітаційно-виховну, соціальну діяльність для дітей та молоді (від 0 до 18 років) з ураженням головного мозку. Ця програма реалізована в багатьох країнах світу, а в Польщі – успішно працює протягом 30 років в закладах Асоціації допомоги дітям з інвалідністю «Крок за кроком» в Замості. Програма Асоціації базується на принципах Системи Керованого Навчання та відповідних до неї нейрофізіологічних підходах, користуючись багаторічним досвідом бельгійських, англійських, угорських науковців.

Польща співпрацює з науковцями багатьох країн світу, таких як Канада, США.

2. Правові засади

Програма складена згідно нормативних актів міжнародного й національного права.

- а) Конвенція ООН про права дитини (1989);
- б) Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2006);
- в) ICF (2002) та ICF (2007) – МКФ (Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я) та МКФ ДП (Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я для дітей та підлітків);
- г) Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» № 2249-VIII від 19.12.2017;
- д) Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» № 2249-VIII від 19.12.2017.

а) Згідно зі Ст.23(1) Конвенції про права дитини:
“Неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства”.

б) Преамбула Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю звертає увагу на:

- самостійність,
- незалежність,
- свободу вибору,
- участь в процесі прийняття рішень.

Згідно Ст.26 (Реабілітація) Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю програми усесторонньої реабілітації повинні:

- реалізуватися якомога раніше й ґрунтуватися на багатопрофільній оцінці потреб й сильних сторін індивіда,
- сприяти залученню й включенню до місцевої спільноти та до всіх аспектів життя

суспільства, мати добровільний характер і бути доступними для осіб з інвалідністю якомога ближче до місць їхнього безпосереднього проживання, зокрема в сільських районах.

в) Функціонування є загальним терміном, що охоплює всі функції організму, діяльність та участь; аналогічно, обмеження життєдіяльності служить «об'єднуючим» терміном для порушень, обмежень діяльності або обмежень участі. «Інвалідність» розуміється широко й означає всі обмеження (або інші недоліки) функцій тіла (організму), а також обмеження активності та участі особи в житті суспільства.

3. Цілі

Головна ціль програми «3 в 1» - це можливість повної участі людини з інвалідністю в суспільному житті та покращення життя її сім'ї. Досягнення цієї цілі можливе з впровадженням біопсихосоціальної моделі підтримки особи з інвалідністю разом з одночасною корекцією функцій її організму (медична діяльність), навчальної діяльності у щоденному житті (освітня діяльність), можливість брати участь у суспільному житті (соціальна діяльність). Звідси й назва програми «3 в 1».

Зменшення наслідків інвалідності передбачає не тільки діяльність, спрямовану на людину з інвалідністю (медичну, освітню), але не менш важливу діяльність, що має вплив на навколишнє середовище і в навколишньому середовищі (усунення бар'єрів, створення приміщень).

Програма повинна реалізовуватися установою, що поєднує реабілітаційну, освітню та соціальну діяльність.

Конкретні цілі щодо підтримки особи з інвалідністю та її сім'ї:

- збільшення незалежності / самостійності та участі у суспільному житті осіб з інвалідністю;
- забезпечення дітей та підлітків освітою та реабілітацією в групах однолітків;
- забезпечення дітей та молоді з інвалідністю всебічною реабілітацією з урахуванням їх індивідуальних потреб з самого раннього етапу їхнього життя, в географічно найближчому середовищі;
- підвищення якості життя сім'ї, яка є основним середовищем, що впливає на особу з інвалідністю.

Конкретні цілі в галузі інституційного розвитку:

- навчання та утримання професійного персоналу;
- розвиток стійких та різноманітних джерел фінансування;

- включення представництва людей з обмеженими можливостями та їх сімей у процеси прийняття рішень в організації;
- розвиток подальших форм підтримки та побудова системи підтримки для людей з інвалідністю та їх сімей.

Детальні цілі в галузі впливу на навколишнє середовище:

- протидія стереотипам та упередженням щодо становища людей з інвалідністю;
- збільшення доступності послуг;
- збільшення архітектурної доступності та доступності послуг;
- створення коаліцій / партнерств для розробки політики на благо людей з інвалідністю та їх сімей.

4. Бенефіціари

Прямими бенефіціарами Програми є вихідці з Тернопільського району, включаючи Кременецький, Лановецький, Шумський райони Тернопільської області. Програма безпосередньо зорієнтована на дітей та молодь (до 18 років) з травмами головного мозку, в тому числі з ДЦП (дитячий церебральний параліч). Непрямими бенефіціарами Програми є сім'ї дітей і молоді з інвалідністю.

Список найбільш поширених захворювань:

- 1) церебральний параліч;
- 2) затримка психомоторного розвитку;
- 3) всебічні порушення розвитку;
- 4) менінго-спинномозкова грижа;
- 5) генетично обумовлені синдроми;
- 6) синдроми вроджених вад розвитку;
- 7) полінейропатія;
- 8) міопатія;
- 9) атрофія спинномозкових м'язів;
- 10) системні захворювання;
- 11) дисфункції в результаті черепно-мозкових травм;
- 12) дисфункції внаслідок вроджених дефектів опорно-рухового апарату;
- 13) дисфункції внаслідок вроджених вад розвитку центральної нервової системи;
- 14) дисфункції при перебігу інших захворювань, що вражають центральну нервову систему.

5. Міжнародна методологічна основа Програми "Зв1"

1. Family – Centred Services. Послуги, орієнтовані на сім'ю, вважаються ключовими в процесі покращення якості життя сім'ї та запобігання синдрому вигорання у батьків / опікунів. Сім'я - основне середовище впливу на дитину. Існує позитивна кореляція між добробутом батьків та добробутом дитини, а також її досягненнями. Тому необхідно організувати реабілітаційний догляд за дитиною таким чином, щоб не тільки не перевантажувати сім'ю, а й враховувати (і розширювати) її компетенції та можливості, зняття тягаря тривалого та постійного догляду за дитиною, до тих пір, поки вона не вступить у відповідне соціальне середовище. Найвищий вплив на рівень задоволеності життям батьків дітей з інвалідністю має організація реабілітації в режимі денного перебування та у спосіб, інтегрований з освітою та соціальною підтримкою. Центр полегшить життя батькам, піклуючись про їх дітей декілька годин. Зробить психологічну підтримку доступною для сімей. В майбутньому він розвиватиме послуги з надання допомоги та асистентські послуги.

2. Прийняття способу мислення про інвалідність як про біопсихосоціальне явище та зобов'язання дотримуватися положень Конвенції ООН, створює серйозні виклики соціальній політиці. Серед них:

- введення вимоги мультидисциплінарної діагностики функціонування людей з обмеженими можливостями (з урахуванням структур та функцій організму, активності та участі, екологічних та особистих факторів), побудова цілісних програм реабілітації (з урахуванням індивідуальних, інтегрованих "життєвих планів"), створення умов для скоординованої співпраці міждисциплінарних реабілітаційних груп;
- інтеграція реабілітаційних, освітніх та соціальних заходів, спрямованих на збільшення участі людей з інвалідністю у соціальному житті;
- організація послуг, доступних для сімей осіб з інвалідністю;
- організація реабілітаційних послуг в звичному для дітей середовищі (наприклад, педагогічна реабілітація дітей у дитячих садках, школах);
- розвиток багатопрофільної підтримки, в тому числі послуги асистентів в даному середовищі;
- розвиток підготовки фахівців, що підтримують людей з інвалідністю у процесі психосоціальної адаптації (реабілітаційні психологи) та адаптації

навколишнього середовища до потреб людей з обмеженими можливостями (ерготерапевтів, спеціалістів з альтернативних комунікацій тощо);

- розширення освіти фізіотерапевтів та лікарів-реабілітологів в соціально-етичній галузі, а також в галузі новітніх технологій тощо;
- поширення та дотримання правил надання соціальних, економічних та культурних послуг людям з інвалідністю; послуг охорони здоров'я; освітніх послуг, а інформація та засоби комунікації – сприятимуть повному користуванню всіма правами людини та основними свободами нарівні з іншими громадянами (ідея рівного ставлення, універсального дизайну, інтеграція у соціальне життя тощо).

6. Нейрофізіологічні та нейропсихологічні основи Програми "3в1"

Програма "3 в 1" насамперед призначена для дітей та молоді з ушкодженням мозку, включаючи дитячий церебральний параліч (у відділенні денного перебування).

Поняття ДЦП описує групу стійких порушень розвитку руху та постави, що призводять до функціональних обмежень, пов'язаних з непрогресуючими порушеннями розвитку мозку плода чи дитини.

Рухові розлади при дитячому церебральному паралічі часто супроводжуються розладами чутливості, сприйняття, пізнання, спілкування та поведінки, епілепсією та вторинними проблемами опорно-рухового апарату (Розенбаум, 2006).

Покращення пошкоджених функцій мозку базується на явищі його пластичності.

Пластичність – це здатність до модифікації будови і функцій нервової системи внаслідок впливу подразників із зовнішнього середовища, що найбільш чітко спостерігається в період розвитку нервової системи – здатність адаптуватися, змінюватися, самостійно виправлятися або запам'ятовувати. Йдеться про створення і розмноження (реорганізація) синаптичних зв'язків між закінченням аксона та тілом або дендритами другої нервової клітини або іншими клітинами організму (наприклад, нервово-м'язові з'єднання). Зміни, що полягають на реорганізації з'єднань, у відповідь на травму чи пошкодження, полягають у підкріпленні функцій компенсації у нервовій системі. Стимулами зовнішнього середовища може бути правильна взаємодія реабілітаційної, освітньої та соціальної сфер.

Феномен пластичності пояснює як психомоторний розвиток дитини, так і виправдовує впровадження корекційних, освітніх та виховних заходів.

Застосування пластики мозку у дітей з пошкодженнями мозку дає надію на покращення їх функціонування, але значною мірою залежить від якості використовуваної стимуляції (подразників).

У Центрі (у відділенні денного перебування) застосовуватимуть методи вдосконалення, використовуючи поняття пластики мозку. (Кероване навчання, спеціальна освіта, розвиток навичок мислення тощо).

Ефективність реабілітації залежить від організації взаємодії і зростає, коли діти:

- щоденно відвідують кількогодинні заняття (відповідно є довший час для модифікації мозку в процесі пластичності);
- вони активні в процесі вивчення функції, багато разів повторюють вправи (вивчення функції - це діяльність, яка вимагає активності учня, повторення стимулює пластичність);
- вони розвивають багато пошкоджених функцій одночасно: рухову, самообслуговування, когнітивну, комунікативну, відповідно до діагнозу та їхніх індивідуальних потреб (у мозку є функціональна інтеграція);
- навчаються у малих групах ровесників (зі схожим темпом роботи, навчання), які мотивують їх, дають можливість соціального навчання та спілкування, вчать конкурувати та співпрацювати тощо;
- навчаються у відповідному безпечному середовищі, що стимулює розвиток, за умови відповідно навченого персоналу, відповідних меблів та обладнання;
- вчать згідно з інтегрованою програмою, включаючи вивчення повсякденних навичок, які представлені їм у спосіб, що спонукає їх до повсякденної активності та яка переноситься до домівки у співпраці з батьками дитини.

7. Детальний опис Комплексної програми реабілітації на основі системи Керованого навчання, що реалізується в Центрі - обсяг, тип та частота запланованих заходів

Наслідком ранніх уражень центральної нервової системи є порушення психомоторного розвитку у вигляді ДЦП. Концепція дитячого церебрального паралічу описує групу стійких порушень у розвитку рухів та постави, що спричиняє обмеження в діяльності, пов'язану з непрогресуючими порушеннями у розвитку мозку плода чи немовляти.

Рухові розлади при церебральному паралічі часто пов'язані з розладами чутливості, сприйняття, пізнання, спілкування та поведінки, епілепсією та вторинними проблемами

опорно-рухового апарату. Це комплекс різноманітних симптомів, при яких основним акцентом є порушення функції рухових органів у вигляді різного ступеня паралічу та парезу, розлади м'язової напруги, обмеження здатності виконувати рухи, наявність ненормотипових моделей рухів, виникнення мимовільних рухів, порушення координації рухів та рівноваги. Рухові дисфункції супроводжуються іншими симптомами, які також є наслідком раннього пошкодження мозку, такими як:

1. епілепсія;
2. порушення зору;
3. розлади слуху;
4. порушення мови;
5. поведінкові розлади;
6. розумова відсталість, а також мікродефіцитів у вигляді:
 - порушення зорово-моторної координації;
 - порушення схеми власного тіла;
 - порушення відчуття власного тіла;
 - дезорієнтація в просторі;
 - порушення концентрації уваги;
 - порушення мислення.

Стверджуючи можливість такого різноманіття розладів, стає зрозумілим, що повна картина ситуації та проблем дитини з ДЦП повинна складатися з дуже детальної оцінки кожної зі сфер її розвитку та функціонування, тобто всебічної функціональної діагностики. Тип корекції, який пропонується дитині при таких різноманітних розладах також повинен мати одночасний вплив на всі порушені сфери розвитку. У дитини з ДЦП пошкоджений мозок, основною особливістю якого є надзвичайно розвинена функціональна інтеграція всіх його частин (анатомічної, гістологічної, метаболічної, біохімічної та гормональної). Жодна з структур мозку, особливо кора, не функціонує самостійно.

Усі вони пов'язані різними способами, на окремих взаємопроникаючих рівнях - інтегровані. Цей факт повинен впливати на терапевтичну діяльність, реабілітацію лише опорно-рухового апарату, без урахування інших сфер розвитку, не тільки відхиляється від потреб дитини, але, що ще гірше, вона знижує ефективність терапевтичних дій через відсутність інтеграції елементів між окремими сферами функціонування. Знання явищ пластики головного мозку та його здатність компенсувати, зобов'язує нас

скоригувати терапевтичні дії стосовно дозріваючих, сприйнятливих дитячих подразників та специфіки шкоди з визначенням цілей цієї процедури та перспективою декількох років індивідуального дозрівання.

Система Керованого навчання відповідає складним потребам дітей з інвалідністю, що передбачає одночасне, паралельне, інтегроване та гармонізоване вдосконалення всіх порушених функцій, зокрема:

1. нейромоторна функція (рух);
2. функція самообслуговування (повсякденне життя);
3. комунікативна функція (вербальна або невербальна комунікація);
4. інтелектуальна функція (когнітивна сфера та реалізація навчальної програми);
5. функція емоційно-соціальної сфери.

Метою багатопрофільного та комплексного вдосконалення в системі Керованого навчання є:

- ✓ всебічний розвиток дитини, реабілітація та освіта у галузі пошкоджених психомоторних функцій, багатопрофільний догляд та надання дітям можливостей задовольнити когнітивні, емоційні та соціальні потреби;
- ✓ підтримка та спрямування розвитку дитини відповідно до її індивідуальних потреб та можливостей;
- ✓ досягнення максимального рівня розвитку та навичок у кожній порушеній сфері;
- ✓ прагнення бути незалежними та самостійними;
- ✓ підготовка дітей до початку шкільної освіти.

Система Керованого навчання базується на сучасних нейрофізіологічних знаннях та використовує феномен пластичності мозку. Явище пластичності центральної нервової системи має особливе значення у дітей з ДЦП, оскільки воно є джерелом процесів компенсації та адаптації організму до нової морфологічної ситуації мозку. Під впливом якісно та кількісно відповідних подразників непошкоджені ділянки мозку можуть розвиватися і повністю або частково компенсувати пошкодження.

Отже, стратегія реабілітаційного впливу повинна полягати в послідовному пропонуванні моделей, подібних до природних подразників, з метою полегшення рухової, сенсорної, психологічної та соціальної адаптації. Вона повинна враховувати рівень розвитку дитини і розуміти проблеми цілісно та всебічно. У цьому контексті під

комплексною реабілітацією дітей із раннім ураженням ЦНС слід розуміти засвоєння функцій руху, самообслуговування, мовлення та соціальної адаптації.

Клінічна еволюція мозку, що дозріває, займає багато років, а тому вимагає довгострокової програми вдосконалення.

Ключовими елементами інтегрованої програми реабілітації, заснованої на принципах Системи Керованого навчання, є:

- терапевтична команда;
- індивідуальні та групові програми;
- короткострокові та довгострокові цілі;
- серія завдань;
- рамковий план дня;
- співпраця з батьками.

Терапевтична група у складі: фізіотерапевт / фізіотерапевти, дефектолог / дефектологи та медсестра / медсестри, вихователі (педагоги)(2-5 осіб), безпосередньо відповідає за:

- планування та організацію роботи в групі дітей;
- комплексну функціональну діагностику дитини;
- поточну та періодичну оцінку прогресу дитини;
- створення індивідуальних та групових програм та їх реалізацію;
- розробку коротко- та довготривалих цілей для кожної дитини;
- перевірку цілей на основі періодичного оцінювання дітей;
- денне планування серії завдань з точки зору поставлених цілей;
- ведення документації про роботу колективу;
- співпрацю з батьками.

Члени терапевтичної групи тісно співпрацюють у вищезазначених заходах з лікарем-реабілітологом, логопедом та психологом.

Індивідуальні та групові програми містять докладні вказівки щодо запланованого розвитку дитини, роботи групи та терапевтичного колективу.

Що стосується групових програм, це насамперед:

- 1) визначення та розподіл навчального / корекційного матеріалу на рік;
- 2) визначення та розподіл завдань та заходів на рік;

- 3) рамковий план дня і тижня із зазначеним часом на різні види активності;
- 4) плани та цілі кожної серії завдань;
- 5) графік зустрічей з батьками;
- 6) план візиту додому;
- 7) плани інтеграційних заходів;
- 8) плани засідань терапевтичного колективу.

Індивідуальні програми для кожної дитини базуються на комплексній функціональній діагностиці та включають:

- 1) коротко- та довготривалі цілі, встановлені для кожної сфери розвитку дитини;
- 2) деталізовані індивідуальні цілі, розроблені для кожної серії завдань;
- 3) точні вказівки для дитини щодо виконання певних видів діяльності;
- 4) точні вказівки для допомоги дитині при виконанні певних дій;
- 5) індивідуальний план занять, якщо тип дисфункції та дефіциту, виявлені у даної дитини, вимагають цього;
- 6) програма домашніх занять.

Короткотривалі та довготривалі цілі - це формулювання очікувань щодо прогресу дитини у кожній порушеній сфері розвитку.

Першим кроком у всьому процесі багатопрофільної реабілітації дитини є ретельна оцінка - функціональна діагностика, що охоплює всі аспекти її розвитку та функціонування, тобто рухові навички, самообслуговування, когнітивну та комунікативну сферу. На основі цієї комплексної функціональної діагностики розробляються:

1. довготривалі цілі - визначають очікування щодо кожної сфери дитячої діяльності та вказують на навички, які дитина повинна набути після року;
2. короткотривалі цілі - встановлюють наступні етапи на шляху до досягнення довготривалої мети, вони визначені дуже точно та детально, вони вимірювані, із зазначеним часом виконання завдання та необхідними допоміжними засобами.

Серія завдань, також відома як сесія, є основною організаційною одиницею в процесі багатопрофільного вдосконалення, слугуючи для досягнення поставлених короткотривалих та довготривалих цілей. Розробці ряду завдань передують ретельне

спостереження та оцінка для виявлення основних дисфункцій та сильних сторін дитини.

Зразок серії завдань:

- 1) підготовка до їжі;
- 2) школа рук;
- 3) підготовка до ходьби;
- 4) на боксах (коробках) – вільне сидіння;
- 5) на боксах(коробках) – підготовка до вставання;
- 6) ходіння;
- 7) тренінг з допоміжною локомоцією;
- 8) вдягання;
- 9) навчання відвідування туалету та особистої гігієни;
- 10) сесія за столами - зміна місця і позиції;
- 11) підготовка до письма;
- 12) побудова ідентичності та формування соматогнозії;
- 13) сеанс для вдосконалення органів мовлення тощо.

Побудова серії завдань вимагає, перш за все, аналізу діяльності з точки зору їх функціональної корисності та визначення передачі активності заданої серії завдань, тобто вирішення де, як і коли ці навички можуть бути використані дитиною . Таким чином, ми навчаємо дитину вирішувати проблеми, з якими вона стикається у повсякденному житті, роблячи її більш незалежною та самостійною.

Приклади цілей для серії рухових завдань за столом і з боксами (коробками):

- ❖ здобуття навички контролю позиції;
- ❖ здобуття навички зміни позиції і місця;
- ❖ формування функціонального захоплення, щоб забезпечити фіксацію в будь-якому положенні;
- ❖ формування та контроль правильних схем постави в різних положеннях;
- ❖ формування правильних схем руху;
- ❖ формування почуття рівноваги в різних позиціях;
- ❖ розвиток активності в різних позиціях;
- ❖ формування відчуття схеми власного тіла;
- ❖ формування просторової орієнтації;
- ❖ розвиток зорово-моторної координації;

- ❖ навчання правильному диханню.

Приклади цілей серії завдань:

- формування власної ідентичності та ідентичності інших членів групи;
- розвиток здатності розуміти просторові відносини;
- формування знань про схему власного тіла;
- закріплення здатності розпізнавати дні тижня, визначати погоду та пору року;
- формування навичок вербального та невербального спілкування;
- формування зорово-моторної координації;
- поліпшення здатності підтримувати правильне положення тіла сидячи і стоячи;
- формування здатності змінювати положення з сидячого на стояче і навпаки;
- формування здатності підтримувати рівновагу сидячи та стоячи;
- поліпшення здатності виконувати рухи головою у вищезазначених положеннях;
- формування здатності утримувати голову по середній лінії;
- вдосконалення навичок хапання;
- поліпшення здатності виконувати діяльність однією рукою фіксованими та окремими рухами;
- формування дотримання порядку під час занять;
- формування дотримання принципів гарних манер та використання ввічливих форм.

Приклади рамкових планів щоденного перебування з 7.25 – 15.00.

Рамковий план щоденного перебування дітей до 10 років (в дужках вказані домінуючі напрямки вдосконалення):

- прибуття дітей, перехід до кімнати, роздягання, туалет (покращення функцій самообслуговування та мобільності);
- індивідуальні заняття (вдосконалення рухових функцій, логопедична та психологічна терапія);
- підготовка до їжі (покращення рухових функцій та самообслуговування);
- харчування (покращення функцій самообслуговування);
- туалет (покращення функцій самообслуговування);
- серія завдань: привітання (покращення рухових, когнітивних та комунікативних функцій);

- ряд завдань: на столах, на боксах (покращення рухових та когнітивних функцій);
- ряд завдань: школа рук (вдосконалення ручної функції, самообслуговування);
- низка завдань: педагогічні заняття (покращення когнітивних, інтелектуальних та рухових функцій, а також спілкування);
- туалет (покращення функцій самообслуговування);
- підготовка до їжі (покращення рухових функцій, самообслуговування);
- харчування (покращення функцій самообслуговування);
- індивідуальні заняття (покращення рухових функцій);
- індивідуальні та групові терапевтичні заняття, розвиток когнітивних функцій, спортивні ігри та розваги, підготовка до виїзду та виїзд дітей додому (вдосконалення функцій самообслуговування, пізнавальної та рухової функцій).

Рамковий план щоденного перебування дітей старше 10 років:

- приїзд дітей, вхід до кімнати, роздягання, туалет;
- індивідуальні або групові заняття;
- харчування, туалет (самообслуговування);
- індивідуальні заняття (психолог, логопед); музичні заняття; спортивні або керовані ігри; педагогічні заняття;
- спеціальна освіта;
- навчання самостійному пересуванню або з допомогою;
- спеціальна освіта;
- заняття, що розвивають творче мислення;
- харчування, туалет (самообслуговування);
- спеціальна освіта;
- індивідуальні заняття;
- індивідуальні та групові терапевтичні заняття, що розвивають когнітивні функції, спортивні ігри та заходи, тренування з бочі, прибирання кімнати, туалет, одягання, підготовка до виїзду та виїзд додому (самообслуговування, когнітивні та опорні вправи).

Під час рухових занять за столами та з боксами, а також під час індивідуальних та групових занять, щодня проводиться ряд кінезіотерапевтичних процедур, таких як:

- пасивні та відновлювальні вправи;
- допоміжні вправи;
- активні вправи з полегшенням; повільні вправи та вправи з опором;

- спеціальні вправи;
- вправи за нейрофізіологічними методами;
- вправи для нервово-м'язового укріплення;
- вертикалізація самостійно та з допомогою;
- тренінг самостійної та допоміжної локомоції;
- групові вправи;
- вправи в басейні.

Крім того, на прохання лікаря також виконуються індивідуальні методи лікування в галузі фізичної терапії та гідротерапії, залежно від показань та потреб пацієнтів.

З метою документування проведених терапевтичних взаємодій була розроблена індивідуальна картка (картка терапевтичної взаємодії) та групова документація (щоденник роботи терапевтичної групи).

Протягом усього перебування у відділенні денної терапії та під час щоденного транспортування, діти перебувають під опікою терапевтів та отримують усі необхідні послуги з охорони здоров'я за ступенем інвалідності та догляд за особами з інвалідністю.

Терапевтична група є дуже важливим елементом впливу в процесі багатопрофільної реабілітації. Це створює умови для соціального та емоційного розвитку, дає можливість налагодити контакт з однолітками, мобілізує на дії та змагання. Групова динаміка є великою підмогою в процесі навчання через наслідування, вона розвиває мотивацію, створює більші можливості бути самостійними. В даний час в Центрі функціонує 16 терапевтичних груп, по 4 - 8 осіб кожна. За кожною групою дітей доглядають, а терапію проводить терапевтична група в кількості спеціалістів, що залежить від ступеня інвалідності дітей, охоплених доглядом (у пропорції 1 терапевт на 1-3 дітей). Наймолодша з них, т.зв група «Мати з дитиною» готує дітей віком від 1 до 3 років та їх батьків для переходу на систему денного догляду. Батьки супроводжують своїх дітей протягом усього перебування в Центрі та навчаються, під керівництвом терапевтичної групи, належним чином підтримувати розвиток своєї дитини з інвалідністю. У старших групах діти залишаються без присутності батьків.

Співпраця з батьками включає:

- безперервний обмін інформацією про успіхи дитини, що дає змогу закріпити набуті навички та безперервність роботи з дитиною вдома;
- пілотні візити членів терапевтичної групи додому;
- пряма участь батьків у т.зв. днях відкритих дверей;
- організація зустрічей з батьками;
- навчання та інструктаж батьків щодо специфіки інвалідності їхніх дітей і застосування методів вдосконалення;
- психологічна підтримка батьків.

Специфіка роботи передбачає, що домінуючою є терапія в малих терапевтичних групах (в середньому 4 людини). Частина терапії проводиться на індивідуальній основі і становить приблизно 1/3 часу терапії.

У відділенні денної терапії надання медичних послуг у галузі реабілітації дітей з віковими порушеннями розвитку інтегровано з навчальним процесом та вихованням.

8. Детальний опис методів реабілітації, що використовуються Центром

Провідною є Система Керованого навчання на основі метода Петьо, описана в главі 7.

1. Метод Петьо. Його застосовують для покращення стану дітей у дошкільному та шкільному віці. Характерною рисою є поєднання психолого-педагогічної, терапевтичної та соціальної корекції в одне ціле. Таким чином, метод Петьо є інтегрованим виховним впливом на дитину з інвалідністю з точки зору покращення її:

- нервово-рухової функції (рух тощо);
- діяльності у повсякденному житті (самообслуговування);
- спілкуванні та соціалізації (мовлення, невербальні системи спілкування);
- інтелекту (шкільна освіта).

Реабілітація - це систематичне стимулювання психомоторного розвитку дитини з точки зору:

- контролю постави та руху;
- зорово-моторно-сенсорно-слухової координації;
- орієнтації в часі та просторі, відчутті власного тіла;
- емоційного життя, розвитку особистості та соціальних контактів;

- розвитку мовлення, жестового спілкування;
- малювання, письма, читання та розвитку знань про навколишній світ.

Метод характеризується використанням засобів, що включають:

- дружнє та адаптоване терапевтичне середовище;
- міждисциплінарну терапевтичну групу;
- наявність лекторів;
- роботу в терапевтичній групі;
- мову, особливо метод ритмічних команд;
- добре розроблену загальну та індивідуальну програму, а також окремі серії занять;
- спеціальні меблі та обладнання.

Крім того, використовуються:

2. Метод NDT-Bobath (**Метод неруйнівного контролю Бабата**) - успішно застосовується у лікуванні недоношених дітей, немовлят та дітей старшого віку з неврологічним, ортопедичним та генетичним синдромами та із затримкою розвитку. Вдосконалення за методом NDT-Bobath має допомогти дитині у всебічному розвитку, щоб вона могла отримати самостійність у житті та використовувати свої здібності настільки, наскільки дозволяють наявні пошкодження центральної нервової системи (ЦНС).

Отже, основні принципи вдосконалення згідно з концепцією NDT-Bobath включають:

- вплив на напругу м'язів за рахунок зменшення підвищеного напруження та збільшення зменшеного напруження;
- гальмування аномальних рефлексів та ініціювання рухів якомога ближче до правильних, що досягається підтримкою та керуванням рухом з ключових точок, тобто точок контролю руху, якими є: голова, плечовий пояс, тазовий пояс та інші частини тіла;
- використання та закріплення набутих рухових навичок у повсякденній діяльності.

Реабілітація згідно з концепцією NDT-Bobath особливо корисна при лікуванні немовлят та дітей, оскільки вона може бути легко включена в їх біологічний щоденний ритм.

Правильно виконані процедури по догляду, годуванні, виношуванні дитини або гра разом з нею є правильними моментами для закріплення рухів, які практикує фізіотерапевт.

3. **Метод PNF (Метод пропріоцептивних відчуттів нейром'язів)** - це концепція зі своєю філософією та принципами роботи з пацієнтом. Основною метою терапії є робота над тією функцією, яка потрібна пацієнту. М'язова сила, об'єм рухів - те, що важливо при терапевтичному лікуванні, є лише засобом досягнення мети функції. Ця концепція рекомендує сприймати пацієнта цілісно, використовуючи для терапії міцні та здорові ділянки тіла. Це дозволяє повною мірою використовувати запаси в організмі, спонукає до подальших дій, а головне, забезпечує безболісну роботу без психічних і фізичних травмуючих відчуттів. Пацієнт є партнером фізіотерапевта, який визначає обсяг та межі дії, а також цілі терапії. У цьому випадку терапевт виконує консультативну роль. Завдяки такому підходу пацієнт, навіть маючи сильну дисфункцію, залишається добре мотивованим і позитивно ставиться до співпраці з терапевтом. Метод PNF застосовується з ортопедичними та неврологічними хворими і дає дуже добрі результати в роботі з дітьми та підлітками зі сколіозом та дефектами постави.

4. **Метод Маккензі** - діагностика та лікування синдромів болю в спині та кінцівках. Це фізіотерапевтичний метод, створений фізіотерапевтом Робіном Маккензі, призначений для обстеження (з використанням детального протоколу співбесіди та клінічного обстеження), лікування та профілактики болю в спині. В останні роки застосування методу було поширено на периферичні суглоби. Творець методу поділив розлади хребта на три основні групи, враховуючи причину та ступінь дегенеративних змін в області хребта та головних суглобів, т.зв. синдроми: постуральний, дисфункціональний та структурний. Він також розробив програму лікування, в якій, крім технік, які виконує терапевт, важливі також рух пацієнта, вправи та самотерапія, що виконується вдома. У вправах домінують низькі позиції, переважно лежачи. Активні рухи багато разів повторюються в різних площинах, але у чітко визначеному напрямку, який не викликає болю. Велика увага приділяється рекомендаціям, які захищають хребет від подальших травм і перевантажень, а також в профілактиці.

5. **Кінезіотейпінг** (динамічна стрічка) - терапевтичний метод, що полягає у приклеюванні на окремі частини тіла стрічки спеціальної структури. Це один із методів тейпінгу. Тут використовується спеціально виготовлений пластир - Kinesio Tex Gold, винайдений доктором Кензо Касе. Це так званий пластир, який не обмежує рухів, поширюється лише на довжину, має вагу та товщину, подібну до параметрів шкіри, не містить ліків та латексу, стійкий до води, пропускає повітря завдяки хвильовому плетінню.

6. **Сенсорна інтеграція (СІ)** - це спосіб, за допомогою якого людина використовує сигнали, отримані від органів чуття (зору, слуху, дотику, рівноваги), щоб діяти цілеспрямовано. У дитини з дефіцитом в отриманні або обробці сенсорних подразників можуть бути проблеми з самообслуговуванням, проблеми з графічним рухом (письмом), просторовою орієнтацією, зорово-моторною координацією, двосторонньою координацією, труднощі в навчанні, контактах з однолітками, розвитком мовлення, проблеми з концентрацією уваги. Сенсорна інтеграційна терапія заснована на конкретних заходах, що виконуються дитиною для стимулювання органів чуття. Сенсорна інтеграційна терапія відома як "наукова гра". Під час сеансу дитина, наприклад, гойдається в гамаку, катається в бочці, катається на скейтборді або балансує. Завдяки веселому та цікавому для дитини сенсорному стимулу та досвіду, що надходить до центральної нервової системи, дитина інтегрується, що дозволяє краще організувати діяльність. Терапія полягає не в навчанні конкретним навичкам (наприклад, їзда на велосипеді, письмі, читанні), а вдосконаленні роботи сенсорних систем та процеси нервової системи, які є основою для розвитку цих навичок. В процесі роботи за цим методом терапевт стимулює органи чуття дитини та вдосконалює такі сфери, як: дрібна моторика, загальна моторика, координація очей та рук. Завдання терапевта полягає у використанні відповідних методик усунення, пригнічення або зменшення небажаних подразників, що присутні в сенсорній гіперчутливості, або забезпечення сильних подразників, що необхідні у разі гіпочутливості сенсорних систем.

7. **Медико-терапевтичний тренінг (МТТ)** - індивідуальна робота з пацієнтом при ортопедичних, неврологічних, кровоносних, дихальних, метаболічних, ревматологічних та ін. порушеннях. Медико-терапевтичний тренінг - завершальний етап рухового вдосконалення. Цілями МТТ є: зменшення болю, поліпшення рухливості суглобів,

покращення витривалості, сили та координації, підвищення якості повсякденної діяльності та спортивних навичок, навчання компенсації втрачених функцій, запобігання травмам, зменшення кількості жирової тканини, підвищення міцності суглобового хряща, зв'язок, сухожилів та м'язів, сприяючи активному та здоровому способу життя.

8. Метод Халлівіка. Концепція Халлівіка заснована на загальновідомих принципах фізики, а зокрема: гідростатики, гідродинаміки та механіки тіла. Вона призначена для людей різного віку, як для людей з обмеженими можливостями, так і для працездатних людей. Форма навчання характерна і унікальна - пацієнт / плавець набуває нових навичок завдяки участі у різних видах водних занять, веселоощах та іграх. Сеанси Halliwick проводяться в групах, але кожен пацієнт / плавець має свого індивідуального інструктора, який застосовує відповідні опори відповідно до потреб та можливостей пацієнта / плавця - незалежно від того, чи є пацієнт / плавець здоровим або ж з обмеженими можливостями - щоб вони могли повною мірою використовувати свої навички та отримувати всі переваги гри та активності. Ось чому, крім усього іншого, засоби підштовхування не використовуються протягом усього навчального процесу. Під час занять пацієнт / плавець вчиться контролювати дихання і досягати безпечних положень при диханні, а також керувати рухами, що, серед іншого, залежать від психічної адаптації та контролю водного балансу. Наука веде до якомога більшої незалежності та абсолютного почуття безпеки, яке базується на глибокому знанні водного середовища та здатності вільно контролювати свої рухи в ньому.

9. Ерготерапія - галузь, яка в основному базується на медичних, психологічних, соціальних та ремісничих знаннях. Застосовується при рухових, сенсорних, нервових та психічних розладах, що робить її застосованою практично у всіх галузях медицини. Ерготерапія, як і фізіотерапія, належить до медичної професії. Ерготерапевти як і фізіотерапевти, відновлюють фізичну форму, а також допомагають подолати труднощі у виконанні повсякденних дій, таких як одягання та роздягання, приготування та вживання їжі, особиста гігієна та багато інших, що не є важким для здорових людей. У багатьох із цих видів діяльності в різних обставинах, незалежно від місця перебування, ззовні чи вдома, можна використовувати широкий спектр допоміжних засобів та пристроїв, які можуть допомогти подолати ці труднощі. Ерготерапія є важливим терапевтичним заходом, що призводить до одужання хворих та людей з інвалідністю,

це вид терапії, який завдяки різноманітності методів і терапевтичних матеріалів, дозволяє пацієнтам навчитися бути максимально самостійними, незалежними та активними. Беручи до уваги індивідуальні потреби людей та враховуючи хворобу чи інвалідність, обираються відповідні ерготерапевтичні заходи.

10. Мануальна терапія - форма терапії з боку опорно-рухового апарату. Вона належить до галузі фізіотерапії та підтримується науковими дослідженнями. Мануальна терапія - це обстеження, лікування периферичних суглобів та хребта. Перша частина дослідження - це, як правило, детальна історія. Потім досліджується якість руху, його діапазон, біомеханіка та інші фактори (наприклад, біль). Під час терапії із застосуванням спеціальних прийомів мобілізації або маніпуляції та роботи на м'яких тканинах, відновлюється порушена біомеханіка суглобів (розблокування суглоба), що призводить до зменшення болю, збільшення обсягу рухів та зменшення запальних процесів.

11. Ручна терапія «Школа рук» - спрямована на вдосконалення верхніх кінцівок і дрібної моторики, тобто точні рухи руками. Під час занять пацієнти також навчаються концентрації уваги, покращують зорово-моторну координацію, покращують функціональні зчеплення, вчать перетинати середню лінію тіла, формують просторову орієнтацію та набувають здатності переносити діяльність, що виконується під час занять, на повсякденну діяльність.

12. Метод розвитку Вероніки Шерборн.

Цей метод заснований на системі вправ, що підтримують правильний розвиток дітей і виправляють порушення розвитку та емоційні порушення. Основна ідея методу виражається у твердженні, що використання рухів є інструментом для підтримки та лікування порушень психомоторного розвитку у дитини. Участь у вправах полягає в створенні можливості для дитини пізнати власне тіло, відчути його силу, вдосконалити моторику, підготовленість та мобільність. Під час вправ на рух дитина може пізнати простір, в якому знаходиться (для неї це вже не є небезпечно). Дитина відчувається в безпеці, стає активною та креативнішою.

Через рух дитина:

- пізнає власне тіло;
- вивчає простір навколо себе;

- здобуває впевненість у собі;
- отримує відчуття безпеки в навколишньому середовищі;
- встановлює контакт;
- вчиться співпрацювати з партнером (однолітком або особою, з якою вони у парі) та групою;
- здобуває впевненість у партнері та групі.

13. Метод хорошого старту проф. М. Богданович (МХС).

Основним принципом МХС є підтримка психомоторного розвитку дитини за допомогою правильно організованої гри та активного мультисенсорного навчання графічних символів: легких візерунків, буквоподібних візерунків, літер та математичних знаків. Це реалізується через розвиток функцій, які беруть участь у навчанні читання та письма (когнітивні: зорово-просторові, слухово-мовні та рухові) та їх взаємодії (перцептивно-рухова інтеграція). Інші цілі полягають у формуванні латеральності, усвідомлення схеми тіла (схеми тіла, лівої та правої сторін) та простору. Таким чином, МХС представляє полісенсорний, активний підхід до роботи з дітьми.

У ньому є три елементи:

- руховий елемент складається з рухових, моторно-слухових та моторно-слухово-зорових вправ, тобто рухів, гармонізованих з ритмом пісні, виконуваних під час відтворення графічних символів;
- слуховий елемент включає пісні, вірші, речення, слова;
- візуальний елемент складається із образних знаків (легкі візерунки, буквоподібні візерунки, літери і математичні знаки).

14. Психомоторна терапія за Прокусом та Блоком.

Психомоторна терапія - це система реабілітації дітей дошкільного віку та учнів початкової школи. Засновницями цієї терапії є бельгійки Марсель Прокус та Мішель Блок. Вони вважали, що усвідомлюючи, прогнозуючи і досягаючи цільового руху, дитина поступово контролює психологічні процеси, оволодіння собою, що призводить до вдосконалення пізнавальних процесів: розуміння, мови, пам'яті. Поступово інтеграція нервової системи в цілому покращується. Ця терапія відноситься до області інтеграції, в якій, на основі вправ на рух, стимулюється розвиток багатьох функцій ЦНС, особливо з точки зору їх взаємного зчеплення та інтеграції. Мета і результат

терапії є побудова та активація нейронних мереж, які відповідають за процеси інтеграції мозку. Як результат, дитина досягає можливості оптимального функціонування у своєму оточенні, відповідно до віку психофізичних схильностей. У клінічному вимірі, метою терапії є усунення різних видів патологій та розладів руху, координації очей та рук, поведінки, емоцій, пам'яті, уваги, читання та письма.

15. Методи полісенсорної стимуляції, в т.ч. ранкове коло та мультисенсорна стимуляція в кімнаті мультисенсорної стимуляції. Полісенсорна стимуляція - це вивчення мультисенсорного досвіду світу, яке має на меті викликати заплановані відчуття та почуття. Заняття полягають у тому, що терапевт із застосуванням відповідного обладнання (засобів навчання) забезпечує дитину різними сенсорними подразниками: тактильними, смаковими, нюховими, слуховими та зоровими.

16. Хореотерапія (музикотерапія, ритміка, танці).

Загальними цілями дитячої музикотерапії є:

- підтримка індивідуального розвитку дитини;
- збагачення внутрішнього світу дитини;
- мобілізація до діяльності (когнітивна, рухова, емоційна, інтелектуальна);
- підвищення впевненості в собі, підвищення самооцінки;
- стимулювання та розвиток органів чуття;
- навчання міжособистісному спілкуванню (комунікація)
- надання можливості вільного вираження поглядів;
- навчання самовираження;
- розблокування та виявлення емоцій та напруги;
- стимулююче вираження (почуття, голосові, рухові, словесні тощо);
- задоволення природної потреби дитини у грі;
- надання позитивного досвіду та інформації про світ;
- розвиток своїх музичних інтересів та свого творчого потенціалу;
- досягнення спокою та психофізичної релаксації.

Цілі музикотерапії залежать від потреб дітей, які беруть участь в класі. Їх можна проводити під час індивідуальних або групових занять, в яких, серед іншого, є наступні форми:

- вправи та рухові ігри - вони активізуються як фізично, так і емоційно; задовольняють потреби в рухах та грі; впливають на гармонійний розвиток

дитини; розвивають навички орієнтації, організованості, естетику рухів, а також здатність свідомо підпорядковувати рухи музиці;

- гра на інструментах - дає можливість виразитися, розвиває музичну чутливість;
- спів пісень - стимулює увагу та інтереси, здійснює концентрацію уваги, збагачує коло слів та понять, активізує розумові та пізнавальні процеси, інтегрує групу;
- слухові вправи - сенсibiliзують до музики, активізують фантазію, розвивають концентрацію уваги, музичну та позамузичну пам'ять, розвивають слух, розвивають здатність свідомо сприймати та підбирати звуки.

17. Програми активності. Поінформованість про тіло, контакти та спілкування, розроблені Маріанною Найл та Крістофером Найлом. Програми можна ефективно використовувати в роботі з дітьми, підлітками з різним рівнем інтелектуального розвитку та з різними типами фізичних вад. Запропоновані програми становлять основу, завдяки якій розвиваються соціальні контакти та рух. Програмами може користуватися кожен, хто має регулярні контакти з дитиною. Їх можна виконувати щодня і, якщо можливо, в один і той же час доби. Основа полягає в тому, що дитина отримує інший, ніж раніше запланований, і систематичний досвід рухів, таких як натискання на м'ячі, повороти їх, розтирання, перекладання різних речей з рук в руки тощо. Дитина повинна усвідомлювати використання руки, ноги, роту, рук, ніг та всього тіла, коли вони використовуються для простих дій, таких як їжа та одягання, а також під час розваг та у спілкуванні з іншими. Програми супроводжуються касетами зі спеціально складеною музикою, яка повинна супроводжувати всі заходи.

Дитині допомагає те, що терапевт використовує голос, співає або говорить чітко і мелодійно, супроводжує кожну діяльність. Кожен рух дитини підтримується спеціальним музичним супроводом, який є сигналом до конкретної діяльності. Слухаючи особливий тон на початку та в кінці кожної програми, дитина поступово вчиться розпізнавати ситуацію, і це готує її до асоціювання її з певною діяльністю.

18. Заняття, що розвивають мислення. Навички мислення за Р. Фейерштейном - метод відповідає на складні пізнавальні, емоційні та соціальні потреби дітей з порушенням психомоторного розвитку. Цей метод дозволяє охопити кожну дитину, незалежно від рівня розвитку, типу розладів чи обмежень. У цьому методі дитина є суб'єктом усіх видів діяльності, а основною метою взаємодій є прагнення до розвитку

дитини як єдиного цілого. Дитина є активною стороною - вона виявляє, знає, асоціює та розуміє. Вона самостійно приходить до вирішення проблеми, що дає їй можливість скуштувати справжній успіх і підвищує впевненість у собі. Все це робиться шляхом навчання через посередництво. Медіатор пристосовує різні параметри кожного завдання, яке представляється дитині, до її індивідуальних можливостей та властивостей. Однак він робить це таким чином, щоб максимізувати активність дитини. Завдяки цьому дитина вчиться через досвід, відкриває стосунки та правила, що керують світом. Дитина отримує можливість упорядковано відкривати реальність і універсальну структуру, яка запам'ятовується не як послідовність хаотичних елементів, а як логічне ціле. В результаті змінюється не тільки її когнітивне функціонування, але і вся особистість - вона стає впевненою в собі, спрямованою на себе. Це також позитивно впливає на життя тих, з ким дитина створює стосунки - сім'ї, найближчого оточення. Зміни, які можна спостерігати у дітей, які беруть участь у заняттях у цій галузі - це, перш за все, готовність приймати нові завдання, насолоджуватися від набуття нового досвіду. Розвиток внутрішньої мотивації до виконання завдань одночасно збільшує здатність зосереджувати увагу на завданні та краще запам'ятовувати зміст.

19. Метод альтернативної комунікації (альтернативне спілкування - ААС) - означає заходи, спрямовані на допомогу людям, які не говорять або використовують мовлення обмежено. Замість вимовлених слів та речень вони можуть використовувати графічні знаки (піктограми, малюнки, символи), ручні знаки (жести) або просторово-тактильні знаки (наприклад, предмети). Завдяки цьому вони можуть робити вибір, приймати рішення, запитувати, розповідати історії, висловлювати думки та почуття - долати бар'єри спілкування та ставати незалежними. У Центрі найчастіше використовуються методи ААС: піктограми PCS, жести Makaton, Bliss, Coghano, комунікатори, розроблені в галузі інформаційних технологій.

Для кожної немовної особи команда фахівців будує індивідуальну систему спілкування, щоб вона могла використовувати систему знаків (жести, піктограми, символи, письмо) замість мови. Це означає багато видів діяльності, таких як: вибір персонажів, побудова засобів особистого спілкування, навчання підбору та вказівки, інструктування партнерів по бесіді, оснащення безмовної людини відповідними електронними пристроями або комп'ютером, який надаватиме їй голос (так звана допоміжна технологія), а також (у випадку осіб з обмеженими фізичними

можливостями) облаштування відповідного місця, в якому користувач ААС зможе користуватися наданими засобами.

20. Логопедичні методи та форми взаємодії.

Різні форми взаємодії використовуються у вербальному (лінгвістичному, філологічному, психологічному, педагогічному) та невербальному (малюванні, танцювально-музичному, зорово-слухово-тактильному) методах:

- розвиток розуміння мови, наприклад, розуміння простих питань;
- вправи, що вдосконалюють артикуляційний апарат (оральна практика);
- Exercises дихальні фонаційні вправи;
- Exercises вправи, що модифікують дихання;
- слухові вправи, наприклад, розрізнення звуків, що відрізняються особливістю, фонематичні слухові вправи;
- вправи для диференціації та правильної реалізації окремих звуків;
- ігри, що збагачують лексичний ресурс: пасивні та активні;
- активні мовленнєві вправи, наприклад, визначення діяльності;
- вправи на розуміння та розвиток граматичних та лексичних структур;
- розвиток мови;
- формування комунікативної компетентності;
- мовленнєвий ритм;
- альтернативне спілкування, наприклад, Makaton, ААС;
- використання орофасіальної терапії, що регулює напругу;
- підтримка ротових функцій дитини;
- терапія порушень значущих і глибоких функцій ротової порожнини, пов'язаних з харчуванням та передачею мови;
- корекція ковтання;
- слуховий тренінг;
- логоритміка, напр. музичні та рухливі ігри;
- малюнки як вираз думок і спостережень дитиною;
- використання змісту сприйняття аналізаторів, що беруть участь у мовленнєвому акті (зору, слуху, дотику).

21. Тренування соціальних навичок самообслуговування, самостійності та співпраці з батьками.

Метою навчання є набуття, підтримка та розвиток досяжного рівня особистого та соціального функціонування дітей та підлітків.

Тренінг включає:

- набуття, розвиток та підтримка досяжного рівня функціонування особистості (навички самообслуговування та повсякденного життя - в тому числі у домогосподарстві);
- навчання спілкуванню;
- комунікативне навчання;
- навчання мобільності;
- навчання приймати рішення, відповідальність, належну самооцінку, емоційний опір;
- набуття, розвиток та підтримка досяжного рівня соціального функціонування (виконання різноманітних соціальних ролей: член домогосподарства, клієнт, студент у групі, працівник, громадянин тощо);
- підтримка шкільної освіти та досягнення показників, необхідних для подальших навчальних етапів;
- набуття навичок, корисних для можливої роботи та, можливо, самостійного життя;
- полегшення для родини та покращення якості її життя.

Навчання в галузі:

- мобільності;
- мислення;
- спілкування;
- отримання та збір інформації та підтримка навчального процесу;
- стимулювання соціальної активності;
- розвиток здатності самостійно виконувати соціальні ролі, включаючи підготовку до професійної роботи;
- терапія та підтримка сім'ї на всіх етапах;
- інструктаж для батьків, участь у заняттях (продовження роботи вдома);
- інформація для батьків;

- юридичне, допоміжне, технічне, архітектурне, антидискримінаційне та ін. консультування, що збільшує шанси на активну участь сім'ї у соціальному житті та покращує якість її життя.

22. Діагностика, сфери застосування, форми та методи психологічної терапії.

А) Методи психологічної діагностики:

- Шкала розвитку дітей.
- Шкала психомоторного розвитку дитини у віці 0-3 років Бруне-Лезіне.
- Шкала психічної зрілості Колумбія.
- Тестовий акумулятор APIS-P (R).
- Діагностика інтелектуальних можливостей.
- Тест матриць у стандартній версії.
- Тест матриць у кольоровій версії.
- Міжнародна шкала ефективності Leiter.
- Шкала інтелекту та розвитку (IDS).
- Інтелектуальна шкала Векслера для дітей (WISC-R (PL)).
- Тест на спілкування батьків-дітей із завданням (TKZ R-D).
- Тест на емоційне розуміння (TRE).
- Багатовимірна анкета преференцій (JPC).
- Тест на відсотки.
- Тест на замітки про тестування (D2).
- Тест розвитку зорового сприйняття Маріанни Фростіг.
- Текстова версія тесту на сприйняття з персонажами People (CAT-H) Л. Баллак, С. С. Баллак.
- Експериментальна діагностика потреб Сонді (SZONDI).
- Тест кольорової піраміди (CBT).
- Тест плавності Раффа (RFFT).
- Інвентаризація РРАС Гузбурга, РАС-1, РАС-2.

Б) Сфери психологічної терапії:

а) Підтримка когнітивного розвитку, включаючи:

- підтримку розвитку процесів уваги;
- зорове сприйняття, зоровий аналіз та синтез, зорова пам'ять;
- слухове сприйняття та слуховий аналіз та синтез, слухова пам'ять;

- зорово-слухово-рухова координація;
- ручна спритність;
- активне мовлення (наприклад, словниковий запас, словесна вільність, здатність будувати словесні висловлювання);
- пасивне мовлення (наприклад, область розуміння словесних команд, збагачення пасивного словника);
- навички просторової орієнтації;
- процеси причинно-наслідкового мислення, аналогічного мислення, висновку та логічного мислення.

б) Підтримка соціального розвитку дитини.

в) Підтримка емоційного та мотиваційного розвитку дитини.

г) Підтримка в кризовій ситуації.

д) Психосвітня діяльність для дітей.

е) Психологічні консультації, зустрічі та практикуми для батьків з питань, що стосуються виховання дитини з інвалідністю.

В) Форми психологічної терапії:

- індивідуальна;
- групова.

Г) Методи психологічної терапії:

• Методи поведінкової терапії:

а) Керол Саттон, як боротися зі складною поведінкою у дітей - це все 8-тижнева навчальна програма для батьків на тему: «Як боротися зі складною поведінкою у дітей».

На ґрунті теоретичних основ інструментальної обумовленості. Це вимагає роботи не лише від дитини, а й головним чином від батьків. У цій програмі сім'я працює над обраною, конкретною та чітко визначеною поведінкою. Вона полягає у заповненні карт обраної поведінки протягом 8 тижнів та реалізації рекомендацій, що містяться в ній у наступних 8 частинах програми. Вони стосуються:

- спостереження за важкою поведінкою;
- що передує, а що слідує важкій поведінці;
- що робити, коли виникає складна поведінка;
- винагороди та покарання;
- проблеми зі сном;
- що спричиняє складну поведінку;

- ширше використання методу;
- як закріпити позитивні зміни в поведінці дитини.

б) Методи навчання, засновані на припущеннях інструментального навчання, включаючи метод позитивного підкріплення.

• Методи когнітивно-поведінкової терапії:

а) терапевтична програма «Винахідливий кіт». Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дітей. Кендалл Філіп С., Хедтке Крістіна А.

Програма когнітивно-поведінкової терапії тривожних розладів (особливо генералізованої тривоги, соціальної фобії та тривоги при розлуці) у дітей віком 8–13 років. Автори покроково описують 16 терапевтичних сеансів: їх цілі, послідовні етапи, використовувані стратегії, а також практичні поради терапевту;

б) терапевтична програма "Тривога". Когнітивна поведінкова терапія при тривожних розладах у підлітків. Кендалл Філіп С., Хедтке Крістіна А.

Програма когнітивно-поведінкової терапії тривожних розладів у підлітків 14–17 років. Автори покроково описують 16 лікувальних сеансів, які складаються з цілей, послідовних етапів та використовуваних стратегій. Індивідуальні заняття присвячені таким питанням, як: розпізнавання симптомів тривоги; мислення людини, що переживає тривогу та її наслідки; план подолання або використання набутих навичок у ситуаціях, що викликають страх.

• Метод полісенсорної стимуляції.

Полісенсорна стимуляція - це вивчення мультисенсорного досвіду світу, яке має на меті вивільнення запланованих вражень та почуттів. Заняття полягають у тому, що терапевт забезпечує дитину різними сенсорними подразниками: тактильними, смаковими, нюховими, слуховими та зоровими.

• Метод Аффольтера.

Ф. Аффольтер говорить про керівництво тілом дитини під час загальної моторики, тобто ходіння, згинання, присідання, але найбільше воно зосереджується на передачі сенсорної інформації через руки. Завдання терапевта - покласти руку на руку дитини таким чином, щоб великий палець терапевта збігався з великим пальцем дитини, а вказівний палець – з вказівним і т. д. Терапевт стоїть за дитиною і ініціює подальші дії. Завдяки діям терапевта дитина може відчутти властивості предмета, його опір, зміни положення руки по відношенню до землі, відмінності в роботі однієї та іншої руки. І руки, і мозок дитини сприймають стимули, які вони не змогли б відчутти без допомоги терапевта. Не розмовляйте з дитиною, оскільки виконувані заходи вимагають від

дитини великої концентрації. Найкращий час для розмови з дитиною про виконувани заходи – до початку і після їх закінчення.

- Казкова терапія.

Казкотерапія - метод, який використовується для роботи з дітьми дошкільного віку та з учнями початкової школи. Це реалізується шляхом читання дітям або самостійного читання терапевтичної історії, яка відповідає певній проблемі. Терапевтичні казки включають такі групи, як психотерапевтичні, психовиховні та релаксаційні казки. Кожен з них присвячений дітям з різними проблемами. Казкова терапія допомагає подолати страхи, пов'язані з різними ситуаціями. Використовується відповідним чином вибраний текст. Завдяки цьому в психіці дитини з'являється позитивне мислення, діти починають розуміти свої почуття, їх прояви, а також причини. Терапевтичні мультфільми показують, як справлятися та представляти певні моделі поведінки. Вони змушують дітей розуміти світ, в якому вони живуть, діти перестають почуватися самотніми.

- Елементи арт-терапії.

Арт-терапія, розуміється як зцілення за допомогою мистецтва. Ключовим є встановлення контакту з дитиною, створення безпечної та прийнятної атмосфери. Основні прийоми, що використовуються на занятті: малювання фарбами (руками, пензлем, губкою), малювання, робота пластичною масою. Завдяки художній діяльності діти постійно розвиваються, звільняється їх індивідуальна виразність, а також емоції та почуття, пов'язані з їхнім поточним психічним та фізичним станом. Мистецтво дозволяє їм не поспішати і не давати їм хвилюватися, навпаки, воно показує їм, що вони можуть багато чого зробити. Вони можуть створювати речі, які підвищують у них самооцінку, їх амбіції. Арт-терапія сенсibiliзує дітей і робить їх відкритими для навколишнього світу. Терапевтичний ефект мистецтва також означає навчання дітей наполегливості та послідовності у досягненні мети. Діти мають можливість висловити ті думки та переживання, які важко передати словами, розкрити пригнічені емоції, напругу та знайти задоволення в мистецтві. Заняття образотворчим мистецтвом дарують радість, можливість діяти і творити. Вони розвивають уяву, мислення, пам'ять, увагу. При цьому вони вчать самостійності, винахідливості, акуратності, порядку та організації праці.

- Програми розвитку індивідуальних когнітивних функцій:

а) Програма розвитку зорового сприйняття. Базовий рівень. Середній рівень. Високий рівень. М. Фростиг, Д. Горн.

Здатність зорового сприйняття в програмі включає: координацію око-рука, сприйняття фігур і фону, стійкість сприйняття, сприйняття положення предметів у просторі, сприйняття просторових відносин.

Посібник детально висвітлює всі компоненти. Програма включає низку ігор, що підтримують розвиток зорового сприйняття, та набір вправ, включених до робочого зошита для дитини.

б) Графічні вправи, що розвивають рухливість рук та координацію очей та рук, Х. Тимічова.

- Терапевтична бесіда.

Розмова з дитиною, спрямована на вирішення конкретної проблеми, як правило, є вступним та підсумковим елементом.

- Елементи моделі раннього втручання.

Програма полягає в підтримці сім'ї маленької дитини із сенсорними вадами та іншими порушеннями від народження до дошкільного віку.

23. Методика корекції аутизму – ТЕАССН.

В Україні використовують одну з провідних методик корекції аутизму – ТЕАССН. Її основи розробив американський психолог Ерік Шоплер (Школа Медицини Університету Північної Кароліни) у 1965 році. ТЕАССН означає структуроване навчання основним життєвим навичкам за допомогою візуальних підказок. При цьому структурується також діяльність дитини, її час і простір. Така методика допомагає розвинути самостійність та гнучкість, необхідні для дорослого життя. Її кінцева мета – соціальна інтеграція дитини, в тому числі й працевлаштування. Методика передбачає організовану терапію у трьох сферах – фізичну організацію дитини, щоденний розклад та організацію робочого процесу. ТЕАССН методика застосовується після діагностики дитини спеціалістом. Спеціаліст ТЕАССН визначає вік та стан розвитку дитини, її інтереси, а також її сильні і слабкі сторони. На основі цієї інформації складається індивідуальна програма навчання дитини. Така програма має завдання, які дитина виконує спочатку зі спеціалістом, а потім повторює вдома з батьками. Структурування навчання та діяльності залежить від вікового розвитку дитини, завдання корегують дев'ять функціональних сфер: велику і дрібну моторику, координацію рук і очей, імітацію, сенсорику, здатність до пізнання, мовні навички, соціальну взаємодію та самообслуговування. Кожна сфера передбачає набір вправ та візуальні матеріали, які розроблені так, щоб розвиваючи один навик, дитина могла одночасно використовувати

свої навички і з інших сфер. Програма ТЕАССН дозволяє навчити дитину наступним навичкам: побутові навички самообслуговування; навички спілкування дитини та взаємодії з іншими; розвиток мислення відповідно шкільної програми; орієнтація дитини поза домом, у місті. При цьому навчання відбувається за допомогою структурованих підказок.

Візуальна підтримка. Картки і розклади з малюнками для молодших дітей, малюнки з текстами для більш старших. Такі картинки використовуються і для структурування часу і простору, для спілкування.

Структурування часу. Методика ТЕАССН структурує весь час дитини у формі розкладу. Це розклад дня і тижня у вигляді графіка, викладеного зверху вниз з малюнків чи написів. Такий графік визначає послідовність дій дитини від побутових дій до навчання та відпочинку, Розклад допомагає швидко організувати дитину.

Структурування простору. Структура або зонування простору може бути як вдома, так і в навчальному закладі. Ці зони можуть бути розмежовані меблями, килимом, спеціальними позначками, малюнками чи написами. Важливо дотримуватися порядку.

Методика навчає та супроводжує дитину з аутизмом протягом усього життя.

9. Персонал, діагностика та терапія

Мультидисциплінарна діагностика необхідна для планування втручання для дітей. Це вимагає скоординованої співпраці міждисциплінарної групи спеціалістів (тобто окрім лікаря - в ідеалі лікаря-реабілітолога, також психолога - бажано психолога-реабілітолога, педагога, ерготерапевта, логопеда / невролога тощо). Дітям може знадобитися консультація з іншими фахівцями, такими як невролог, психіатр, ортопед, офтальмолог тощо. У випадку з людьми з порушеннями спілкування, ця команда повинна включати терапевта з компетенцією в галузі допоміжних та альтернативних технік спілкування (ААС). Ерготерапевти мають найбільші компетенції в галузі знань про адаптацію навколишнього середовища до потреб людей з обмеженими можливостями. Подібним чином, широка мультидисциплінарна команда повинна впроваджувати вичерпні рекомендації, отримані в результаті такого діагнозу.

Терапевтична команда у складі: фізіотерапевт / фізіотерапевти, дефектолог / дефектологи та медсестра / медсестри / вихователі(педагоги) (2-5 осіб) безпосередньо відповідають за:

- планування та організацію роботи в групі дітей;
- комплексну функціональну діагностику дитини;
- поточну та періодичну оцінку прогресу дитини;
- створення індивідуальних та групових програм та їх реалізацію;
- розробку коротко- та довготривалих цілей для кожної дитини;
- перевірку цілей на основі періодичного оцінювання дітей;
- постійне планування ряду завдань з точки зору поставлених цілей;
- ведення документації про роботу колективу;
- співпрацю з батьками.

Члени терапевтичної групи тісно співпрацюють у вищезазначених заходах з лікарем-реабілітологом, логопедом та психологом.

Індивідуальні та групові програми містять докладні вказівки щодо запланованого розвитку дитини, роботи групи та терапевтичного колективу.

Що стосується групових програм, це насамперед:

- визначення та розподіл навчального / корекційного матеріалу на даний рік;
- рамковий план на день і тиждень із точним часом для кожного виду діяльності;
- плани та цілі кожної серії завдань;
- графік зустрічей з батьками;
- план домашнього візиту;
- план інтеграційних заходів;
- графік засідань терапевтичного колективу.

Індивідуальні програми для кожної дитини базуються на комплексній функціональній діагностиці та включають:

- коротко- та довготривалі цілі, визначені для кожної сфери розвитку дитини;
- детальні індивідуальні цілі, розроблені для кожної серії завдань;
- детальні інструкції для виконання дитиною певних видів діяльності;
- детальні вказівки, які допоможуть дитині виконувати певні дії;
- розклад індивідуальних занять, якщо цього вимагає тип дисфункції та порушення, виявлені у даної дитини;

- програма домашніх завдань (щоденних та на вихідні).
-

10. Структура Центру

1. Відділення денної терапії.
2. Амбулаторне відділення.
3. Спеціалізована клініка.

1) Відділення денної терапії.

Діти в групах (4-8 і більше за потребою) перебувають у кімнатах / класах з постійною командою терапевтів у кількості, яка залежить від потреб дітей та рівня їх самостійності, забезпечуючи їх безпеку. Діти дошкільного та шкільного віку (з 3 років). Групи підбираються за віком, рівнем інтелектуального розвитку та темпом роботи. Команда співробітників / терапевтів є багатoproфільною.

Кімнати обладнані відповідними меблями та обладнанням, що сприяють розвитку, вдосконаленню та освіті.

Реалізується щоденна інтегрована програма навчання руховим функціям, самообслуговуванню, пізнанню та спілкуванню з акцентом на діяльність дітей (на основі принципів Керованого Навчання).

Під час перебування діти отримують їжу, яку вони навчаються їсти самі.

Забезпечується щоденний транспорт.

2) Амбулаторне відділення.

Діти, які не потребують такої інтенсивної реабілітації, як у відділенні денної терапії, та / або мають інші проблеми, крім ушкодження мозку (ортопедичні, інтелектуальні), отримують користь від періодичних індивідуальних занять за показаннями, включеними в діагноз. Вони можуть відвідувати фізіотерапевтичні, психологічні, педагогічні, логопедичні, альтернативні та допоміжні заняття (заняття в спортзалі, гідротерапія, лікувальна фізкультура та кабінети спеціалістів). Застосовуються лише методи, які довели свою ефективність у дітей та підлітків при конкретних захворюваннях.

Більше того, індивідуальну амбулаторну реабілітацію використовують наймолодші діти до 3 років, хоча реабілітація в домашніх умовах рекомендується з психологічних причин.

3) Спеціалізована клініка.

Команда фахівців приймає дитину та проводить багатoproфільну діагностику відповідно до ICF: функції організму, активність та участь, а також аналізує навколишнє середовище, включаючи потреби сім'ї, потреби в обладнанні, необхідність усунути бар'єри тощо.

Батьки отримують інструктаж з питань нейророзвитку. Дитина отримує рекомендації та направляється у відділення денної терапії або амбулаторної терапії. Реабілітація у сімейному будинку бажана для дітей до 3-х років. У клініці може бути оренда реабілітаційного або навчального обладнання.

Запланована кількість бенефіціарів у відділенні денної терапії - близько 30 осіб, а в амбулаторному відділенні - близько 50 осіб (на першому етапі будівництва Центру).

11. Вплив Центру на навколишнє середовище

Окрім ключових завдань у галузі освіти та реабілітації, Центр повинен створити можливість для соціальної активності своїх вихованців і одночасно створити специфічний освітній Центр для місцевої громади. Найважливішими завданнями є:

1. Формування в місцевій громаді іміджу людини з інвалідністю як повноправного члена суспільства. Тому, Центр повинен проводити соціальні кампанії, що демонструють образ людини з інвалідністю як людини та громадянина, а не як клієнта соціальної допомоги. Для ефективного виконання цього завдання рекомендується використовувати Міжнародні свята, важливі для оточення людей з обмеженими можливостями та їх сімей, наприклад, Міжнародний день церебрального паралічу, Міжнародний день недоношених дітей, Міжнародний день людей з інвалідністю, Європейський день Боротьби з дискримінацією людей з інвалідністю.

2. Розвиток волонтерства. Це завдання включає як розвиток волонтерської діяльності на базі студентів-медиків (лікарі, медсестри, фізіотерапевти, логопеди), так і соціальних (психологія, педагогіка). Також не менш важливим є розвиток волонтерської діяльності, яка дає змогу у разі неналаштованого шкільного середовища та ізоляції працездатних дітей та дітей з обмеженими можливостями взаємної співпраці, ставлення

до соціальної солідарності та спільної відповідальності. Діяльність волонтерства повинна базуватися насамперед на співпраці Центру зі школами та церковними громадами. Участь учнів у святах, організованих іншими школами, участь у церковних та державних святах.

3. Розвиток культурно-спортивної діяльності. Культурна, спортивна діяльність та хобі є однією з головних мотивацій дітей та підлітків до реабілітаційних заходів. Тому важливо, щоб такі заходи проводились у Центрі, будучи додатковим стимулятором для реабілітаційних та освітніх заходів. Учні, що працюють у галузі культури, спорту чи інших форм проведення часу, також будуть найкращим способом зламати стереотипи та упередження серед місцевої громади.

12. Критерії оцінки прогресу / завершення реабілітації в Центрі

Використання систематичної оцінки прогресу реабілітації є необхідним елементом ефективної реабілітації дітей та підлітків з обмеженими можливостями. Застосовується у відділі щоденної терапії оцінки та стандартизовані вимірювані тести застосовуються до всіх порушених сфер розвитку та функціонування дитини, це:

- оцінка фахівцем з медичної реабілітації;
- комплексне описове оцінювання:
 - ❖ спосіб спілкування;
 - ❖ рівень пізнавального розвитку;
 - ❖ 3 рівень розуміння мови;
 - ❖ рівень концентрації;
 - ❖ рівень рухового розвитку;
 - ❖ рівень емоційного розвитку;
 - ❖ рівень соціального розвитку;
 - ❖ соціальні взаємодії;
 - ❖ загальна моторика;
 - ❖ дрібна моторика;
 - ❖ м'язовий тонус;
 - ❖ здатність контролювати положення голови;
 - ❖ положення лежачи на спині;
 - ❖ сидяче і стояче положення;
 - ❖ місце розташування;

- ❖ здатність міняти позиції;
 - ❖ самообслуговування;
 - ❖ їжа та пиття;
 - ❖ органи чуття;
 - ❖ як дитина грається;
 - ❖ рівень соматогнозії;
- Психологічна оцінка.
 - Педагогічна оцінка.
 - Логопедична оцінка.
 - Фізіотерапевтична оцінка.
 - PEDI – Оцінка дитячої інвалідності, оцінює:
 - самообслуговування;
 - мобільність;
 - соціальні функції;
 - допомога опікуна;
 - модифікації середовища.
 - GMFM – оцінка функцій загальної моторики.
 - MACS - система класифікації ручних навичок.
 - GMFCS - система прогнозування рівня продуктивності.
 - CFCS - система класифікації функцій комунікації.
 - Вимірювання обсягу рухів у суглобах.
 - Оцінка м'язової сили в динамічних командах.
 - Оцінка м'язового тону.
 - Оцінка використання альтернативних та допоміжних методів спілкування.
 - Оцінка досягнення короткотривалих цілей.
 - Оцінка досягнення довготривалих цілей.
 - ВІДЕО оцінка.

Позитивні результати вищезазначених оцінок і тестів та високий рівень незалежного функціонування є основою для розгляду питання про перебування дитини в інших, менш спеціалізованих закладах, пристосованих до потреб осіб з інвалідністю. Через те, що діти та підлітки з ДЦП мають дуже різні клінічні картини дисфункцій та психосоціальних станів, неможливо точно визначити критерії оцінки завершення реабілітації.

Слід підкреслити, що клієнти Центру становлять високоселективну групу людей з обмеженими можливостями, оскільки у дітей з ранніми ураженнями головного мозку дисфункції є складними та постійними, а реабілітація необхідна щодня та протягом багатьох років.

Медичні причини вказують на необхідність активізації реабілітаційних заходів у дітей та підлітків з порушеннями розвитку, особливо осіб з інвалідністю в результаті раннього пошкодження мозку. Їх реабілітація повинна бути ранньою, безперервною, всебічною та доступною. Корекція пошкоджених функцій у дитини відбувається шляхом повторення багатьох процедур (синаптичне сприяння) щодня протягом досить тривалого часу на основі явища пластики мозку. У ранньому віці розвитку здатність мозку компенсувати втрачені функції є найбільшою, і тому (науково доведеним) фактом, кількість та частота втручань (процедур) відповідної якості також повинна бути адекватно найбільшою. Тому щоденно, з досить тривалим впливом, на багато років потрібно планувати послуги реабілітації широкого спектру, що покращують низку порушених функцій дитини, щоб поліпшити або принаймні зупинити процес погіршення функцій у дитини, і таким чином покращити якість його життя та життя сім'ї, яка виховує цю дитину.

Не існує медичного обґрунтування обмеження інтенсивності та тривалості цієї реабілітації.

Тривалість реабілітації у дітей з серйозними дисфункціями, спричиненими пошкодженням центральної нервової системи, часто продовжується до дорослого віку, щоб не погіршити досягнутий рівень функціонування.

13. Методи оцінки ефективності реабілітації у відділенні денної терапії через оцінювання

На основі аналізу результатів вищезазначених оцінок та вимірюваних тестів проводиться систематична перевірка ефективності проведеної реабілітації. Глобальна оцінка прогресу вдосконалення проводиться працівниками Центру (лікар, фізіотерапевт, педагог, психолог, логопед) двічі на рік на основі описових оцінок, спостережень, вимірюваних тестів та аналізу рівня досягнення короткотривалих та довготривалих цілей. Позитивні результати тестів та оцінок дають уявлення про прогрес розвитку дитини та ефективність реабілітації, вони є основою для розробки нових настанов та цілей вдосконалення. З іншого боку, твердження про неможливість

досягнення передбачуваних цілей або погіршення результатів вимірюваних тестів є сигналом для повторного аналізу та перевірки програми вдосконалення. На додаток до глобальної оцінки, яка проводиться кожні 6 місяців, постійно проводяться спостереження за рівнем функціонування у кожній сфері розвитку дитини і на цій основі щодня та щотижня, а також індивідуальні та групові програми інтегрованої реабілітації модифікуються.

Усі методи та оцінювання / тести, що використовуються в Центрі, узгоджуються з сучасними знаннями та підходами, заснованими на Міжнародній класифікації інвалідності (МКФ ДП).

розвиток

Марія Кроль

Консультації

Олександр Длугопольський

Наталія Турецька