

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І
СПОРТУ УКРАЇНИ
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра
за спеціальністю: 227 – Фізична терапія, ерготерапія
освітньою програмою: «Ерготерапія»

на тему: **«РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА У ПІДГОТОВЦІ ДІТЕЙ
ПЕРІОДУ РАННЬОГО ТА ПЕРШОГО ДИТИНСТВА ДО ДИТЯЧОГО
САДКА»**

Здобувач вищої освіти
другого (магістерського) рівня
Калінічук Оксана Володимирівна

Науковий керівник: Виноградова М.С.
Рецензент: Андрєєва О.В.
Д. фіз.вих., професор

Рекомендовано до захисту
на засіданні кафедри
(протокол №18 від 04.04 від 2024 р.)
Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.
д. фіз. вих., професор

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ДІТЕЙ ДО ІНКЛЮЗИВНОГО ДИТЯЧОГО САДКА В СВІТІ ТА В УКРАЇНІ.....	7
1.1 Актуальний стан інклюзивної освіти в світі	7
1.2 Інклюзивна освіта в Україні.....	15
1.3 Світовий та вітчизняний погляд на роль ерготерапевта в процесі інклюзивної освіти.....	22
Висновки до розділу 1	27
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	29
2.1 Методи дослідження.....	29
2.1.1 Аналіз фахової літератури	29
2.1.2 Модель РЕО.....	30
2.1.3 Нестандартизовані методи дослідження	31
2.1.4 Анкета оцінки готовності дитини до навчання в інклюзивному дитячому садку.....	32
2.1.5 Метод обробки даних	34
2.2 Організація дослідження.....	35
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	36
3.1 Аналіз результатів початкового оцінювання	36
3.2 Алгоритм застосування заходів ерготерапії а в рамках підготовки дітей до інклюзивного дитячого садка	42
3.3 Ефективність розробленого алгоритму та обговорення результатів	55
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	65

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- КГ – контрольна група
- МКФ – міжнародна класифікація функціонування
- МКФ-ДП – міжнародна класифікація функціонування дітей та підлітків
- ОГ – основна група
- ООП – особливі освітні потреби
- ППР – порушення інтелектуального розвитку
- РАС – розлади аутистичного спектра
- ЮНІСЕФ – United Nations Children's Fund
- ADL – активність повсякденного життя (activity daily living)
- COAST - Client, Occupation, Assistance level, Specific condition, Timeline
- IADL – інструментальна активність повсякденного життя
- PedsQL (Pediatric Quality of Life) – педіатричний опитувальник по якості життя
- PEO model – модель Особа-Середовище-Заняття (person – environment – occupation model)
- WFOT – Всесвітня федерація ерготерапевтів

ВСТУП

Актуальність теми. Інклюзивна освіта представляє собою систему організації навчального процесу, де кожна дитина має змогу здобувати освіту на рівних умовах, незалежно від їхніх фізичних, розумових, інтелектуальних, культурних, етнічних чи мовних відмінностей, чи будь-яких інших унікальних характеристик. [1]

ЮНЕСКО характеризує інклюзивне навчання як процедуру, спрямовану на ідентифікацію та вирішення різних освітніх потреб студентів, забезпечуючи їх активну участь у освітньому процесі, культурних заходах та житті спільноти. [2]

Відповідно до даних ЮНІСЕФ, майже 240 мільйонів дітей у світі сьогодні мають ті чи інші форми інвалідності. Ця оцінка є вищою за попередні цифри та базується на більш змістовному та всеохоплюючому розумінні інвалідності, яке враховує кілька сфер функціонування, у тому числі пов'язаних із психосоціальним благополуччям. [3]

Інклюзивне навчання стрімко розвивається в різних країнах світу вже понад 30-40 років. [2] Статистичні дані в Україні станом на 1 грудня 2023 року, фіксують наступне: у дошкільних навчальних закладах функціонує 6158 інклюзивних груп, які відвідують 11285 дітей з ООП. У системі загальної середньої освіти працює 29321 інклюзивний клас, де навчається 40354 учнів з ООП. Також відмічено 807 спеціалізованих класів для таких учнів у загальноосвітніх школах, в яких здобувають освіту 7044 дітей. [4]

Ерготерапевти використовують значущі заняття, щоб допомогти дітям та молоді брати участь у тому, що вони потребують та/або бажають робити, з метою сприяння фізичному та психічному здоров'ю та добробуту. Вони відіграють важливу роль у процесі інклюзивного навчання дітей та молоді з інвалідністю, інтегруючи послуги на різних рівнях – на рівні особи, середовища або громади. [5]

Зважаючи на відсоток існуючих інклюзивних закладів освіти та зростаючу кількість дітей, які її потребують, тема дослідження є актуальною.

Об'єкт дослідження – процес ерготерапії в рамках підготовки дітей до інклюзивного навчання.

Предмет дослідження – структура алгоритму ерготерапевтичних втручань, направлених на підготовку дітей раннього та першого дитинства до інклюзивного дитячого садка.

Мета дослідження – розробити алгоритм ерготерапевтичних втручань, направлено на підготовку дітей раннього та першого дитинства до інклюзивного дитячого садка та теоретично його обґрунтувати.

Завдання дослідження:

1. Здійснити аналіз, впорядкування та синтез існуючих наукових та методичних світових та вітчизняних джерел з питань застосування ерготерапії дітей раннього та першого дитинства як елементу підготовки до інклюзивного освітнього процесу;

2. Визначити методологію дослідження та створити алгоритм ерготерапевтичних втручань, які будуть націлені на ефективну адаптацію дітей раннього та першого дитинства до умов інклюзивного дошкільного навчання;

3. Провести оцінку ефективності розробленого алгоритму ерготерапевтичних втручань щодо їх впливу на процес підготовки дітей відповідного віку до відвідування інклюзивного дитячого садка.

Теоретична значущість дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та формуванні сучасного алгоритму ерготерапевтичних втручань, який буде заснований на науково-доказовій практиці. Дослідження передбачає аналіз існуючих джерел та міжнародних стандартів з питання підготовки дітей підготовки дітей періоду раннього та першого дитинства до інклюзивного дитячого садка.

Практична значущість полягає у формуванні та рекомендації до застосування розробленого алгоритму втручань у практичній діяльності ерготерапевтів в процесі роботи з дітьми періоду раннього та першого дитинства в рамках їх підготовки до інклюзивного навчального закладу. Алгоритм формування необхідних навичок може бути основою для формування індивідуальних планів реабілітації. Застосування запропонованих втручань в освітніх або медичних установах зможе підвищити ефективність процесу підготовки дітей періоду раннього та першого дитинства до інклюзивного дитячого садка та якість життя дітей та їх сімей.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА РОЛЬ ЕРГОТЕРАПЕВТА В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ДІТЕЙ ДО ІНКЛЮЗИВНОГО ДИТЯЧОГО САДКА В СВІТІ ТА В УКРАЇНІ

1.1 Актуальний стан інклюзивної освіти в світі

За даними United Nations Children's Fund (ЮНІСЕФ) по всьому світу налічують 240 мільйонів дітей, які живуть з різними формами інвалідності. Ці діти, як і їхні однолітки без інвалідності, прагнуть досягти успіху у майбутньому та мають власні мрії та цілі. Важливим кроком на шляху до реалізації цих прагнень є отримання якісної освіти, яка б допомогла розвинути їх здібності до максимуму. [3, 6]

Проте, у процесі формування політичних рішень діти з інвалідністю нерідко залишаються осторонь, що призводить до обмеження їх доступу до освітніх можливостей та участі в житті суспільства, економіки та політики. Ці діти мають одні з найвищих ризиків бути відірваними від шкільної освіти на міжнародному рівні. Вони зіштовхуються зі стабільними перешкодами для освіти, що виникають через дискримінацію, стигматизацію та систематичне ігнорування потреб людей з інвалідністю у наданні шкільних послуг. [6]

Інклюзивна освіта (Рис. 1.1) - це підхід, згідно з яким усі учні, незалежно від будь-яких труднощів, з якими вони можуть стикатися, розміщуються в класах загальної освіти, відповідних віку, які знаходяться у закладах освіти за адресою перебування. Там вони отримують високоякісне навчання, втручання та підтримку, які допомагають їм досягати успіху в контексті загальної навчальної програми. [7]

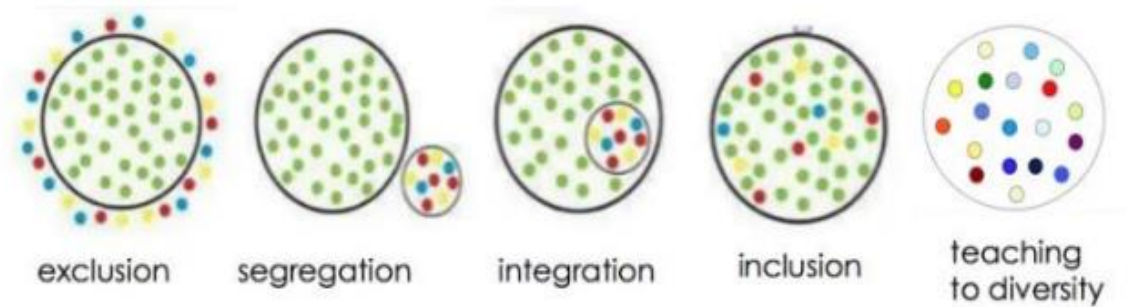


Рисунок 1.1 – Наочна демонстрація концепції інклюзії

Інклюзивна освіта вважається найкращим методом для забезпечення всіх дітей однаковими можливостями отримати освіту, розвинути потрібні навички та досягти успіхів.

Відповідно до загальноприйнятого розуміння інклюзивної освіти, що відповідає міжнародним нормам, до дітей з особливими освітніми потребами належать особи до 18 років, які потребують додаткової підтримки у навчальному процесі. Ця група включає:

- дітей з психічними та фізичними розладами;
- дітей з інвалідністю;
- дітей-біженців;
- дітей, що перебувають у важких життєвих обставинах, в тому числі мігрантів, представників меншин – релігійних та національних;
- дітей із серйозними фінансовими труднощами;
- бездомних дітей;
- сиріт;
- а також дітей, інфікованих ВІЛ/СНІДом. [7]

Цей підхід до освіти означає спільне навчання для всіх дітей — у однакових класах та школах. Він відкриває двері до знань для груп, які раніше були ізольовані, включаючи не лише дітей з інвалідністю, але й дітей, які використовують мови національних меншин.

Такі інклюзивні системи освіти цінують унікальний досвід і знання, які учні з різноманітних культурних та соціальних середовищ привносять у

навчальний процес, дозволяючи учням різних груп розвиватись разом, на користь всіх учасників освітнього процесу. [6]

Успішна інклюзивна освіта заснована насамперед на прийнятті, розумінні та врахуванні різноманітності учнів, що може включати фізичні, когнітивні, академічні, соціальні та емоційні аспекти.

Основним принципом є створення умов, при яких усі учні почуваються прийнятими, належним чином заохоченими та підтриманими у своїх зусиллях. Також критично важливо підтримувати і дорослих. Це включає вчителів загальної та спеціальної освіти, а також весь інший персонал, які є ключовими зацікавленими сторонами — і це також стосується батьків.

Інклюзивна освіта виходить з соціальної моделі сприйняття інвалідності, яка контрастує з медичною моделлю. Вона вважає, що інвалідність є соціальною проблемою, а не індивідуальною характеристикою особи. Такий підхід підкреслює, що труднощі, з якими стикаються люди з особливими освітніми потребами (ООП), більшою мірою викликані неадаптованістю середовища, в якому вони навчаються, зокрема, ставленням суспільства до них. [8]

Термін "діти з ООП" включає в себе широке коло учнів, освітні вимоги яких перевищують звичайні вимоги. Це визначення застосовується як до дітей, що потребують спеціального підходу у навчанні, так і до обдарованих учнів, а також до дітей з соціально незахищених груп, включаючи, наприклад, дітей із дитячих будинків. Вживання загальноприйнятого терміна "діти з ООП" акцентує увагу на важливості забезпечення додаткової підтримки та умов для ефективного навчання та розвитку дітей, що зіштовхуються з певними освітніми викликами. [9] Французький учений Ж. Лефрансуа, визначає "Особливі потреби" як термін, що застосовується до осіб, чії соціальні, фізичні або емоційні особливості вимагають додаткової уваги та спеціалізованих послуг для того, щоб вони могли реалізувати свій потенціал. [10]

Найбільш визнане і стандартне визначення "особливих освітніх потреб", яке особливо поширене в Європейському Союзі, міститься у Міжнародній класифікації стандартів освіти. Згідно з нею, спеціальні освітні потреби визначаються як такі, для задоволення яких необхідні додаткові ресурси. До цих додаткових ресурсів відносяться персонал, навчальні матеріали та фінансування специфічних послуг. [11]

Інклюзивна освіта спирається на принципи відсутності будь-яких форм дискримінації щодо дітей, гарантують рівні можливості для кожної особи та формують спеціальні умови для задоволення потреб дітей з ООП. [12]

Право на освіту "без виключення", що є основою інклюзивної освіти, відповідає фундаментальним потребам громадян у отриманні знань, вмінь та навичок. Це впливає з обов'язку держави забезпечити неперервний та якісний освітній процес для дітей та молоді без огляду на їхні фізичні чи інтелектуальні порушення. [13]

З 1970-х років у провідних країнах Західної Європи відбулась трансформація у сфері спеціальної освіти. Інклюзивна освіта для дітей з ООП почала вважатися основною формою навчання для цієї категорії учнів. [11, 14-16]

До завершення 20-го століття принцип інтегрованого навчання був втілений у практику багатьох країн, включаючи США, Великобританію, Швецію, Німеччину, Італію та країни Скандинавії. Цей принцип передбачав забезпечення дітям з ООП можливостей для навчання в загальноосвітніх школах разом із дітьми, що не мають подібних проблем. [15-16]

Інклюзивне навчання дітей з ООП є світовою практикою, яка розвивається вже понад 30-40 років, стаючи загальноприйнятою тенденцією у багатьох країнах. Серед країн з високорозвинутим законодавством у цій сфері варто виділити Канаду, Кіпр, Данію, Південну Африку, Іспанію, Бельгію, Швецію, Великобританію та США. Зокрема, Італія є одним із піонерів у цій області, підтримуючи інклюзивну освіту з 1971 року з

акцентом на соціалізацію дітей з ООП, що сприяє їхньому визнанню як повноправних членів суспільства. [2, 10]

Італія

У 1977 році в Італії були внесені зміни до Закону про освіту, які стали важливим кроком у розвитку інклюзивної освіти. Згідно з цими змінами, діти з ООП мали право навчатися у загальноосвітніх школах, що розташовані поблизу їхніх домівок, у класах разом з однолітками. Встановлено, що кількість учнів у такому класі не має перевищувати 20 осіб, при цьому максимальна кількість дітей з ООП у класі — двоє. Закон також передбачав ліквідацію спеціальних класів у державних школах і забезпечення студентів з ООП кваліфікованою підтримкою вчителів та спеціалістів, які працюють з ними за спеціально розробленими програмами. Спеціальні вчителі мали залучатися до проведення спільних занять з іншими викладачами. [17-19]

Оновлення Закону про освіту у 1992 році ще більше підтримало ці ініціативи, визначивши серед пріоритетів співпрацю шкіл з різними установами для забезпечення комплексної підтримки учнів з ООП. Також наголошувалося на важливості залучення батьків до освітнього процесу їхніх дітей. [20]

Ці кроки відображають зростаюче усвідомлення важливості інклюзивної освіти та потреби в адаптації навчальних програм і середовищ для задоволення різноманітних потреб усіх учнів. Вони також підкреслюють значення міжсекторальної взаємодії та співпраці між викладачами, спеціалістами та родинами для досягнення успішної інклюзії. [18, 20-21]

США

Історія законодавства, що стосується осіб з інвалідністю в США, підкреслює поступовий, але значний перехід до інклюзивної освіти. Спочатку, у 1798 році, законодавство передбачало створення морського госпіталю для обслуговування моряків з інвалідністю. Ця політика з часом призвела до створення Служби громадського здоров'я у Сполучених Штатах.

[22] Закон, переважно, був спрямований на допомогу ветеранам війни і зосереджувався головним чином на інвалідності, пов'язаній зі службою особи у збройних силах. [23] У 1920-х роках, коли по всій країні розпочалося надання безкоштовної обов'язкової публічної освіти, закон про загальну відвідуваність не застосовувався до учнів з інвалідністю. Учням з інвалідністю часто відмовляли у можливості отримати їх основне право на безкоштовну публічну освіту. Тільки учні з проблемами у навчанні або поведінці, незначною інвалідністю або незначними фізичними порушеннями, чий потреби не вважалися надзвичайними, навчалися разом з іншими учнями у державних школах. Діти з помірною інвалідністю навчалися у окремих інтернатних школах, приватних установах або вдома. Багато дітей зі значними інтелектуальними або фізичними порушеннями взагалі не відвідували школу. [24]

Протягом першої половини 20-го століття багато штатів прийняли закони, які забороняли учням з інвалідністю відвідувати державні школи. [25] Доступ до освіти в державній школі США міг бути, і часто був, обмежений, якщо шкільний округ заявляв, що не здатен адаптувати учня з ООП. Ця традиція виключення зазвичай підтримувалася в судах. [26]

Концепція інклюзії була вперше запропонована в 1986 році Мадлен Вілл, тодішнім помічником секретаря з питань спеціальної освіти та реабілітаційних послуг при Міністерстві освіти США. [27-29]

Згідно зі статистикою 2007 року, у середній американській школі з тисячею учнів приблизно 114 учнів будуть ідентифіковані як особи з інвалідністю. Приблизно 106 з цих учнів матимуть легку до помірної інвалідність, тоді як близько 8 матимуть значну інвалідність. Це показує, що дуже ймовірно, що в кожному класі в США буде один або більше учнів з інвалідністю. [30]

Статистичні дані станом на 2020 рік говорять про значне зростання рівня інклюзії в США. Загальний відсоток інклюзії становив 64% у 2010 році, 71% у 2015 році та 76% у 2020 році. [31]

Оптимальна організація навчально-виховного процесу в сфері дошкільної освіти США базується на дотриманні ключових принципів, які лежать в основі формування змісту освітньої програми, вибору освітніх форм і методик роботи з дітьми дошкільного віку. Важливо відзначити, що в американській системі дошкільної освіти не існує строго визначеної та однозначної системи принципів. [32]

Серед основних принципів, які американські педагоги вважають фундаментальними для дошкільної освіти, можна виділити наступні:

- Принцип доступності, що гарантує рівний доступ до освітніх послуг для всіх громадян Америки.
- Принцип єдності розвитку, навчання, виховання та оздоровлення дітей, що вказує на інтегрований підхід у дошкільній освіті.
- Принцип наступності, що реалізується через створення освітніх комплексів "дитячий садок - школа - вищий навчальний заклад".
- Принцип єдності виховних впливів сім'ї та дошкільного закладу, що забезпечується через програми типу Head Start та "Жодної дитини поза увагою".
- Принцип демократичності та гуманності у педагогічному процесі.
- Принцип активності та особистісно-орієнтованого підходу, що враховує індивідуальні особливості кожної дитини.
- Принцип відповідності змісту освіти віковим особливостям дітей, забезпечуючи зв'язок навчання із життєвим досвідом та практичним застосуванням здобутих знань.
- Принцип індивідуалізації та диференціації з урахуванням вікових та особистісних відмінностей дітей. [32]

Національний центр освітньої статистики вказує на існування різноманітних програм у дошкільній освіті США, серед яких: програми, спрямовані на розумовий та соціальний розвиток особистості дитини, програми всебічного розвитку, програми для дітей з малозабезпечених сімей, спеціальні освітні програми тощо. Це підкреслює гнучкість та різноманіття підходів у дошкільній освіті, які відповідають потребам різних категорій дітей. [32]

Кіпр

Забезпечення рівного доступу та участі всіх дітей у недискримінаційній та інклюзивній освіті є ключовою метою Міністерства освіти, спорту та молоді на Кіпрі. [33]

Відповідно до чинного законодавства та відповідних нормативів, а також на основі європейських та міжнародних стандартів, Міністерство вживає необхідних заходів для підтримки учнів з інвалідністю або ООП, надаючи їм можливість максимізувати їхній академічний та соціальний розвиток, аби вони могли адаптуватися до шкільного середовища та в суспільстві загалом. Уряд пропонує підтримуючі послуги та освітні програми, які ефективно відповідають на індивідуалізовані потреби учнів на ранньому етапі та застосовує відповідне терапевтичне втручання. [33]

Закони 113(I)/1999 та 69(I)/2001 про освіту та навчання дітей з ООП регулює інклюзивну освіту, яка передбачає наступне:

- налагодження механізмів виявлення дітей з ООП;
- розміщення дітей з ООП в найбільш прийнятному освітньому середовищі, або в звичайній класній кімнаті, в спеціальному підрозділі в звичайній школі, або в державній школі спеціальної освіти;
- розробка індивідуального навчального плану (ІОП) для кожної дитини з ООП;
- забезпечення вчителів та освітніх ресурсів для задоволення потреб дітей;

- наймання координаторів для нагляду за впровадженням спеціальної освітньої програми підтримки, рекомендованої для кожної дитини;
- оцінка дітей з ООП;
- право батьків на оскарження будь-якого рішення комісії спеціальної освіти;
- правова база для діяльності приватних шкіл спеціальної освіти.

[34]

Спеціальна освіта на Кіпрі передбачає наступні основні елементи навчальної програми для учнів:

- навички самообслуговування та незалежності;
- розвиток соціальних та емоційних навичок;
- розвиток рекреаційних навичок;
- навички комунікації;
- академічні навички.

Якщо учні можуть слідувати аспектам загальноосвітньої програми, це буде забезпечено. Якщо учні мають певну інвалідність (наприклад, порушення зору, слуху або рухливості), спеціалізоване навчання та терапевтичні втручання будуть частиною навчальної програми. Переважна філософія полягає в тому, що учні повинні отримувати освіту, відповідну їхнім розвитковим потребам. [35]

1.2 Інклюзивна освіта в Україні

Відповідно до наказу Міністерства Освіти і Науки України від 01.10.2010 № 912 – інклюзивне навчання — це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з ООП шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно орієнтованих методів навчання, з урахуванням

індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей. [36]

5 липня 2017 року Президентом України Петром Порошенком було підписано Закон, що стосується інклюзивної освіти (зміни до українського законодавства «Про освіту» в частині забезпечення доступу для осіб з ООП до освітніх послуг) [37]. Документ гарантує освітні права для осіб з ООП, дозволяючи їм отримувати освіту в усіх типах навчальних закладів, включаючи безоплатну освіту в державних та місцевих закладах. Закон також відкриває шлях для дистанційної та індивідуалізованої форм навчання, вводить визначення «особа з особливими освітніми потребами» як особи, що потребує додаткової підтримки у навчанні, та «інклюзивна освіта». Людям з ООП забезпечується доступ до психолого-педагогічної та корекційно-розвивальної підтримки, а також створення інклюзивних та спеціальних груп чи класів у загальноосвітніх навчальних закладах.

Інклюзивна освіта в Україні визначається як системний підхід до навчання та розвитку кожної дитини в загальноосвітньому середовищі, незалежно від наявності фізичних, інтелектуальних, соціальних, емоційних чи інших порушень. Закон "Про дошкільну освіту" підкреслює необхідність адаптації освітнього процесу до потреб кожної дитини, створення безбар'єрного та підтримуючого середовища, що сприяє розвитку та самореалізації учнів з ООП. [38]

Основою інклюзивної освіти є принципи рівності, поваги до різноманітності та індивідуального підходу. Це передбачає адаптацію навчальних програм, методик та матеріалів для врахування унікальних потреб та можливостей кожної дитини, забезпечення доступності фізичного середовища, а також розвиток компетенцій вчителів у сфері інклюзивної освіти. [39]

Впровадження інклюзивної освіти стикається з рядом викликів, серед яких - необхідність забезпечення достатніх ресурсів, підготовка

кваліфікованих фахівців, а також розробка та адаптація освітніх програм та матеріалів. Важливим аспектом є також зміна ставлення суспільства до осіб з ООП, розвиток толерантності та включення. [40]

Перспективи розвитку інклюзивної освіти в Україні тісно пов'язані з інтеграцією міжнародного досвіду, використанням інноваційних технологій та методик навчання, які сприяють активізації та мотивації учнів, а також забезпеченням системної підтримки з боку держави. Значну роль відіграють ініціативи громадськості та неприбуткових організацій, спрямовані на підвищення обізнаності та підтримку інклюзивної освіти. [41]

Український досвід інклюзивної освіти свідчить про важливість комплексного підходу, який включає адаптацію освітнього середовища, розвитку професійних компетенцій педагогів та створення умов для ефективної участі батьків у освітньому процесі. Важливою є підтримка індивідуальних освітніх траєкторій, яка дозволяє кожній дитині розвиватися власним темпом, відповідно до своїх здібностей та інтересів. [40-41]

Забезпечення інклюзивної освіти є невід'ємною частиною зобов'язань України перед міжнародною спільнотою згідно з Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю. Це вимагає систематичних зусиль усіх сторін освітнього процесу, включаючи державні структури, освітні заклади, вчителів, батьків та учнів, а також ширше впровадження найкращих практик та інноваційних підходів в освіті. [42]

Розвиток інклюзивної освіти в Україні вимагає не лише законодавчих змін, але й зміни суспільних настановлень, розуміння важливості доступності та якості освіти для кожної дитини. Це покликане сприяти створенню справедливого та ефективного освітнього середовища, де кожна дитина може реалізувати свій потенціал, незалежно від особистих обмежень.

Ключовим документом, який лежить в основі розвитку інклюзивної освіти в Україні, є концепція "Нової української школи", схвалена Національною радою реформ. За висловлюванням міністра освіти Лілії

Гриневич, концепція має на меті реформування освітньої системи до 2029 року. [43]

В рамках "Нової української школи" кожен вчитель матиме змогу працювати з учнями з ООП. До плану дій на період 2017-2029 років, спрямованих на реалізацію реформи "Нової української школи", включено завдання щодо "розробки та впровадження обов'язкового курсу для всіх учителів про особливості викладання учнів з особливими освітніми потребами в контексті інклюзивної освіти". [43]

Закон України "Про дошкільну освіту" визначає правові, організаційні та фінансові засади функціонування та розвитку системи дошкільної освіти, акцентуючи увагу на забезпеченні прав кожної дитини на дошкільну освіту. Однією з ключових ініціатив є впровадження інклюзивної освіти, що спрямована на інтеграцію дітей з особливими освітніми потребами у загальноосвітній простір. [38]

Одним з важливих аспектів реалізації інклюзивної освіти є визначення рівнів підтримки, які забезпечуються за рекомендаціями інклюзивно-ресурсного центру та на основі письмової заяви батьків або осіб, які їх замінюють. Заклад дошкільної освіти забезпечує доступ до освітнього процесу асистента для дитини з особливими освітніми потребами, який проходить медичний огляд відповідно до вимог законодавства. [38]

Рівні підтримки в інклюзивному навчанні варіюються від забезпечення необхідних адаптацій у навчальному процесі та фізичному середовищі до залучення спеціалізованих фахівців, таких як асистенти дитини, логопеди, психологи, які сприяють адаптації та ефективній участі дитини у загальноосвітньому процесі. [38]

Ця ініціатива відображає комплексний підхід до задоволення індивідуальних освітніх потреб дітей, спрямований на створення умов для реалізації їхнього потенціалу на рівних засадах з іншими учасниками освітнього процесу. Важливим елементом є міжсекторальна взаємодія, що

включає співпрацю освітніх інституцій, медичних установ та соціальних служб з метою створення інклюзивного освітнього середовища. [38]

Впровадження інклюзивної освіти на рівні дошкільних закладів є ключовим кроком до формування толерантного та відкритого суспільства, в якому кожна дитина відчуває себе цінною та здатною до навчання та розвитку. Це вимагає від держави, освітніх закладів, спеціалістів та сімей злагоджених зусиль та відданості справі забезпечення якісної та доступної освіти для всіх дітей, незалежно від їхніх особливих потреб. [38]

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 вересня 2021 року № 957 "Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти" визначено систему рівнів підтримки, яка враховує індивідуальні освітні потреби учнів. Ці рівні підтримки є фундаментальними для забезпечення доступності та ефективності навчання для всіх учнів, зокрема для тих, хто має ООП. [44]

Поділ на рівні відбувається за наступними ознаками:

- Умови забезпечення підтримки
- Фінансове забезпечення
- Механізм отримання підтримки в освітньому процесі
- Індивідуальна освітня траєкторія, механізм її реалізації
- Забезпечення допоміжними засобами для навчання
- Облаштування освітнього середовища
- Проведення поточного, семестрового та річного оцінювання та/або державної підсумкової атестації. [45]

Таблиця 1.1 – характеристика рівнів підтримки в системі інклюзивної освіти

Перший рівень підтримки	Надається на основі індивідуальної оцінки потреб учня. Цей рівень включає надання консультацій, регулярні наради-консультації педагогічних
-------------------------	--

Продовження таблиці 1.1

	працівників, а також вибіркове оцінювання методів навчання. Така підтримка спрямована на подолання невеликих бар'єрів у навчанні та адаптацію освітнього середовища без необхідності значного додаткового фінансування.
Другий рівень підтримки	Передбачає більш спеціалізовані заходи, такі як створення інклюзивного класу, розроблення та виконання індивідуальної програми розвитку учня. Цей рівень також вимагає розроблення індивідуального навчального плану, який адаптує зміст навчання та методики до специфічних потреб учня. Надання такої підтримки може потребувати залучення додаткових ресурсів, включно з фінансуванням на закупівлю спеціального обладнання або засобів для навчання.
Третій рівень	Передбачає створення інклюзивного класу та розробку індивідуальної програми розвитку для учнів з помірними труднощами. Фінансування та підтримка надається з урахуванням специфічних потреб учня, зокрема через адаптацію навчального середовища та змісту навчання
Четвертий рівень	Визначає учнів з тяжкими порушеннями. На цьому рівні, крім створення інклюзивного класу, потребується більш інтенсивна

Продовження таблиці 1.1

	підтримка, включаючи індивідуалізацію навчального процесу, особливу увагу до адаптації освітнього середовища та забезпечення необхідними засобами для навчання.
П'ятий рівень	Орієнтований на учнів з найтяжчими порушеннями. Вимагає комплексного підходу до навчання, включаючи забезпечення індивідуальної підтримки, спеціальних методів та технологій навчання, а також залучення широкого спектру фахівців для забезпечення якісної освіти.

Кожен рівень підтримки в інклюзивному навчанні спрямований на забезпечення потреб учнів з особливими освітніми потребами, враховуючи індивідуальні особливості та необхідність адаптації навчального процесу та середовища. [44]

Ця система рівнів підтримки є ключовим компонентом інклюзивної освіти в Україні, спрямована на виконання основного принципу забезпечення рівних можливостей для отримання якісної освіти для всіх дітей, незалежно від їхніх фізичних, інтелектуальних чи соціальних порушень. [44]

Щодо дошкільної інклюзивної освіти, з точки зору українського законодавства, маємо наступну інформацію:

- у всіх типах закладів дошкільної освіти при реалізації права дітей на дошкільну освіту враховуються особливі освітні потреби у навчанні і вихованні кожної дитини, у тому числі дітей з особливими освітніми потребами відповідно до принципів інклюзивної освіти.

– наповнюваність інклюзивних груп у закладах дошкільної освіти становить - не більше трьох дітей з особливими освітніми потребами. [37]

Аналіз практики за кордоном і вже втіленої на вітчизняному рівні показує, що інклюзивна освіта сприяє підвищенню навчальних показників у дітей з розвитковими порушеннями. Це стосується, зокрема, випадків порушення психічного розвитку, деяких мовленнєвих порушень, зниження слуху чи зору, нескладних порушень опорно-рухової системи, а також порушень емоційно-вольової сфери. При наявності збереженого інтелекту, здатності до самообслуговування, адекватної взаємодії з однолітками та підтримки з боку сім'ї, діти з такими особливостями, при належному психолого-педагогічному супроводі, успішно асимілюють соціальний досвід у колі здорових однолітків. Слід зауважити, що суспільні норми з часом еволюціонують, і те, що раніше вважалось неприпустимим або неможливим, стає звичним або навіть нормативним. Наприклад, досвід Сполучених Штатів Америки, зокрема штату Міннесота, показує, що навіть діти зі складними порушеннями можуть навчатися в загальноосвітніх школах разом з однолітками. Хоча вони і не проводять там весь день і потребують підтримки команди спеціалістів в максимально адаптованому середовищі, інклюзія залишається процесом, що постійно розвивається.

1.3 Світовий та вітчизняний погляд на роль ерготерапевта в процесі інклюзивної освіти

Ерготерапія – це клієнтоцентрична професія у сфері охорони здоров'я, освіти та сфери соціальних послуг, яка допомагає людям усіх вікових категорій, які внаслідок фізичних, розумових, сенсорних, психоемоційних або соціальних проблем не можуть брати повноцінну участь у повсякденному житті. Основною метою ерготерапії є уможливлення залучення людини до виконання повсякденних занять, досягнути

максимально можливого рівня її незалежності та покращити якість її життя шляхом розвитку, відновлення або підтримки функціональних навичок, модифікації заняттєвої активності людини або адаптації її середовища. [45-46]

Ерготерапія не лише відіграє ключову роль у покращенні фізичної активності особи, але також спрямована на її адаптацію до повсякденного життя, сприяючи досягненню високого рівня самостійності в домашніх умовах і підвищенню соціальної адаптованості. [47]

Ерготерапевт – це спеціаліст, який допомагає пацієнтам відновлювати їхню звичайну активність та збільшувати самостійність у її виконанні. Вони зосереджуються не тільки на розвитку професійних та особистісних навичок, але й на захопленнях, освіті та інших сферах, що мають значення для пацієнта, проводячи оцінку їх можливостей, обмежень і впливу різних факторів на якість життя. [47-48]

Незалежно від причини фізичних, неврологічних, психологічних або інших викликів, з якими стикається дитина, ерготерапевт пропонує стратегії для досягнення максимальної незалежності. У педіатричній практиці ерготерапевти займаються різноманітними аспектами розвитку дитини, включаючи:

- розвиток рухових та сенсорних навичок, необхідних для оптимального та соціалізації дитини;
- покращення якості рухів верхньої кінцівки;
- академічні навички
- когнітивні функції (увага, імпульсивність, координація);
- активності повсякденного життя (ADL) та інструментальні активності повсякденного життя (IADL) (самообслуговування, такі як одягання, особиста гігієна, приготування їжі, догляд за домашніми тваринами);
- розвиток мислення, комунікативних навичок та соціалізації. [49]

Станом на 2024 рік, в Україні ерготерапевти можуть бути працевлаштовані виключно у закладах охорони здоров'я, тому діяльність в рамках інклюзивної освіти буде здійснюватись в клінічних або домашніх умовах. Це обмежує їхню безпосередню участь у навчальному процесі в освітніх закладах.

Світовий досвід показує, що ерготерапевти зазвичай працюють на індивідуальному рівні, надаючи послуги окремим особам. Втім, вони також мають можливість працевлаштування в освітніх установах, де їхня роль може бути ширшою та охоплювати більше напрямків діяльності. В інших країнах ерготерапевти активно включені в освітній процес, де вони співпрацюють з вчителями, батьками та іншими спеціалістами для забезпечення інклюзивного навчання та адаптації навчального середовища до потреб учнів з особливими освітніми потребами. Їхня робота в освітніх закладах може включати адаптацію навчального матеріалу, розробку індивідуальних програм розвитку, оцінку навчального середовища для забезпечення доступності та безпеки, а також надання консультацій та підтримки вчителям і батькам.

Таким чином, інтеграція ерготерапії в освітні процеси є важливим кроком до створення більш інклюзивного та доступного навчального середовища, яке враховує потреби всіх учнів.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 15 вересня 2021 року № 957 "Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти". Залучення ерготерапевта, а також інших спеціалістів, таких як психологи та поведінкові терапевти, відбувається відповідно до визначених потреб учня. Саме ерготерапевт у Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти з'являється тільки на третьому рівні підтримки. [44]

Тобто, українські ерготерапевти в рамках інклюзивного навчання працюють в клінічних або домашніх умовах з дітьми, які мають заключення

інклюзивно-ресурсного центру щодо відповідності третьому рівню підтримки.

На сьогоднішній момент для ерготерапевтів в Україні немає професійного стандарту та сфери практичної діяльності. Світовий досвід говорить про наступні обов'язки та функції ерготерапевта або асистента ерготерапевта у шкільному середовищі:

1. Оцінка за допомогою стандартизованих, так і нестандартизованих тестів.
2. Підтримка розвитку сенсорно-інтегративних, нервово-м'язових чи рухових компонентів активності
3. Розвиток емоційних, мотиваційних, когнітивних або психосоціальних елементів;
4. Формування та вдосконалення ADL та IADL;
5. Покращення навичок харчування;
6. Формування та розвиток гри та навичок необхідних для дозвілля та гри
7. Академічні навички
8. Збільшення функціональності та сприяння участі за допомогою терапевтичних вправ, з акцентом на фізичні аспекти
9. Підбір, вироблення та навчання користуванню асистивними технологіями
10. Адаптація навчального або робочого середовища або середовища проживання, базуючись на принципах ергономіки. [50-52]

Роль ерготерапевта в інклюзивній освіті не обмежується лише наданням безпосередньої підтримки учням, але також включає консультування вчителів, батьків та інших учасників освітнього процесу щодо створення оптимального навчального середовища, яке сприяє реалізації потенціалу кожної дитини.

Таким чином, ерготерапевти в інклюзивній освіті відіграють ключову роль у забезпеченні рівного доступу до якісної освіти для усіх учнів, особливо для тих, хто має ООП, через впровадження спеціалізованих підходів та підтримки на основі індивідуальних потреб.

Це підкреслює важливість мультидисциплінарного підходу в інклюзивній освіті, де ерготерапевти працюють спільно з іншими фахівцями та освітнім персоналом для розроблення та впровадження індивідуальних програм розвитку та навчальних планів. Ерготерапевти можуть надавати підтримку у визначенні та адаптації освітнього середовища, розробляти спеціальні засоби та техніки навчання, що враховують фізичні, когнітивні та емоційні потреби учнів, а також сприяти розвитку навичок самообслуговування та соціальної адаптації.

Висновки до розділу 1

Статистика інвалідності серед дітей вимагає особливої уваги та підходів у сфері освіти. Згідно з даними Всесвітньої організації здоров'я, велика кількість дітей у світі живе з різними формами інвалідності. Ці діти стикаються з низкою бар'єрів у доступі до якісної освіти, що підкреслює необхідність інклюзивних практик.

Інклюзивна освіта визнається глобально як фундаментальне право кожної дитини. Вона спрямована на створення такого навчального середовища, де кожен учень, незалежно від своїх особливих потреб, може розвиватися та навчатися разом із іншими. Інклюзія передбачає адаптацію навчальних програм, методик викладання та фізичного середовища, щоб відповідати потребам усіх учнів.

Ерготерапевти грають ключову роль у підтримці інклюзивної освіти, забезпечуючи індивідуальну підтримку дітей з інвалідністю. На основі світового досвіду, ерготерапія допомагає дітям адаптуватися до навчального середовища, працюючи над розвитком необхідних навичок, таких як самообслуговування, вживання їжі, одягання та соціальна взаємодія. Це включає в себе не тільки пряму роботу з дитиною, але й консультування вчителів та батьків, а також адаптацію навчального середовища.

Завдання ерготерапевта тісно пов'язані з вимогами інклюзивної освіти. Робота ерготерапевтів не обмежується клінічними умовами; їхня інтеграція в освітні структури є критично важливою для успішного включення дітей з інвалідністю до загальних навчальних груп або класів. Підтримка ерготерапевта дозволяє дітям досягати більшої незалежності у повсякденному житті та сприяє їх соціалізації та академічному прогресу.

Ерготерапія в інклюзивній освіті відіграє фундаментальну роль у підтримці дітей з інвалідністю, дозволяючи їм повноцінно інтегруватися в навчальний процес. Інклюзивна освіта, підтримана ефективними

інтервенціями ерготерапевтів, сприяє рівному доступу до освіти для всіх дітей, враховуючи їхні індивідуальні потреби та забезпечуючи можливість для кожної дитини досягти свого максимального потенціалу.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

В дослідженні були використані нижчеописані методи дослідження

- Аналіз фахової літератури
- Модель РЕО
- Нестандартизовані методи дослідження
- Анкета оцінки готовності дитини до навчання в інклюзивному

дитячому садку

- Методи математичної обробки даних

Ці методи були використані для виконання завдань, поставлених на початку дослідження та для досягнення мети.

2.1.1 Аналіз фахової літератури

Вивчення наукових робіт зосереджувалося на детальному вивченні обраної теми та аналізі різних підходів до підготовки дітей дошкільного віку до навчання в інклюзивних дитячих садках.

Особлива увага приділялася аналізу та порівнянню наукової інформації щодо методів оцінювання таких дітей з метою їх підготовки до інклюзивного середовища.

На основі детального вивчення зібраних даних була створена концепція алгоритму ерготерапевтичних заходів для дітей раннього та першого дитинства. Дослідження опиралося на аналіз актуальних наукових джерел, головним чином іноземних. Розгляд наукової літератури був інтегрований у кожен етап дослідження.

В процесі дослідження проаналізовано 60 джерел.

2.1.2 Модель РЕО

Модель Person-Environment-Occupation (РЕО) є фундаментальною в теорії та практиці ерготерапії. Вона розроблена для забезпечення глибокого розуміння того, як люди займаються своїми повсякденними діяльностями та як ці діяльності впливають на їхнє здоров'я та благополуччя. Ця модель враховує взаємодію трьох основних компонентів: особи (Person), середовища (Environment), та заняття (Occupation). (Рис. 2.1) [53]

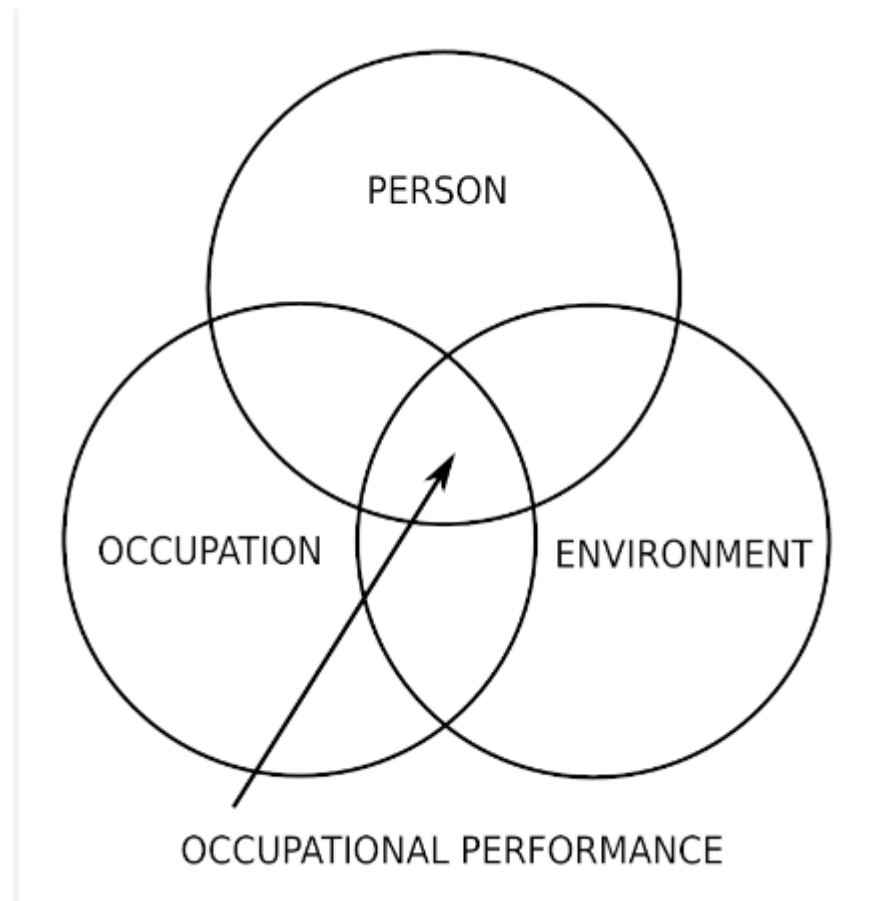


Рисунок 2.1 – Схематична демонстрація РЕО

Особа визначається як унікальний індивід зі своїми фізичними, емоційними, когнітивними та соціальними характеристиками. Вона має свої інтереси, потреби, навички та досвід, що формують її здатність і бажання займатися різними діяльностями.

Середовище (Environment) охоплює фізичні, соціальні та культурні аспекти, які оточують особу і можуть або сприяти, або обмежувати її здатність до занять. Це включає в себе все, від особистого простору і домашнього середовища до ширшого суспільного контексту.

Заняття (Occupation) відноситься до різноманітних діяльностей та завдань, які людина вибирає або повинна виконувати щодня. Це може включати самообслуговування, продуктивну діяльність (наприклад, роботу або навчання) і дозвілля. [53-54]

Модель РЕО підкреслює, що заняттєве виконання визначається взаємодією та відповідністю між особою, її середовищем та заняттям, яке вона виконує. Вона спрямована на оптимізацію цього взаємозв'язку, щоб підвищити рівень задоволеності особи своїм заняттям і покращити якість її життя. [53-54]

2.1.3 Нестандартизовані методи дослідження

Нестандартизовані методи дослідження в ерготерапії – це підходи, які не мають чітко визначеної процедури або критеріїв для оцінки та можуть бути адаптовані до індивідуальних потреб клієнта чи специфіки дослідження. Це методи дослідження, які не мають чітких стандартів проведення і не мають валідації. Ось кілька прикладів таких методів, які ми використали у дослідженні:

Спостереження: спостереження за клієнтами під час виконання різних занять з метою оцінки їх функціональних навичок та виявити можливі проблеми у їх повсякденному житті.

Інтерв'ю: Індивідуальне спілкування з клієнтами або їх опікунами або представниками допомагає зібрати інформацію про їх особисті відчуття, проблеми, інтереси та мотивацію, які можуть не бути відображені у стандартизованих тестах.

Аналіз виконання завдань: Детальний аналіз того, як людина виконує певну активність повсякденного життя дозволяє визначити як конкретні труднощі, так і потенційні способи їх подолання.

Щоденник активності: Клієнти або їх опікуни/представники можуть вести записи щодо виконання певних занять, що дає змогу оцінити їх функціональні навички у реальному житті.

2.1.4 Анкета оцінки готовності дитини до навчання в інклюзивному дитячому садку

На основі стандартизованих тестів, таких як сенсорний профіль, PEDI та інших, ми розробили анкету спеціально для дітей дошкільного віку, щоб оцінити та підготувати їх до навчання в інклюзивних дитячих садках. Ця анкета охоплює широкий спектр аспектів розвитку дитини, включаючи її сенсорні особливості, моторні навички, здатність до самообслуговування, соціальні вміння та емоційний стан. Використання таких детальних інструментів оцінки дозволяє виявити індивідуальні особливості кожної дитини та розробити персоналізовані програми підтримки, які допоможуть їм успішно адаптуватися та розвиватися в інклюзивному освітньому середовищі.

Анкета складається з 6 розділів (Табл.2.1) та має наступну бальну систему:

Для розділів Самообслуговування та Моторних навичок:

- 1 - Не може зробити самостійно;
- 2 - Може зробити зі сторонньою допомогою протягом всього виконання;
- 3 - Може зробити з частковою допомогою;
- 4 - Може зробити з мінімальною допомогою;
- 5 - Може зробити самостійно.

Для інших розділів від 1 до 5, де 5 – відповідає нормі, а 1 – зовсім не відповідає нормі.

Таблиця 2.1 – Анкета оцінки готовності дитини до навчання в інклюзивному дитячому садку

Блок	Пункт	Бал	Макс. бал
Самообслуговування (їжа, одяг, гігієна)	Використання столових приборів		5
	Використання ємностей для пиття		5
	Одягання		5
	Роздягання		5
	Миття рук		5
	Миття обличчя		5
	Використання туалету		5
Моторні Навички	Використання ножиць		5
	Малювання		5
	Письмо		5
	Складання пазлів		5
	Кидання та ловля м'яча		5
Сенсорна Модуляція	Реакція на зорові стимули		5
	Реакція на слухові стимули		5
	Реакція на смакові стимули		5
	Реакція на нюхові стимули		5
	Реакція на тактильні стимули		5
	Реакція на вестибулярні стимули		5
	Реакція на пропріоцептивні стимули		5

Продовження таблиці 2.1

	Реакція на текстури в їжі		5
Соціальні функції	Взаємодія з однолітками		5
	Взаємодія з дорослими		5
	Участь у групових активностях		5
Емоційний Розвиток	Вираження почуттів словами		5
	Реакція на розчарування або стрес		5
Комунікаційні Навички	Розуміння та виконання простих інструкцій		5
	Використання речень для вираження думок і потреб		5
Загальний бал			135

2.1.5 Метод обробки даних

У дослідженні було застосовано метод порівняльного аналізу даних, отриманих за допомогою використаних інструментів дослідження до та після втручання для кожної дитини, що брала участь у дослідженні. Цей підхід дозволив детально вивчити індивідуальний прогрес та вплив запропонованих втручань на розвиток дітей в контексті експерименту. Всі зібрані дані були занесені до таблиць у програмі Excel.

На останньому етапі дослідження, результати були візуалізовані за допомогою графіків, що забезпечило наочність та просту інтерпретацію отриманих даних, дозволяючи побачити ефективність втручань.

2.2 Організація дослідження

Дослідження проводилося на базі центру реабілітації Yasam Adaptive Center. В дослідженні брали участь 4 дітей періоду раннього та першого дитинства, яких об'єднав запит до міждисциплінарної команди – підготовка до інклюзивного дитячого садка.

Дослідження було проведено в 4 етапи протягом 2022-2024 рр.:

На першому етапі (грудень 2022 - березень 2023 р.) було проведено детальний аналіз фахових літературних джерел з питань підготовки дітей до інклюзивного дитячого садка, та ролі ерготерапевта в цьому процесі з точки зору світового та українського досвіду. Також в цей період визначено об'єкт, предмет, мету і завдання дослідження та встановлено терміни проведення досліджень.

На другому етапі (березень 2023 р) проаналізовано, обрано та описано методи дослідження, розроблена анкета оцінки готовності дитини дошкільного віку до навчання в інклюзивному дитячому садку.

На третьому етапі (квітень - грудень 2023 р.) було проведене власне дослідження, в якому взяли участь 4 дитини. Розроблено алгоритм ерготерапевтичних втручань, розроблені індивідуальні плани та отримано результати оцінки дітей до втручань.

Наприкінці третього етапу результати повторного оцінювання дітей порівняно з початковою оцінкою і визначено ефективність запропонованого алгоритму застосування заходів ерготерапії.

На четвертому етапі (січень – лютий 2024 р) сформовано висновки, взято участь у науково-практичній конференції, завершено написання кваліфікаційної роботи.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

3.1 Аналіз результатів початкового оцінювання

На першому етапі дослідження проведено напівструктуроване інтерв'ю з батьками, відповідно до моделі РЕО. Це дозволило зрозуміти їхні потреби, переживання та очікування. Крім того, була заповнена спеціально розроблена анкета, яка допомогла систематизувати отриману інформацію та забезпечити більш повний обсяг даних для подальшого аналізу. Ці кроки стали важливим етапом у розумінні контексту та потреб сімей, і являються основою для подальшого дослідження та розробки програм інтервенції.

Дитина 1 – хлопчик, 4 роки, має розлади аутистичного спектра (РАС) та порушення інтелектуального розвитку (ПР) помірного ступеня. Первинним запитом батьків було – підготовка до інклюзивного дитячого садка та самообслуговування (вживання їжі, гігієна). Під час початкового оцінювання за допомогою розробленої анкети, отримали результати, які наведені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 – Результати початкової оцінки дитини 1

Дитина 1			
Блок	Пункт	Бал	Макс. бал
Самообслуговування (їжа, одяг, гігієна)	Використання столових приборів	0	5
	Використання ємностей для пиття	1	5
	Одягання	0	5
	Роздягання	0	5

Продовження таблиці 3.1

	Миття рук	0	5
	Миття обличчя	0	5
	Використання туалету	0	5
Моторні Навички	Використання ножиць	0	5
	Малювання	0	5
	Письмо	0	5
	Складання пазлів	0	5
	Кидання та ловля м'яча	0	5
Сенсорна Модуляція	Реакція на зорові стимули	4	5
	Реакція на слухові стимули	2	5
	Реакція на смакові стимули	3	5
	Реакція на нюхові стимули	2	5
	Реакція на тактильні стимули	3	5
	Реакція на вестибулярні стимули	3	5
	Реакція на пропріоцептивні стимули	3	5
	Реакція на текстури в їжі	4	5
Соціальні функції	Взаємодія з однолітками	0	5
	Взаємодія з дорослими	0	5
	Участь у групових активностях	0	5
Емоційний Розвиток	Вираження почуттів словами	0	5
	Реакція на розчарування або стрес	2	5
Комунікаційні Навички	Розуміння та виконання простих інструкцій	0	5
	Використання речень для вираження думок і потреб	0	5
Загальний бал		27	135

Дитина 2 – дівчинка, 4 роки з хромосомною аномалією – делеція 10q26. Запит батьків під час першого інтерв'ю стосувався підготовки до садочка та розвитку когнітивних функцій відповідно до віку дитини. Результати анкетування дитини 2 представлено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Результати початкової оцінки дитини 2

Дитина 2			
Блок	Пункт	Бал	Макс. бал
Самообслуговування (їжа, одяг, гігієна)	Використання столових приборів	2	5
	Використання емностей для пиття	3	5
	Одягання	1	5
	Роздягання	2	5
	Миття рук	2	5
	Миття обличчя	2	5
	Використання туалету	2	5
Моторні Навички	Використання ножиць	2	5
	Малювання	2	5
	Письмо	0	5
	Складання пазлів	4	5
	Кидання та ловля м'яча	2	5
Сенсорна Модуляція	Реакція на зорові стимули	4	5
	Реакція на слухові стимули	5	5
	Реакція на смакові стимули	5	5
	Реакція на нюхові стимули	5	5
	Реакція на тактильні стимули	4	5

Продовження таблиці 3.2

	Реакція на вестибулярні стимули	2	5
	Реакція на пропріоцептивні стимули	3	5
	Реакція на текстури в їжі	5	5
Соціальні функції	Взаємодія з однолітками	3	5
	Взаємодія з дорослими	5	5
	Участь у групових активностях	4	5
Емоційний Розвиток	Вираження почуттів словами	0	5
	Реакція на розчарування або стрес	3	5
Комунікаційні Навички	Розуміння та виконання простих інструкцій	4	5
	Використання речень для вираження думок і потреб	0	5
Загальний бал		76	135

Дитина 3 – дівчинка, 5 років, агностична алалія. Запит від батьків – навички комунікації та гри, навички самообслуговування, та підготовка до дитячого садочка, включаючи необхідні навички повсякденного життя та академічні навички. Результати анкетування описані в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Результати анкетування дитини 3

Дитина 3			
Блок	Пункт	Бал	Макс. бал
Самообслуговування (їжа, одяг, гігієна)	Використання столових приборів	4	5
	Використання ємностей для пиття	4	5
	Одягання	3	5

Продовження таблиці 3.3

	Роздягання	3	5
	Миття рук	3	5
	Миття обличчя	3	5
	Використання туалету	4	5
Моторні Навички	Використання ножиць	2	5
	Малювання	2	5
	Письмо	0	5
	Складання пазлів	1	5
	Кидання та ловля м'яча	0	5
Сенсорна Модуляція	Реакція на зорові стимули	4	5
	Реакція на слухові стимули	2	5
	Реакція на смакові стимули	4	5
	Реакція на нюхові стимули	4	5
	Реакція на тактильні стимули	2	5
	Реакція на вестибулярні стимули	2	5
	Реакція на пропріоцептивні стимули	2	5
	Реакція на текстури в їжі	4	5
Соціальні функції	Взаємодія з однолітками	2	5
	Взаємодія з дорослими	3	5
	Участь у групових активностях	1	5
Емоційний Розвиток	Вираження почуттів словами	0	5
	Реакція на розчарування або стрес	2	5
Комунікаційні Навички	Виконання простих інструкцій	0	5
	Використання речень для вираження думок і потреб	0	5
Загальний бал		61	135

Дитина 4 – дівчинка, 5 років, має синдром Рубінштейна-Тейбі. На інтерв'ю з батьками сформувався запит, який стосувався адаптації дитини до дитячого садка, розвитку когнітивних функцій (увага та пам'ять). Результати оцінки за допомогою анкети наведено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 – Результати анкетування дитини 4

Дитина 4			
Блок	Пункт	Бал	Макс. Бал
Самообслуговування (їжа, одяг, гігієна)	Використання столових приборів	3	5
	Використання емностей для пиття	5	5
	Одягання	3	5
	Роздягання	3	5
	Миття рук	3	5
	Миття обличчя	3	5
	Використання туалету	4	5
Моторні Навички	Використання ножиць	0	5
	Малювання	2	5
	Письмо	0	5
	Складання пазлів	3	5
	Кидання та ловля м'яча	3	5
Сенсорна Модуляція	Реакція на зорові стимули	5	5
	Реакція на слухові стимули	5	5
	Реакція на смакові стимули	4	5
	Реакція на нюхові стимули	4	5
	Реакція на тактильні стимули	4	5
	Реакція на вестибулярні стимули	3	5

Продовження таблиці 3.4

	Реакція на пропріоцептивні стимули	3	5
	Реакція на текстури в їжі	5	5
Соціальні функції	Взаємодія з однолітками	3	5
	Взаємодія з дорослими	5	5
	Участь у групових активностях	3	5
Емоційний Розвиток	Вираження почуттів словами	1	5
	Реакція на розчарування або стрес	3	5
Комунікаційні Навички	Розуміння та виконання простих інструкцій	3	5
	Використання речень для вираження думок і потреб	0	5
Загальний бал		83	135

3.2 Алгоритм застосування заходів ерготерапії а в рамках підготовки дітей до інклюзивного дитячого садка

Для кожної дитини алгоритм розроблявся на основі анкети, яка була створена з урахуванням вимог до дитячого садка. На основі отриманих даних був розроблений алгоритм заходів, який ґрунтувався на принципах Міжнародної класифікації функціонування (МКФ). [55]

МКФ є стандартом Всесвітньої організації охорони здоров'я, який служить для опису функцій, функціональних відмінностей та взаємозв'язків між ними у людей. Ця класифікація визначає широкий спектр аспектів здоров'я та інвалідності, не обмежуючись лише медичними показниками, а також враховуючи соціальні та середовищні чинники. [55]

МКФ складається з чотирьох основних компонентів: функції тіла, структури тіла, активності та участь у житті, а також фактори середовища та особисті фактори. Вона дозволяє описувати функціональний стан особи з урахуванням її можливостей, обмежень та умов життя. Ця класифікація є важливим інструментом для розуміння потреб людей з різними видами інвалідності та розробки програм інтеграції та реабілітації, спрямованих на поліпшення їхнього функціонування та якості життя. [55]

Міжнародна класифікація функціонування дітей та підлітків (МКФ-ДП) є важливим інструментом для оцінки та опису функціонального стану дітей та підлітків з різними видами інвалідності або спеціальними потребами. Ця класифікація базується на загальній структурі МКФ, але зосереджується на особливих аспектах дитячого розвитку. [56-57]

МКФ-ДП включає в себе розділи, які враховують не лише фізичні функції тіла та активності, але також соціальні та психологічні аспекти, що є важливими для розвитку дітей та підлітків. Вона допомагає визначити потреби цієї категорії населення, а також визначити ефективні методи реабілітації та підтримки. [56-57]

Завдяки МКФ-ДП можливо більш систематично оцінювати потреби дітей та підлітків з різними видами інвалідності чи спеціальними потребами, а також розробляти індивідуалізовані програми підтримки та розвитку, спрямовані на максимальне досягнення їхнього потенціалу та покращення якості життя. [56-57]

Кожна індивідуальна ціль була сформульована в форматі COAST (Client, Occupation, Assistance level, Specific condition, Timeline), що дозволяло чітко визначити завдання та умови їх досягнення для кожної дитини. Такий підхід забезпечував індивідуалізований підхід до розвитку кожної дитини, враховуючи її унікальні потреби та можливості.

Використання COAST дозволяє чітко визначити цілі та завдання для кожної дитини, а також забезпечує систематичний та індивідуалізований підхід до їх розвитку. Даний формат описаний у таблиці 3.5. [60]

Таблиця 3.5 – COAST формат формування цілей в ерготерапії

Client (Клієнт)	Визначення конкретної особи, яка є учасником процесу. У випадку дитини це може бути ім'я та персональні характеристики.
Occupation (Заняття)	Опис діяльності, яку необхідно виконати або яку має вивчити дитина. Це може бути будь-яка діяльність, від виконання певного завдання до розвитку конкретної навички.
Assistance level (Рівень допомоги)	Визначення, наскільки інтенсивна підтримка або допомога потрібна для досягнення цієї цілі. Це може бути незалежне виконання завдання, сприятливе середовище чи підтримка фахівця або батьків, використання адаптивних технологій.
Specific condition (Конкретні умови)	Уточнення будь-яких специфічних обставин або обмежень, які можуть вплинути на досягнення цієї цілі. Це може бути фізичне порушення, специфічна потреба або контекст середовища.
Timeline (Часові рамки)	Встановлення конкретного терміну або дедлайну для досягнення цієї цілі. Це дозволяє встановити реалістичні терміни та зробити процес більш систематичним.

Основний та загальний алгоритм втручань для всіх чотирьох дітей включав наступні кроки:

- Початкова оцінка
- Визначення індивідуальних цілей

- Планування втручань
- Власне втручання,
- Повторна оцінка

Курс реабілітації для кожної дитини тривав 3 місяці. Заняття з ерготерапевтом тривали 45-60 хв 2 рази на тиждень.

Далі наведено цілі та особливості проведення втручання для кожної дитини відповідно результатів початкового оцінювання.

Дитина 1

Зважаючи на особливості перебігу наявних патологій у Дитини 1, було використано сенсорно інтегративний підхід до формування навичок. Відповідно до результатів анкетування, було зроблено акцент на блок самообслуговування та соціальних функцій, який був більш пріоритетним, ніж, наприклад, вказані в анкеті моторні навички.

Перші 2 заняття були відведені на інтерв'ю з батьками, проведення оцінки та формування цілей. Відповідно психоемоційного стану дитини було вирішено умовно розділити втручання на 3 етапи по 2 цілі за 1 етап.

На першому етапі (1 місяць) були сформовані наступні цілі:

1. Дитина 1 буде знімати футболку з широким горлом в положенні сидячи з тактильними підказками через 3 тижні.
2. Дитина 1 буде вживати кусочки банану/м'якого м'яса адаптованою виделкою з мінімальною допомогою терапевта через 3 тижні.

На другому (другий місяць)

1. Дитина 1 буде вживати змішаний йогурт з бананом адаптованою ложкою з адаптованою тарілкою сидячи в знайомому стільчику через 4 тижні.
2. Дитина 1 буде мити руки з допомогою підказок терапевта та візуального алгоритму після кожної прогулянки через 4 тижні.

На третьому (третій місяць)

1. Дитина 1 буде знімати верхній одяг на липучках самостійно з використанням візуальних підказок через 4 тижні.
2. Дитина 1 буде вдягати футболку з широким горлом з допомогою вербальних та тактильних підказок в положенні сидячи через 3 місяці.

Дитина 2

З Дитиною 2 були поставлені наступні довгострокові цілі:

1. Дитина буде самостійно вживати їжу різної текстури використовуючи адаптовану ложку через 2 місяці.
2. Дитина буде одягати футболку з широким горлом самостійно в положенні сидячи через 1 місяць.
3. Через місяць дитина буде взувати взуття на липучках з наклейками для розрізнення правої та лівої сторони в положенні сидячи.
4. Через 3 місяці дитина буде малювати малюнок за вимогою (фігури, кольори, прості об'єкти) використовуючи спеціально підібрані олівці/фломастери.

Дитина 3

З Дитиною 3 був зроблений акцент на навички комунікації та соціальні функції, а також на обробку слухових стимулів, відповідно до наявного стану дитини. Також, частину часу було спрямовано на формування та розвиток навичок самообслуговування. Під час інтерв'ю були сформовані такі цілі:

1. Дитина 3 через 1 місяць буде одягати штани з адаптованою застібкою (збільшена собачка на блискавці та кнопка замість гудзика) без допомоги.
2. Дитина 3 буде через 2 місяці знімати звичний одяг з нижньої та верхньої частини тіла (кофта, футболка, штани та взуття; дрібні елементи одягу – шапка, рукавички, шкарпетки) самостійно.
3. Дитина 3 буде через 3 місяці буде виконувати прості односкладні інструкції в рамках виконання щоденних занять (самообслуговування, одягання/роздягання, вживання їжі) та хобі (малювання, гра з іграшками,

включаючи прибирання їх на свої місця) з мінімальним використанням візуальних підказок (ілюстрації).

Дитина 4

З Дитиною 4 основні напрями роботи стосувались покращення когнітивних функцій, виконання інструкцій та виконання ADLs. Були сформовані наступні цілі:

1. Дитина 4 через 2 місяці зможе розрізати папір та картон на 2 частини по намальованій прямій лінії за допомогою безпечних ножиць. (Рис. 3.1)
2. Дитина 4 через місяць зможе їсти самостійно будь-яку їжу використовуючи ложку або виделку та тарілку на присосці.
3. Дитина 4 через 3 місяці зможе виконувати нові прості інструкції що стосуються виконання побутової діяльності.
4. Дитина через 3 місяці буде вербально описувати свої почуття та емоції, які стосуються певної ситуації за проханням дорослої людини (батьки або терапевти).



Рисунок 3.1 – Безпечні ножиці

Нижче наведено алгоритм втручання відповідно до кожного пункту, який оцінювався.

Таблиця 3.6 – Алгоритм втручання ерготерапевта відповідно до оцінюваних пунктів

Використання столових приборів	Оцінка приборів, якими користується дитина
	Оцінка положення дитини під час прийому їжі. Зміна або надання рекомендацій, таких як – збереження по 90 градусів згинання суглобів нижніх кінцівок, обов'язкова опора на нижні кінцівки, тощо
	Формування навичок змикання губ на ложці - механічно та використовуючи товсті ложки
	Вибір матеріалу та кольору відповідно до преференцій дитини
	Гра зі столовими приборами – надання можливості дитині погратись довільно, поступово беручи контроль над грою, наприклад, додаючи текстури, які можна набирати ложкою чи наколювати виделкою або додаючи іграшки, які треба годувати
	Адаптація приборів за потребою – збільшення ваги або об'єму ручки, зміна кута вигину, ротація
	Навчання використанню – демонстрація, візуальні та вербальні підказки, використання дзеркала або техніки рука в руці
	Відпрацювання навичок з їжею, поступово збільшуючи об'єм їжі
	Додавання допоміжних предметів – тарілка з бортиком, антиковзаючий килимок або присоска на тарілці.

Продовження таблиці 3.6

Використання ємностей для пиття	Формування навички всмоктування рідини за допомогою стаканчика з вирізом та густої рідини
	Надання можливості дитині погратись з ємностями
	Підбір оптимального розміру, типу та ваги чашки або стакану відповідно до можливостей дитини
	Адаптація чашки – збільшення ваги, об'єму ручок, додавання антиковзаючої резинки на чашку, тощо.
	Формування навички – демонстрація, надання інструкцій, повторення, використання дзеркала
Одягання /Роздягання	Вибір одягу, який підходить дитині – матеріал, колір, ширина горла, довжина, тип застібок
	Адаптація застібок під можливості дитини – заміна гудзиків та шнурків на липучки, заміна маленьких гудзиків на великі
	Модифікація одягу – додавання петельок, перенесення застібок на сторони
	Підбір асистивних технологій – допоміжні технології для одягання взуття/шкарпеток/штанів/тощо
	Формування навички – демонстрація, техніка «рука в руці», використання дзеркала, одягання ляльок, повторення з підказками (вербальними/тактильними/візуальними), мінімізація допомоги
Миття рук та обличчя	Сенсорна стимуляція, у випадку наявності гіперчутливості до води або певних температур
	Робота над розрізненням температур
	Підбір рушника

Продовження таблиці 3.6

	Адаптація крану – збільшення ручок, зміна механізму вмикання води, додавання стоперів для певних температур
	Демонстрація, техніка «рука в руці», самостійне відпрацювання з підказками і без
	Складання візуальних підказок – алгоритму дій
	Складання розпорядку дня з включенням даних активностей (наприклад – помити руки після прогулянки)
Використання туалету	Проведення туалетного тренінгу для батьків
	Підбір горщика/адаптація туалету
	Складання графіка
	Підбір асистивних технологій за необхідністю
	Навчання використанню необхідних інструментів та алгоритму дій – розповіді, демонстрація на ляльках, ілюстрації
Використання ножиць	Оцінка можливості безпечного користування
	Адаптація – використання «безпечних ножиць», збільшення об'єму ручки або ваги Формування навички – демонстрація, різання простих прямих ліній, перехід до більш складних деталей
Малювання та письмо	Адаптація місця для сидіння
	Підбір необхідних інструментів та їх адаптація – нахил стола, тримачі для ручки/олівця, тримач для паперу
Малювання	Малювання пальцями
	Малювання за допомогою адаптивних технологій
	Створення довільних малюнків з поступовим

Продовження таблиці 3.6

	додаванням завдань – додавання меж, розмальовування, копіювання кольорів та форм
	Малювання на різних поверхнях – папір, дзеркало, тощо
Складання пазлів	Вправи на розвиток логічного та абстрактного мислення
	Формування поняття цілого та частин цілого
	Формування навичок розкладання цілого на частини та цілого з частин
	Використання адаптованих пазлів – наприклад, великі та об'ємні частини
Кидання та ловля м'яча	Використання надувної кульки для формування рухового патерну
	Зміна положення тіла від стабільного положення сидячи, до додавання нестабільних поверхонь, на яких стоїть дитина
	Заміна кульки та м'ячі різних розмірів
	Збільшення кількості використовуваних м'ячів або кульок

Для уможливлення участі у виконанні обраної активності, дітям за необхідності були запропоновані деякі асистивні технології.

В рамках використання столових приборів та іншого посуду було запропоновані наступні адаптації:

- Столові прибори зі зміненими ручками
- Тарілки на липучках (Рисунок 3.2)
- Чашки 360 (Рисунок 3.3)
- Анतिकовзаючі килимки

- Підбір довжини та об'єму соломинки
- Тримачі для столових приборів.



Рисунок 3.2 – Тарілка на липучці



Рисунок 3.3 – Чашка 360

В таблиці 3.7 продовжено опис втручання ерготерапевта відповідно до оцінюваних пунктів.

Таблиця 3.7 - Алгоритм втручання ерготерапевта відповідно до оцінюваних пунктів, продовження

Реакція на зорові стимули	Світлові іграшки, робота в спеціальній затемненій кімнаті з спеціальних освітленням, використання ліхтариків та гірлянд під час формування навичок та під час відпочинку
Реакція на слухові стимули	Використання звукових подразників, таких як музичні інструменти або іграшки в процесі виконання обраних занять
Реакція на смакові стимули	Ознайомлення з різними смаками – солодке, кисле, гірке, тощо
Реакція на нюхові стимули	Використання різних запахів – продукти та ефірні олії
Реакція на тактильні стимули	Використання сенсорних боків та панелей, різних текстур та об'ємів іграшок, змішування текстур в процесі гри – наприклад, пісок з каштанами або пластилін з бусинами
Реакція на вестибулярні стимули	Використання гойдалок з різними підвісними конструкціями, гойдання в різних положеннях, поступове додавання активностей та ігор: утримання рівноваги, кидання м'яча з гойдалки; використання нестабільних платформ – скейти, балансири, батуту; використання фітболу
Реакція на пропріоцептивні стимули	Використання обтяженої ковдри за визначеним часом, еластичних костюмів з компресією,

Продовження таблиці 3.7

	стимуляція тіла різними тегстурами, хода по сенсорним панелям
Реакція на текстури в їжі	Робота з тактильною чутливістю через руки, пошук приємних текстур, поступове змішування текстур в їжі – додавання кусочків, збільшення їх кількості та розміру

Всі сенсорні стимули надавались дозовано для уникнення перестимуляції. Зорові стимули надавались за відсутності епілепсії та епілептичної активності, тактильні стимули надавались відповідно м'язового тону (за наявності спастичних м'язів не використовувати гострі та колючі предмети). Текстури в їжі змінювали та додавали виключно за умовою правильного положення тіла під час вживання їжі, сформованих та непорушених всіх фаз ковтання та відсутності аспірації. Будь які смакові та нюхові стимули надавались виключно після збору інформації про наявність алергічних реакцій.

В таблиці 3.8 описаний алгоритм заходів, які стосуються соціальних функцій, навичок комунікації та емоційного розвитку.

Таблиця 3.8 - Алгоритм втручання ерготерапевта відповідно до оцінюваних пунктів, продовження

Соціальні функції (Взаємодія з однолітками та дорослими)	Участь в групових завданнях або іграх на двох – з однолітками та терапевтом, використання соціальних історій
Вираження почуттів словами	Спонування до використання слів, використання відкритих питань в процесі діалогу з дитиною. Обговорення почуттів та емоцій під час занять, проведення рефлексії

Продовження таблиці 3.8

Реакція на розчарування або стрес	Диференціація почуттів та обговорення емоцій під час занять
Розуміння та виконання простих інструкцій	Надання інструкцій та завдань на копіювання
Використання речень для вираження думок і потреб	Спонування до використання речень, використання відкритих питань в процесі діалогу з дитиною

Всі описані втручання були застосовані за необхідністю, відповідно до результатів первинного оцінювання та пріоритетності запитів кожної дитини та її сім'ї.

3.3 Ефективність розробленого алгоритму та обговорення результатів

Після закінчення трьох місяців реабілітації, на останньому занятті (за необхідністю на двох останніх) з кожною дитиною було проведене повторне оцінювання за допомогою використовуваної анкети. Також, на останньому занятті кожній сім'ї були надані рекомендації щодо подальшої підтримки результатів та домашніх втручань.

Результати до та після курсу реабілітації дитини 1 наведені в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9 – Дитина 1 - результати до та після втручання

Дитина 1			
Блок	Пункт	До	Після
Самообслуговування (їжа, одяг, гігієна)	Використання столових приборів	0	3
	Використання ємностей для пиття	1	3

Продовження таблиці 3.9

	Одягання	0	1
	Роздягання	0	3
	Миття рук	0	2
	Миття обличчя	0	1
	Використання туалету	0	1
Моторні Навички	Використання ножиць	0	0
	Малювання	0	1
	Письмо	0	0
	Складання пазлів	0	1
	Кидання та ловля м'яча	0	1
Сенсорна Модуляція	Реакція на зорові стимули	4	4
	Реакція на слухові стимули	2	3
	Реакція на смакові стимули	3	4
	Реакція на нюхові стимули	2	2
	Реакція на тактильні стимули	3	3
	Реакція на вестибулярні стимули	3	4
	Реакція на пропріоцептивні стимули	3	4
	Реакція на текстури в їжі	4	4
Соціальні функції	Взаємодія з однолітками	0	2
	Взаємодія з дорослими	0	2
	Участь у групових активностях	0	2
Емоційний Розвиток	Вираження почуттів словами	0	0
	Реакція на розчарування або стрес	2	2
Комунікаційні Навички	Розуміння та виконання інструкцій	0	1
	Використання речень для вираження думок і потреб	0	0
Загальний бал		27	54

Оцінка за блок самообслуговування у дитини 1 зросла на 13 балів – з 1 балу на початку до 14 балів після втручання. Моторні навички зросли на 3 бали – з 0 до 3. Сенсорна модуляція на 4 бали, соціальні функції на 6. Блок «Емоційний розвиток» залишився незмінним, а оцінка за блок «Комунікація» збільшилась на 1 бал.

На рисунку 3.4 наведена наочна демонстрація порівняння результатів оцінювання до та після.

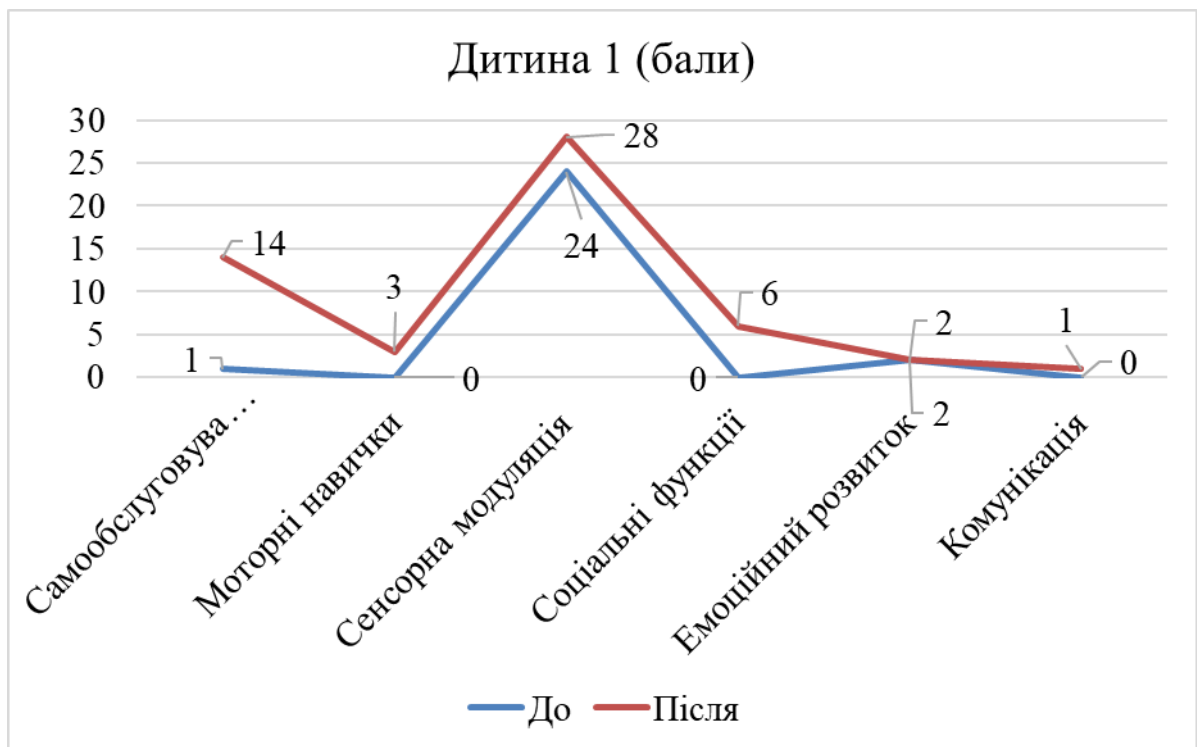


Рисунок 3.4 – Порівняння результатів, Дитина 1

В таблиці 3.10 описані результати оцінки для Дитини 2.

Таблиця 3.10 – Дитина 2 - результати до та після втручання

Дитина 2			
Блок	Пункт	До	Після
Самообслуговування (їжа, одяг, гігієна)	Використання столових приборів	2	4
	Використання ємностей для пиття	3	4

Продовження таблиці 3.10

	Одягання	1	3
	Роздягання	2	4
	Миття рук	2	4
	Миття обличчя	2	3
	Використання туалету	2	3
Моторні Навички	Використання ножиць	2	3
	Малювання	2	4
	Письмо	0	1
	Складання пазлів	4	4
	Кидання та ловля м'яча	2	4
Сенсорна Модуляція	Реакція на зорові стимули	4	4
	Реакція на слухові стимули	5	5
	Реакція на смакові стимули	5	5
	Реакція на нюхові стимули	5	5
	Реакція на тактильні стимули	4	4
	Реакція на вестибулярні стимули	2	3
	Реакція на пропріоцептивні стимули	3	4
	Реакція на текстури в їжі	5	5
Соціальні функції	Взаємодія з однолітками	3	4
	Взаємодія з дорослими	5	5
	Участь у групових активностях	4	5
Емоційний Розвиток	Вираження почуттів словами	0	1
	Реакція на розчарування або стрес	3	4
Комунікаційні Навички	Розуміння та виконання інструкцій	4	5
	Використання речень для вираження думок і потреб	0	0
Загальний бал		76	100

На рисунку 3.5 наочно проілюстровані результати порівняння результатів до та після втручання у Дитини 2.

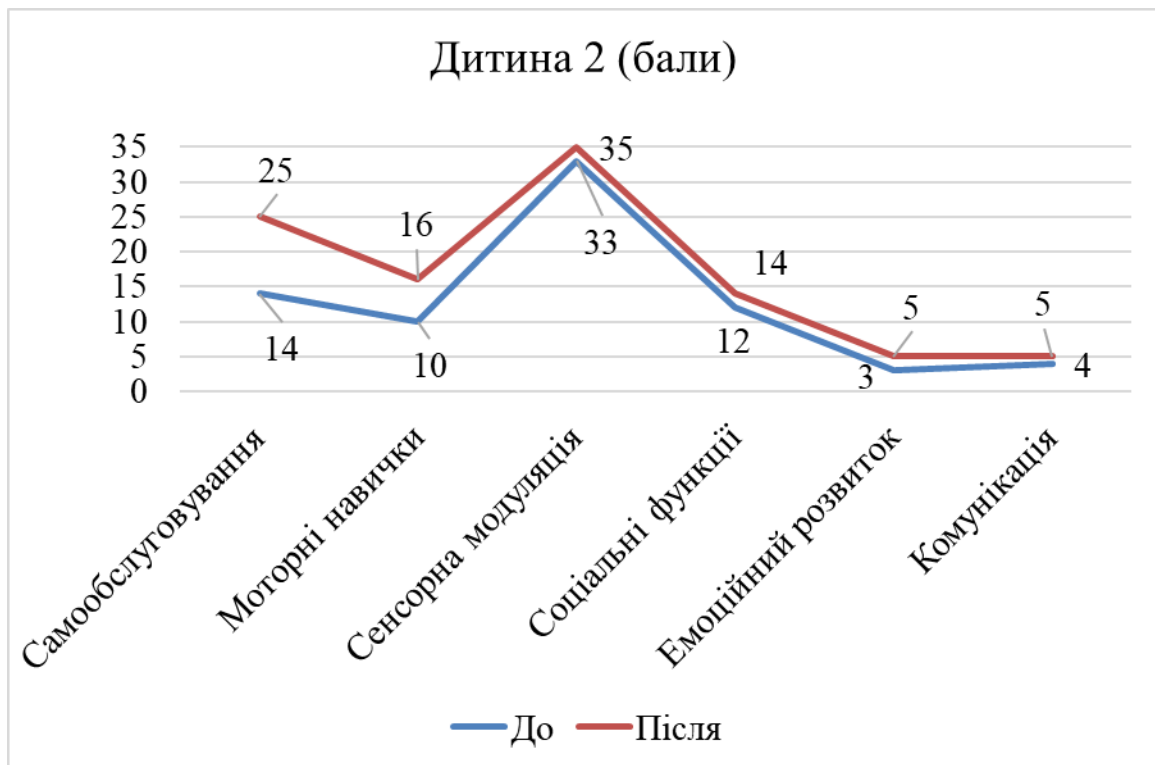


Рисунок 3.5 – Порівняння результатів, Дитина 2

Після втручання загальна оцінка за блок самообслуговування у Дитини 2 зросла на 11 балів, моторні навички зросли на 6 балів, сенсорна модуляція – на 2. Соціальні функції були оцінені на 2 бали вище під час повторного оцінювання, емоційний розвиток – на 2 бали, комунікація – на 1.

Результати Дитини 3 опитані в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11 – Дитина 3 - результати до та після втручання

Дитина 3			
Блок	Пункт	До	Після
Самообслуговування (їжа, одяг, гігієна)	Використання столових приборів	4	4
	Використання ємностей для пиття	4	4
	Одягання	3	4

Продовження таблиці 3.11

	Роздягання	3	5
	Миття рук	3	4
	Миття обличчя	3	4
	Використання туалету	4	4
Моторні Навички	Використання ножиць	2	3
	Малювання	2	3
	Письмо	0	0
	Складання пазлів	1	3
	Кидання та ловля м'яча	0	3
Сенсорна Модуляція	Реакція на зорові стимули	4	4
	Реакція на слухові стимули	2	4
	Реакція на смакові стимули	4	4
	Реакція на нюхові стимули	4	4
	Реакція на тактильні стимули	2	3
	Реакція на вестибулярні стимули	2	4
	Реакція на пропріоцептивні стимули	2	4
	Реакція на текстури в їжі	4	4
Соціальні функції	Взаємодія з однолітками	2	3
	Взаємодія з дорослими	3	4
	Участь у групових активностях	1	3
Емоційний Розвиток	Вираження почуттів словами	0	0
	Реакція на розчарування або стрес	2	3
Комунікаційні Навички	Розуміння та виконання простих інструкцій	0	3
	Використання речень для вираження думок і потреб	0	0
Загальний бал		61	88

На рисунку 3.6 продемонстровані результати оцінки дитини 3 до та після втручання.

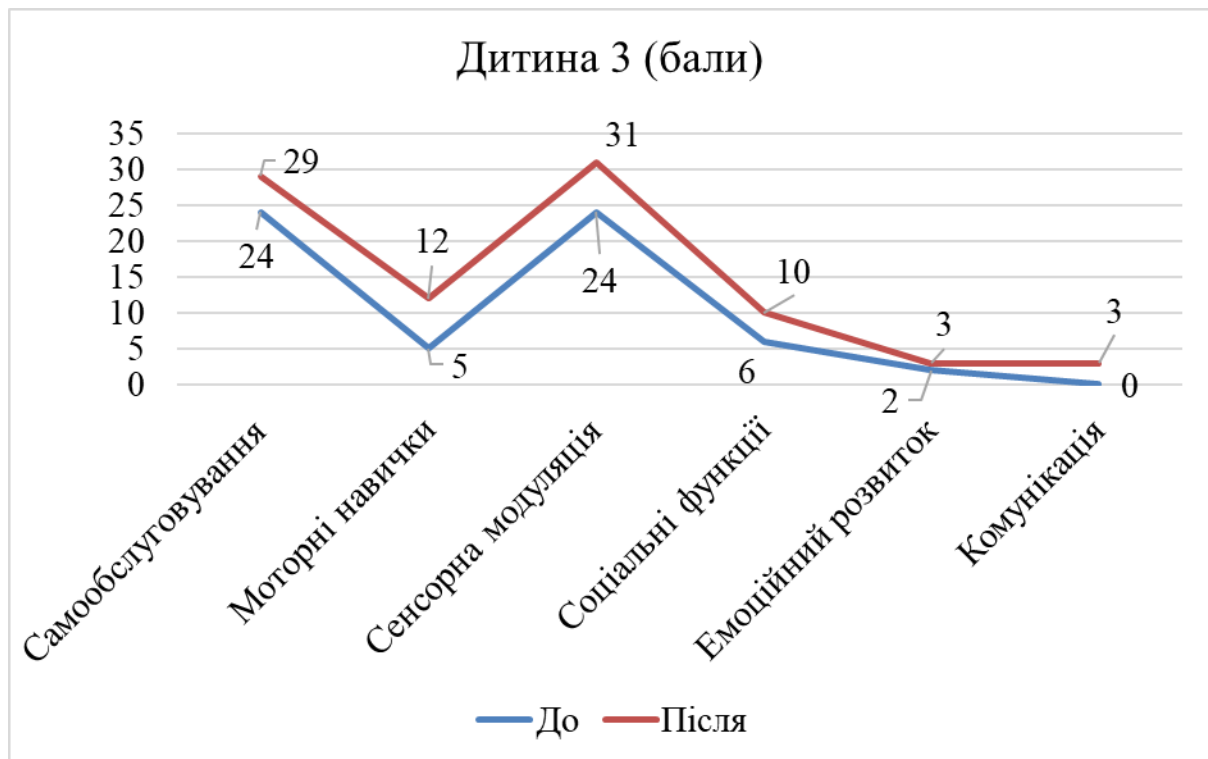


Рисунок 3.6 – Порівняння результатів, Дитина 3

Таблиця 3.12 – Дитина 4 - результати до та після втручання

Дитина 4			
Блок	Пункт	До	Після
Самообслуговування (їжа, одяг, гігієна)	Використання столових приборів	3	4
	Використання ємностей для пиття	5	5
	Одягання	3	4
	Роздягання	3	4
	Миття рук	3	4
	Миття обличчя	3	4
	Використання туалету	4	4

Продовження таблиці 3.12

Моторні Навички	Використання ножиць	0	2
	Малювання	2	3
	Письмо	0	0
	Складання пазлів	3	4
	Кидання та ловля м'яча	3	4
Сенсорна Модуляція	Реакція на зорові стимули	5	5
	Реакція на слухові стимули	5	5
	Реакція на смакові стимули	4	5
	Реакція на нюхові стимули	4	5
	Реакція на тактильні стимули	4	4
	Реакція на вестибулярні стимули	3	4
	Реакція на пропріоцептивні стимули	3	4
	Реакція на текстури в їжі	5	5
Соціальні функції	Взаємодія з однолітками	3	4
	Взаємодія з дорослими	5	5
	Участь у групових активностях	3	4
Емоційний Розвиток	Вираження почуттів словами	1	3
	Реакція на розчарування або стрес	3	4
Комунікаційні Навички	Розуміння та виконання простих інструкцій	3	5
	Використання речень для вираження думок і потреб	0	1
Загальний бал		83	105

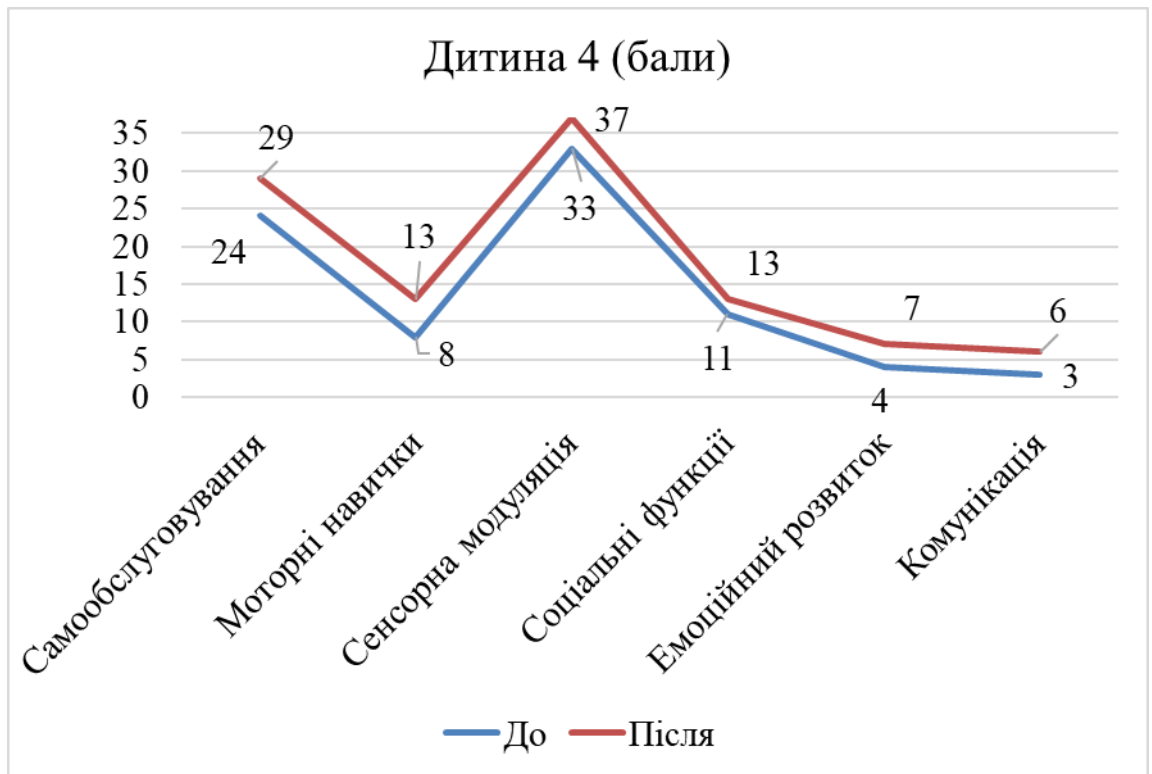


Рисунок 3.7 – Порівняння результатів, Дитина 4

Приріст загального балу по розробленій оцінці склав 27 бали для Дитини 1, 24 бали для Дитини 2, 27 балів для Дитини 3, 22 бали для Дитини 4 (Рис. 3.8), що свідчить про ефективність алгоритму втручання ерготерапевта дітей періоду раннього та першого дитинства у підготовці до інклюзивного дитячого садка.

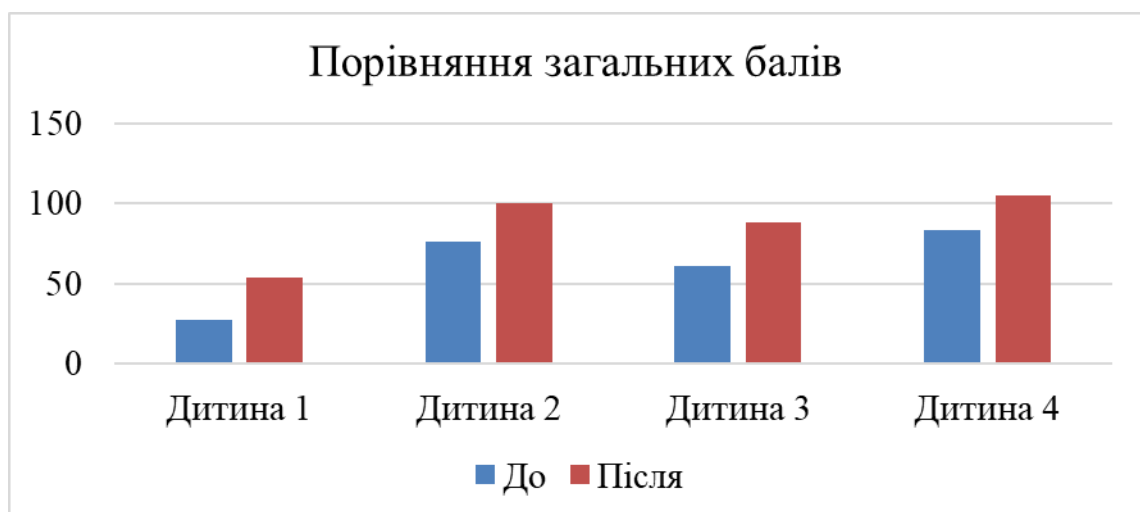


Рисунок 3.8 – Порівняння результатів, Дитина 4

ВИСНОВКИ

1. Інклюзивна освіта є невід'ємним правом кожної дитини, оскільки вона створює умови для спільного розвитку та навчання учнів з різними потребами. Така освіта передбачає адаптацію навчальних програм, методів навчання та середовища з метою задоволення потреб всіх учнів. Роль ерготерапії в інклюзивній освіті надзвичайно важлива, оскільки вона забезпечує підтримку дітей з особливими потребами, допомагаючи їм інтегруватися в навчальний процес.

2. Базуючись на стандартизовані тести, такі як сенсорний профіль, PEDI та інші, була розроблена анкета яка була основним інструментом дослідження. Анкета включала основні пункти, необхідні для включення дітей в систему інклюзивної освіти. Індивідуальні цілі для кожної дитини були сформовані у форматі COAST. Алгоритм втручань базувався на принципах МКФ-ДП відповідно до світових стандартів.

3. В процесі порівняння результатів початкового та повторного оцінювання, було описано ефективність запропонованого алгоритму у всіх дітей, включених до дослідження. Незалежно від діагнозу дітей, алгоритм втручання ерготерапевта в рамках підготовки до інклюзивного дитячого садка показав свою ефективність. Аналіз приросту загального балу за розробленою оцінкою підтверджує позитивні результати, що свідчить про покращення їхнього функціонування та готовності до включення в дитячий садок.

Таким чином, дослідження підтверджує важливість та ефективність ролі ерготерапевта в підготовці дітей дошкільного віку до навчання в інклюзивних дитячих садках.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. UNESCO, España. Ministerio de Educación y Ciencia. World Conference on Special Needs Education: Access and Quality, Salamanca, Spain, 1994. ED.94/WS/18; 1994:47 p.
2. Порошенко М. Інклюзивна освіта в Україні: пояснює перша леді. Радіо Свобода; 2019. Доступно з: <https://www.radiosvoboda.org/a/svoboda-v-detalyah-inklyuzyvna-osvita-vukrayini/29722589.html>
3. UNICEF. Children with disabilities. 2023 [Internet]. [cited 2024 Mar 13] Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-disability/overview/>
4. Міністерство освіти і науки України. Статистичні дані;2023:8с. [Internet]. [cited 2024 Mar 13] Available from: <https://mon.gov.ua/ua/osvita/inklyuzivne-navchannya/statistichni-dani>
5. The American Occupational Therapy Association, Inc. Occupational Therapy's Role in Mental Health Promotion, Prevention, & Intervention with Children & Youth: Inclusion of Children with Disabilities. 2015:4.
6. UNICEF. Inclusive education. Every child has the right to quality education and learning.. 2023 [Internet]. [cited 2024 Mar 13] Available from: <https://www.unicef.org/education/inclusive-education>
7. Alquraini, Turki. Critical components of successful inclusion of students with severe disabilities: Literature review. International Journal of Special Education. 2012;27:42-59.
8. Опис роботи Енергодарської загальноосвітньої школи І-ІІ ст. № 6 з проблеми: «Інклюзивне навчання дітей з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу методом моделювання» . [Електрон.ресурс]: – 2013. Режим доступу : <http://oosh6.ucoz.ru/foto/aktualn-ekspproblemi.doc>
9. Таранченко ОМ, Найда ЮМ. Врахування відмінностей розвитку та навчальної діяльності дітей з особливостями психофізичного розвитку в

процесі навчання. У: Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально – методичний посібник. Колупаєва АА, Найда ЮМ, Софій НЗ та ін.; за заг. ред. Даниленко ЛК.: 2007. С. 128.

10. Колупаєва А. Інноваційні підходи до навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку. Науково-методичний журнал «Нова педагогічна думка». Рівне;2004:(1) 34с.

11. Выготский Л.С. К психологии и педагогике детской дефективности. В: Основы дефектологии. Санкт-Петербург, Москва: Изд-во «Лань», 2003. с. 101–106.

12. Всеукраїнський фонд «Крок за кроком». Інклюзивна освіта: основні положення [Інтернет]. Доступно з: <http://kiev.convdocs.org/docs/28170/index-206377.html>

13. Всеукраїнський фонд «Крок за кроком». Як досягати змін: посібник для батьків і педагогів з обстоювання та захисту прав дітей з особливими освітніми потребами та громадської діяльності. Київ: Придатченко П.М, 2006. 140 с.

14. Beukering JTE van (red.). Interne begeleiding in de basisschool. Amsterdam: Gemeentelijk Pedologisch Instituut; 1991. 65 p.

15. Василюк А, Корсак К, Яковець Н. Нариси з порівняльної педагогіки. Ніжин: Редакційно-видавничий відділ НДПУ; 2002. 119 с.

16. Вашуленко МС. Нові підходи до шкільної освіти. Педагогічна газета. 2000;(10):76. с. 4.

17. Banathy Bela H. Designing Education as a Social System. Educational technology. November–December 1998:51–55p.

18. Bocci F. Laura Conti, una pioniera della visione inclusiva della società [Laura Conti, a pioneer of the inclusive vision of society]. L'integrazione scolastica e sociale. 2021;20(1):157-168. Italian. DOI: <https://doi.org/10.14605/ISS2012107>

19. Della Volpe V. Study of compensatory tools and dispensatory devices in Italian inclusive education. *Journal of Research & Method in Education*. 2016;6(5):7-13. DOI: <https://doi.org/10.9790/7388-0605010713>
20. Ianes D, Demo H, Dell'Anna S. Inclusive education in Italy: Historical steps, positive developments, and challenges. *Prospects*. 2020;49(3):249-263. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11125-020-09509-7>
21. Morganti A. Un modello strategico europeo per l'inclusione a scuola. Evidenze che guidano e ispirano. *L'Integrazione Scolastica e Sociale*. 2019;17(2):118-120. [Italian]. Available from: <https://rivistedigitali.erickson.it/integrazione-scolastica-sociale/it/visualizza/pdf/1734>
22. Wong ME. The implications of school choice for children with disabilities. *The Yale Law Journal*. 1993;103(3):827–859. doi:10.2307/797085
23. Sheets DJ, Wray LA, Torres-Gil FM. Geriatric rehabilitation: Linking aging health and disability policy. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 1993;9(2):1–17.
24. Kode K. Elizabeth Farrell and the history of special education. Arlington, VA: Council for Exceptional Children; 2002.
25. Yell ML, Rogers D, Rogers EL. The legal history of special education: What a long strange trip it has been. *Remedial and Special Education*. 1998;19:219–228. doi:10.1177/074193259801900405
26. McLeskey J, Pacchiano D. Mainstreaming students with learning disabilities: Are we making progress? *Exceptional Children*. 1994;60:508–517.
27. Appl DJ. Moving toward inclusion by narrowing the gap between early childhood professionals. *Early Childhood Education Journal*. 1995;23(1):23–26. doi:10.1007/BF02353375
28. Block ME, Vogler EW. Inclusion in regular physical education: The research base. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*. 1994;65(1):40–44.

29. Kubicek FC. Special education reform in light of select state and federal court decisions. *The Journal of Special Education*. 1994;28(1):27–42. doi:10.1177/002246699402800103

30. National Education Association (NEA). IDEA / special education [Internet]. 2009 Nov 16 [cited 2024 Jan 16]. Available from: <http://www.nea.org/specialed>

31. Florida Department of Education. Child count by eligibility category and educational environment, ages 6–21, 2019–20 [Data set]. 2020. Available from: <http://www.fldoe.org/core/fileparse.php/7672/urlt/Ages6-21CCEligEdEnv1920.pdf>

32. Короденко М. Країни - різні, підхід - один: інклюзивна освіта за рубежом. *Освіта України*. 2011 18 лип; (№ 53/54):с. 9.

33. Ministry of Education, Culture, Sports and Youth of the Republic of Cyprus. SPECIAL EDUCATION [Internet]. Available from: https://www.moec.gov.cy/eidiki_ekpaidefsi/en/

34. Ο περί Αγωγής και Εκπαίδευσης Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες (Τροποποιητικός) Νόμος. Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας, Αριθμός 2001;69(I):1ρ.

35. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. Systems of support and specialist provision - Cyprus [Internet]. 2020 Available from: <https://www.european-agency.org/country-information/cyprus/systems-of-support-and-specialist-provision>

36. Міністерство освіти і науки України. Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання [Інтернет]. Київ; 2010 жовтень 1. Наказ № 912.

37. Відомості Верховної Ради. Про внесення змін до Закону України "Про освіту" щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг. ВВР. 2017;30:322. [Інтернет]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2053-19#Text>

38. Закон України. Про дошкільну освіту. Відомості Верховної Ради України (ВВР). 2001;№49:ст.259.

39. Українсько-канадський проект Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні: тренінгові модулі: Вступ до питань «інвалідності. К., 2011.132с

40. Засенко ВВ, Софій НЗ, редактори. Інклюзивна освіта: стан і перспективи розвитку в Україні. Київ: ФОП Придатченко П. М.; 2007. 180 с.

41. Зброєва НБ. Готовність педагога до інклюзивної освіти (До постановки питання). Наукові записки [Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя]. 2012;(7).

42. Конвенція про права осіб з інвалідністю. Додатково див.: Факультативний Протокол до Конвенції від 13.12.2006. Конвенцію ратифіковано Законом України № 1767-VI від 16.12.2009.

43. Міністерство освіти і науки України. Нова українська школа [Інтернет]. [cited 2024 Mar 13] Доступно з: <https://mon.gov.ua/ua/tag/nova-ukrainska-shkola>

44. Кабінет Міністрів України. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти. Київ: 2021 вер. 15; № 957.

45. Українське товариство ерготерапевтів. Позиційна заява ГО «УТЕТ»; 2018. 2с. Доступно: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AN45%2D1e%2Dec1hqIk&cid=F18BAB3D1423CE7B&id=F18BAB3D1423CE7B%21286&parId=F18BAB3D1423CE7B%21285&o=OneUp>

46. Мангушева ОО. Короткий термінологічний словник ерготерапії. ГО «Українське товариство ерготерапевтів». 2021: 18 с. URL: <https://bit.ly/3yB4McT>

47. Department of National Health and Welfare & Canadian Association of Occupational Therapists. Intervention guidelines for the client-centred practice

of occupational therapy. Ottawa, ON: Department of National Health and Welfare, 1986.

48. Engel JM. Physiotherapy and ergotherapy are indispensable. Concrete prescription of remedies – without recourse. [Internet] *Z Rheumatol*. 2012 [cited 2024 Mar 23]; 71(5):369-380. Available from: DOI: 10.1007/s00393-011-08.

49. Suderback Ingrid. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. New-York: Springer. 2009;553 p.

50. The American Occupational Therapy Association, Inc. What is the Role of the School-Based Occupational Therapy Practitioner? [Internet] [cited 2024 Mar 13]; 2 p. Available from: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/Practice/Children/School-Administrator-Brochure.pdf>

51. The Society of Alberta Occupational Therapists. OCCUPATIONAL THERAPY IN ALBERTA SCHOOLS. 2022:5p

52. Thunder Bay Regional Health Sciences Centre. Career Profile OCCUPATIONAL THERAPIST “What is an Occupational Therapist?” – Career Description/Scope. Thunder Bay, Ontario. Available from: <https://tbrhsc.net/wp-content/uploads/2015/10/Occupational-Therapist-OT-Career-Profile.pdf>

53. Metzler MJ, Metz G. Analyzing the Barriers and Supports of Knowledge Translation Using the PEO Model. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 77 (2010); 2(8):151 - 158.

54. Metzler MJ, Metz G. Analyzing the Barriers and Supports of Knowledge Translation Using the PEO Model. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 77 (2010); 2(8):151 - 158.

55. Всесвітня організація охорони здоров'я. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я. 2018;1048 с.

56. Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та

здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 1008-р. 2007.

57. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1008-р "Про затвердження плану заходів із впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків" [Інтернет]. Урядовий портал. 2017 [цитовано 12 квітень 2024 р.]. Доступно: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-planu-zahodiv-iz-vprovadzhennya-v-ukrayini-mizhnarodnoyi-klasifikaciyi-funkcionuvannya-obmejnen-zhitte-diyalnosti-ta-zdorov-2412>.

58. Gateley, C. A., & Borcharding, S. Documentation manual for occupational therapy: Writing SOAP notes. 3rd ed. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 2012.

59. Gee, Bryan & Strickland, Jane & Salazar, Lisa. (2014). The Role of Reusable Learning Objects in Occupational Therapy Entry-Level Education. The Open Journal of Occupational Therapy. 2. 10.15453/2168-6408.1108.

60. Soderback I. International handbook of occupational therapy interventions. Springer International Pu; 2016.