

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямі полягають у розробці технології проведення рухливих ігор як основного засобу адаптивного фізичного виховання дітей з вадами розумового розвитку та подальшої їх адаптації в соціумі.

Список використаної літератури:

1. Гаврилушкіна О. П. Виховання і навчання розумово відсталих дошкільників / О. П. Гаврилушкіна, Н. Д. Соколова. – М. : Просвіта, 1985. – 72 с.
2. Ганзина Н.В. Подвижные и спортивные игры как средство рекреации и социальной адаптации инвалидов с ДЦП / Н.В. Ганзина, Т.И. Губарева / Спорт, духовные ценности, культура. – М., 2007. – 175 – 186 с.
3. Гладченко І.В. Комплекс програмно-методичного забезпечення «Зміст корекційно-спрямованого навчання і виховання розумово відсталих дітей у спеціальних дошкільних закладах» (програма з ігрової діяльності, методичні рекомендації, дидактичні матеріали) / І.В.Гладченко. – К.: 2012 – 112 с.
4. Дмитрієв А. А. Фізична культура в спеціальній освіті : навч. посіб. для студ. вищ. пед. навч. зав. / А. А. Дмитрієв. – М. : Академія, 2002. – 176 с.
5. О реабилитации инвалидов в Украине: закон Украины с изменениями и дополнениями, внесенными Законами Украины от 20 декабря 2005 года N 3235-IV, от 19 декабря 2006 года N 489-У [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://common.ucoz.ru>

Дудник С.В., Слабкий Г.О.

Тенденції дитячої інвалідності та організаційно-правові аспекти реабілітації дітей в Україні

**ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

Індикатором цивілізованості будь-якої держави виступає її ставлення та рівень вирішення проблем однієї із самих незахищених груп людей, зокрема людей з інвалідністю, особливо це стосується дітей-інвалідів, які певною мірою визначають рівень та якість здоров'я майбутніх поколінь.

За даними ВООЗ, більш ніж 1 млрд. осіб у світі мають ту чи іншу форму інвалідності, що становить близько 15% населення, від 110 млн (2,2%) до 190 млн (3,8%) осіб від 15 років і старші відчують значні труднощі у функціонуванні, більш того, показники інвалідності зростають у зв'язку зі старінням населення і зростанням тягаря хронічних порушень здоров'я, із загальної кількості осіб з інвалідністю 120 млн становлять діти-інваліди, негативна тенденція до збільшення рівня інвалідності яких спостерігається у всьому світі. Особи з інвалідністю належать до найбільш ізольованих груп населення в світі, для яких характерні нижчі результати щодо здоров'я (в тому числі і за рахунок незадоволених медико-санітарних потреб внаслідок меншого доступу до служб охорони здоров'я), щодо досягнення в галузі освіти і показники участі в економічному розвитку і більш високі показники бідності, ніж для людей без інвалідності. За даними огляду, підготовленого ВООЗ ймовірність того, що діти-інваліди стають жертвами фізичного або сексуального насильства, в 3,7 рази перевищує аналогічний показник серед дітей, які не є інвалідами. Фактори, що сприяють тому, що діти-інваліди піддаються підвищеному ризику насильства, включають стигматизацію, дискримінацію і невігластво щодо інвалідності, а також відсутність соціальної підтримки осіб, які здійснюють догляд за такими дітьми. Саме тому останнім часом інвалідність розуміється як проблема в області прав людини, тому що дуже часто особи з інвалідністю позбавлені багатьох життєвих можливостей саме через дії суспільства, а не через проблеми, що пов'язані з причиною їх інвалідності [1, 7].

З урахуванням вищезазначеного, соціально-економічних проблем в країні, втрат людського потенціалу, процесів реформування провідних галузей держави на сучасному етапі, особливої актуальності набувають питання дитячої інвалідності та організаційно-правові аспекти реабілітації дітей.

Мета. Вивчити тенденції динаміки дитячої інвалідності в Україні за період 2013-2017 рр. та визначити провідні організаційно-правові аспекти щодо інвалідності дітей та їх реабілітації.

Матеріали та методи. Дані Державної служби статистики України та провідні нормативно-правові документи європейського регіону і України щодо дитячої інвалідності. Методи: статистичний, системний аналіз, системний підхід.

Результати. Протягом 2013-2017 рр. рівень первинної інвалідності дітей у віці до 18 років мав тенденцію до зниження на 5,7% (2017 р. – 21,6 на 10 тис. дітей у віці до 18 років, 2013 р. – 22,9 відповідно), майже на 0,9% знизився і рівень поширеності інвалідності дітей (2017 р. – 208,8 на 10 тис. дітей у віці до 18 років, 2013 р. – 210,6 відповідно). Загальна чисельність дітей-інвалідів упродовж останніх п'яти років зменшилася на 9,2 тис., що становить 159044 осіб (2017 р.), або 2,08% від загальної кількості дітей в Україні, в середньому в 2017 році на 1000 захворювань у дітей приходилось майже 12 дітей-інвалідів.

За роки спостереження відбулось зростання показників загальної інвалідності (поширеності) за 7-ма класами хвороб: новоутворення (на 2,8%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (на 19,9%), розлади психіки і поведінки (на 7,5%), хвороби системи кровообігу (на 5,6%), хвороби шкіри та підшкірної клітковини (на 11,1%), хвороби сечостатевої системи (на 2,8%), природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (на 0,6%). Найвищі рівні загальної інвалідності дітей у 2017 році спостерігаються за класом природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій (64,5 на 10 тис. дітей у віці до 18 років), хвороб нервової системи (34,0 відповідно), розладів психіки та поведінки (31,4 відповідно), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (18,7 відповідно), хвороби вуха та соскоподібного відростка (13,3 відповідно), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (8,9 відповідно), хвороби ока та його придаткового апарату (7,8 на 10 тис. дітей у віці до 18 років), новоутворень (7,3 відповідно). Рівні первинної інвалідності протягом 2013-2017 рр. зросли за 2-ма класами хвороб: ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (на 18,2%), розлади психіки і поведінки (на 17,1%), знизилась за 5-ма класами хвороб (деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби нервової системи, хвороби вуха та соскоподібного відростка, природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, за всіма іншими класами показники залишились без змін. Провідними причинами інвалідизації дітей (первинна інвалідність) у 2017 році, як і у попередні роки стали природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (5,5 на 10 тис. дітей у віці до 18 років), розлади психіки та поведінки (4,1 відповідно), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (2,6 відповідно), хвороби нервової системи (2,4 відповідно), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (1,4 відповідно). Протягом періоду дослідження зберігаються тенденція як до зростання показників дитячої інвалідності з віком дитини за усіма причинами (чим старше дитина тим вищі показники), так і щодо регіональної диспропорції в рівнях як загальної так і первинної інвалідності дітей.

За даними ВООЗ, Глобальний тягар хвороб оцінює поширеність дітей з інвалідністю у віці 0-14 років, які відчувають «помірну або важку інвалідність», як 93 млн (5,1%), при цьому 13 млн (0,7%) дітей зазнають серйозних труднощів. Огляд літератури в країнах з низьким і середнім рівнем доходів свідчить про тенденції зростання поширеності дитячої інвалідності з 0,4% до 12,7% в залежності від інструменту дослідження і оцінки [2]. Огляд в країнах з низьким рівнем доходу вказує на проблеми виявлення і характеристики інвалідності в результаті відсутності інструментів для оцінки культури і мови [3]. За даними Європейської Академії Дитячої Інвалідності, в Україні прогнозується більше ніж 200 тис. дітей-інвалідів віком до 18 років, з них до 80 тис. з тяжкою інвалідністю, майже 1 млн дітей буде вимагати постійного супроводу. В цілому, рівень дитячої інвалідності має тенденції до зростання, і головною задачею при цьому стає збереження життя дитини та створення гідних умов для реалізації потреб дитини за рахунок забезпечення адекватних медичних та соціальних послуг, впровадження програм реабілітації, створення умов соціальною інклюзії та соціальної інтеграції.

При будь-якій формі дитячої інвалідності життя дитини-інваліда слід розглядати нерозривно з сім'єю та соціальним середовищем, що її оточує, нехтування цими принципами при несприятливих умовах в житті дитини призводить до погіршення її когнітивного, рухового і соціально-емоційного розвитку, особливо у віці до 5-ти років [4-6]. За даними ВООЗ, у своєму житті діти-інваліди та їх сім'ї стикаються з низкою проблем, серед яких: незадоволені медико-санітарні послуги (найчастіше внаслідок непомірно високої вартості медичних послуг, обмеженої доступності служб, фізичних перешкод, неналежних навичок і знань працівників охорони здоров'я), відсутність заходів, орієнтованих на дітей-інвалідів щодо зміцнення здоров'я та профілактики захворювань. Як слід уряди цивілізованих країн вживають заходи щодо поліпшення здоров'я інвалідів через доступ до якісних, доступних за вартістю службам охорони здоров'я, максимально використовуючи наявні ресурси та реформуючи всі взаємодіючі компоненти системи охорони здоров'я для їх адекватного функціонування. На сучасному етапі Європейські держави для поліпшення доступу інвалідів, і зокрема дітей інвалідів, до служб охорони здоров'я, включили проблему інвалідності як компонент в національні політики та свої програми охорони здоров'я, при сприянні ВООЗ збирають і розповсюджують дані та інформацію про інвалідність, розробляють нормативні методики, включаючи керівні принципи щодо зміцнення охорони здоров'я; створюють потенціал серед осіб, які формують політику в охороні здоров'я, і провайдерів послуг; нарощують масштаби реабілітації на рівні окремих громад; сприяють проведенню стратегій щодо забезпечення того, щоб інваліди були поінформовані про свій стан здоров'я і щоб персонал охорони здоров'я підтримував і захищав права і гідність інвалідів. До того ж у Європейському регіоні прийнята та діє Конвенція ООН про права інвалідів (КПІ), у якій підкреслюється необхідність захисту прав дітей-інвалідів та забезпечення їх повної та рівної участі у громадському житті, а стаття 25 Конвенції підтверджує право інвалідів на найвищий досяжний рівень здоров'я без дискримінації. У «Всесвітній доповіді про інвалідність» ВООЗ / Світового банку наведені дані про ефективні заходи для поліпшення здоров'я і соціальної участі дітей-інвалідів, які сприяють зменшенню масштабів утримання таких дітей в спеціалізованих установах. По відношенню до дітей-інвалідів, які перебувають в даний час поза домом, обов'язковим є поліпшення медичної допомоги та посилення їх захисту шляхом вжиття заходів проти таких інституційних методів і структур, які посилюють ризик насильства [1]. Згодом, спираючись на рекомендації підготовленої ВООЗ та Світовим банком «Всесвітньої доповіді про інвалідність» та відповідно до діючої Конвенції про права інвалідів, після консультацій з державами-членами, організаціями системи Організації Об'єднаних Націй і національними та міжнародними партнерами, включаючи організації людей з інвалідністю, був підготовлений «Глобальний план ВООЗ

по інвалідності на 2014-2021 рр.: краще здоров'я для всіх людей з інвалідністю», резолюцію затверджено рішенням 67-ої сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, План став найважливішим стимулом у зусиллях ВООЗ і урядів країн світу щодо поліпшення якості життя 1 млрд людей з інвалідністю у всіх країнах світу. Як слід, переважною більшістю Міністерств охорони здоров'я країн світу затверджено плани дій щодо укріплення здоров'я всіх людей з інвалідністю, зокрема і дітей, в яких поставлено такі основні завдання як усунути перешкоди і поліпшити доступ до служб і програм охорони здоров'я; зміцнити і розширити використання послуг з реабілітації, абілітації, допоміжних технологій допомоги і підтримки, а також реабілітації на рівні місцевої громади; зміцнити збір відповідних і порівнянних в міжнародних масштабах даних про інвалідність і надати підтримку дослідженням в області інвалідності та пов'язаних з нею послуг [7]. Проблема інвалідності у світі є значною проблемою, тому профілактику інвалідності включено до 11 найбільш пріоритетних медичних заходів, визначених ВООЗ і спрямованих на збереження здоров'я для всіх у Європейському регіоні.

В Україні закладено конституційні засади захисту дітей з інвалідністю та обмеженнями життєдіяльності, Законом України ратифіковані Конвенція ООН про Права дитини (2009 р.), стаття 23 якої включає, що кожна дитина «повинна вести повноцінне життя в умовах, які забезпечують гідність, сприяють впевненості в собі і полегшують адекватну участь у житті суспільства», та Конвенція ООН про права інвалідів (2009 р.), також Постановою Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2000 р. № 1545 схвалено Концепцію ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів, також на законодавчому рівні створені основи соціальної політики у сфері соціального захисту дітей-інвалідів та їхніх батьків. На виконання Конвенції ООН про права дитини в Україні прийнято Закони України «Про охорону дитинства», де надано визначення терміну «дитина-інвалід» і вказано на необхідність додаткової соціальної допомоги, соціальних гарантій і захисту такої дитини, і «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю» в якому встановлюються права і гарантії дітей і батьків на отримання пенсій і соціальної допомоги.

Враховуючи прогностичні тенденції як у всьому світі, так і зокрема в Україні, щодо зростання інвалідності дітей, у державі виникла потреба у встановленні та сприйнятті інвалідності як проблеми обмеження функцій життєдіяльності з наступною можливістю повної інтеграції людини з інвалідністю в суспільство, як це і відбувається у цивілізованих європейських країнах, де застосовується Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, 2007), що формує єдину біопсихосоціальну модель визначення інвалідності і сприяє проведенню медичної та соціальної реабілітації. Саме тому Розпорядженням КМУ від 27 грудня 2017 № 1008-р був затверджено план заходів щодо впровадження в Україні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) і Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП), згідно з яким протягом 2018–2019 рр. Центральні органи виконавчої влади повинні вжити відповідних заходів для їх впровадження. В свою чергу МОЗ України на виконання Розпорядження КМУ, Наказом №552 від 23.03.2018 р. затвердив план заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо виконання плану заходів щодо впровадження в Україні вищезазначених класифікацій МКФ та МКФ-ДП, які використовуються в медичній та соціальній реабілітації для формулювання реабілітаційного діагнозу, який пов'язаний зі станом пацієнта на момент огляду. ВООЗ рекомендує використовувати МКФ для управління процесом медичної реабілітації (How to use the ICF: A Practical Manual for using ICF), де однією з головних умов ефективного використання МКФ є робота в мультидисциплінарній команді, що встановлює реабілітаційний діагноз. Реабілітаційний діагноз – це список проблем пацієнта сформульований в категоріях МКФ і відображає всі актуальні аспекти функціонування пацієнта – покликаний на своїй основі сформулювати мету, завдання і виробити стратегію реабілітації. У реабілітаційний діагноз включаються тільки ті виявлені проблеми пацієнта, які впливають або відображають його функціонування, тобто незначні проблеми або аспекти функціонування не повинні потрапляти в реабілітаційний діагноз [8]. Останнім часом в Україні, з урахуванням змін, що відбуваються в напрямі вирішення питань дитячої інвалідності, запроваджується комплексний підхід із законодавчо-нормативним забезпеченням до формування соціальної політики відносно осіб з інвалідністю, використовуються нові поняття та активно впроваджуються процеси, що слідує за ними, такі як «соціальна інклюзія», як принцип формування соціальної політики, забезпечення рівних прав і можливостей абсолютно для всіх людей для подолання «соціальної ізоляції», «інклюзивна освіта» як важливий крок соціальної політики відносно людей з інвалідністю, «соціальна інтеграція», «лінза інвалідності» як інструмент для аналізу, розробки та впровадження соціальної політики за створення «безбар'єрного середовища», тощо.

Висновки. Таким чином, з урахуванням тенденцій первинної та загальної дитячої інвалідності, їх прогностичних даних, закладених в державі основ на законодавчому рівні щодо захисту дітей-інвалідів, запроваджених кроків щодо вдосконалення підходу до організації медичної та соціальної реабілітації, нових принципів до формування соціальної політики потребує подальшого вдосконалення законодавчо-нормативне забезпечення організаційно-правових механізмів захисту дітей з інвалідністю та обмеженнями життєдіяльності з метою підвищення якості їх реабілітації та наступної соціальної інтеграції.

Список використаної літератури

1. World report on disability 2011. Режим доступу: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf.
2. Maulik PK, Darmstadt GL. Childhood disability in low- and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. *Pediatrics*, 2007,120:Suppl 1S1-S55. doi:10.1542/peds.2007-0043B PMID:17603094.

3. Hartley S, Newton CRJC. Children with developmental disabilities in the majority of the world. In: Shevell M, ed. Neurodevelopmental disabilities: clinical and scientific foundations. London, Mac Keith Press, 2009.
4. Grantham-McGregor S et al. International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 2007, 369:60-70. doi:10.1016/S0140-6736(07)60032-4 PMID:17208643.
5. United Nations Children's Fund, University of Wisconsin. Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. New York, United Nations Children's Fund, 2008.
6. Workshop on Millennium Development Goals Monitoring. Geneva, United Nations Statistics Division, 8–11 November 2010 (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Capacity/Geneva.htm>).
7. Проект Глобального плану ВОЗ по інвалідності EB134/16, Январь 2014 г. – Режим доступу: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-ru.pdf?ua=1&ua=1.
8. How to use the ICF: A Practical Manual for using ICF. Режим доступу: <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>.

Дуло О.А., Чернов В.Д., Ляховець Л.О.

Корекційно-розвиваюча роль фізичних вправ у школярів з вадами слуху

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра фізичної реабілітації

На сучасному етапі кількість осіб, які мають різного роду патології слуху, неухильно зростає; збільшується також питома вага таких осіб серед дошкільнят, школярів і представників молодішої генерації. Доведено, що глухі діти та діти з вадами слуху відрізняються від здорових однолітків соматичною слабкістю, недостатньою руховою активністю, відставанням у фізичному й моторному розвитку, тощо; ці чинники впливають на розвиток особистості дітей і підлітків, тому молодь потребує ефективної роботи спеціальної системи навчання й виховання. Важливе місце посідають в ній заняття фізичними вправами, що покликані забезпечити не тільки необхідний рівень фізичного розвитку, а й корекцію відхилень у різних сферах діяльності школяра. Правильно підібрані заняття фізичними вправами повинні компенсувати проблеми фізичного розвитку, зокрема розвитку рухової сфери школярів із вадами слуху. Специфічні особливості психомоторного розвитку учнів із вадами слуху потребують розробки спеціальних методик і прийомів фізичного виховання, які повинні мати єдину цільову спрямованість – розвиток і водночас корекцію рухової сфери дитини чи підлітка. З іншого боку, вони потребують правильної організації процесу фізичного виховання, зокрема на рівні спеціального навчального закладу, яка має перетворити цей процес на базу для успішного проведення корекційно-виховної та корекційно-освітньої роботи.

Мета – дослідити процес застосування фізичних вправ у школярів різних вікових категорій з вадами слуху й обґрунтувати їх корекційно-розвиваючу роль у фізичному розвитку таких дітей і підлітків.

В ході дослідження були використані такі **матеріали та методи**: 1) аналіз літератури; 2) антропометричні методи (для визначення довжини і маси тіла, кистьової динамометрії, екскурсії грудної клітки); 3) фізіологічні методи (для визначення ЧСС, АТ, життєвої ємності легень, показники проб Штанге і Генчі); 4) тестування координаційних здібностей (проби Ромберга – п'яtkово-носочна і поза "Лелека", тест "Ловля лінійки"); 5) тестування психомоторних здібностей (визначення точності сприйняття часу, простої і складної зорово-моторної реакції); 6) педагогічне спостереження; 7) констатуючий педагогічний експеримент; 8) методи математичної статистики.

Результати. Загальні особливості дітей і підлітків із вадами слуху характеризуються тим, що порушення функції слухового аналізатора в таких дітей призводить до низки вторинних відхилень у різних сферах розвитку. Порушення слуху негативно відбивається на психіці школяра, обмежує обсяги надходження і сприйняття інформації від навколишнього світу, супроводжується уповільненням процесів сприйняття, мислення, уваги, пам'яті, уяви, всієї пізнавальної діяльності. У школярів з вадами слуху порушується діяльність серцево-судинної і дихальної систем, зокрема спостерігаються диспропорції в об'ємі та екскурсії грудної клітки, зниження об'єму життєвої ємності легень, невміння координувати дихання з ритмом усного мовлення. У багатьох із них знижені показники м'язової сили, витривалості, проявляються емоційні порушення, моторні та вестибулярні розлади.

Функції слуху людини тісно пов'язані з руховими функціями, що впливає з тісного взаємозв'язку слухового і рухового аналізаторів. Слухові сигнали, так само як і зорові, беруть безпосередню участь у регуляції рухів, тому виключення слуху із системи аналізаторів означає не просто випадіння даної сенсорної системи, а порушення всього процесу фізичного розвитку. Між порушенням слуху, мовленнєвою функцією та руховою системою існує тісний функціональний взаємозв'язок. Характерними порушеннями школярів із вадами слуху в руховій сфері є: недостатньо точна координація та невпевненість у руках; відносна уповільненість протікання процесів оволодіння руховими навичками та їх розвитку; складнощі зі збереженням статичної і динамічної рівноваги; відносно низький рівень орієнтування у просторі; уповільнена швидкість виконання окремих рухів і всього темпу рухової діяльності порівняно зі здоровими дітьми й підлітками; уповільненість розвитку основних фізичних якостей; уповільнена швидкість зворотної реакції; невиражене зняття гальмуючого впливу кори головного мозку тощо. Щодо порушення моторики,