Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича

Факультет фізичної культури, спорту та реабілітації
(повна назва інституту/факультету)
Кафедра терапії, реабілітації та здоров'язбережувальних технологій
(повна назва кафедри)

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ТА ЕРГОТЕРАПІЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИЗМОМ

Кваліфікаційна робота

Рівень вищої освіти - другий (магістерський)

Виконала:
студентка VI курсу, групи 610
спеціальності
227 «Терапія та реабілітація»
(шифр і назва спеціальності)
Куліш Тетяна Степанівна
(прізвище та ініціали)

Керівник д.мед.н., професор Доцюк Л.Г.
(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ініціали)

До захисту допущено:
Протокол засідання кафедри № ___
від „___" _____ 2025 р.
Зав. кафедри, проф.. _____ Лідія ДОЦЮК

Чернівці – 2025

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі представлено результати дослідження ефективності комплексної програми фізичної терапії з елементами ерготерапії, спрямованої на покращення функціонального стану дітей раннього віку з розладами аутистичного спектра (РАС). Описано та реалізовано індивідуальні плани фізичної терапії та ерготерапії, які включали вправи на сенсорну інтеграцію, розвиток дрібної та великої моторики, формування навичок самообслуговування, а також активну участь батьків у реабілітаційному процесі.

За результатами оцінки функціонального стану дітей підтверджено ефективність запропонованої програми: у всіх учасників дослідження спостерігалася позитивна динаміка у сферах самообслуговування, мобільності та соціальної функціональності, зменшення проявів аутоагресії та стереотипної поведінки. Отримані результати підтверджують практичну доцільність впровадження запропонованої програми фізичної терапії та ерготерапії у комплексну систему реабілітації дітей з РАС.

Ключові слова: розлади аутистичного спектра, ерготерапія, фізична терапія, сенсорна інтеграція, раннє втручання.

ABSTRACT

This qualification thesis presents the results of a study on the effectiveness of a comprehensive physical therapy program incorporating elements of occupational therapy, aimed at improving the functional status of young children with Autism Spectrum Disorder (ASD). Individualized physical and occupational therapy plans were developed and implemented, including exercises for sensory integration, development of fine and gross motor skills, formation of self-care abilities, as well as active parental involvement in the rehabilitation process.

The results of the functional assessment confirmed the effectiveness of the proposed program: all participants demonstrated positive dynamics in the areas of

self-care, mobility, and social functioning, along with a reduction in self-injurious behavior and stereotypical patterns. These findings support the practical relevance and feasibility of integrating the proposed physical and occupational therapy program into the comprehensive rehabilitation system for children with ASD.

Key words: autism spectrum disorder, occupational therapy, physical therapy, sensory integration, early intervention.

ЗМІСТ

ВСТУП …… 5

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ПРИ РОЗЛАДАХ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ …. 9

1.1. Етіологічні та патогенетичні основи розладів аутистичного спектра у дітей …… 9

1.2. Класифікація розладів аутистичного спектра …… 14

1.3. Клінічні прояви та діагностичні підходи при розладах аутистичного спектра …… 18

1.4. Сучасні підходи у фізичній терапії та ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра …… 24

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ…….. 29

2.1. Організація дослідження…… 29

2.2. Методи дослідження…… 30

РОЗДІЛ 3. ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИЗМОМ ……... 34

3.1. Первинне обстеження дітей з розладами аутистичного спектра ……..... 34

3.2. Програма фізичної терапії та ерготерапії у дітей з розладами аутистичного спектра ……..... 46

3.3. Оцінка ефективності програми комплексної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра …… 53

ВИСНОВКИ……. 60

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ …….. 62

ДОДАТОК …… 69

ВСТУП

Актуальність дослідження. Прогрес за останні десятиліття відкрив нові горизонти для підтримки та реабілітації осіб із різними порушеннями, зокрема розладами аутистичного спектра (РАС), що супроводжуються сенсомоторними дисфункціями. Фізична терапія дітей з РАС набуває дедалі більшого значення, враховуючи зростання частоти виявлення аутизму та супутніх станів у світовому масштабі [40; 58].

Згідно з останніми дослідженнями за останнє десятиріччя спостерігається стрімке зростання кількості осіб із розладами аутистичного спектру (РАС) – майже у 300 разів [41; 50]. Основною причиною цього явища вважають удосконалення методів діагностики та систем спостереження за симптоматикою РАС. Подібну динаміку фіксують і в ряді інших країн [52; 59]. Однак встановити точну чисельність осіб з аутизмом наразі складно, оскільки відсутні достовірні дані щодо причин такого різкого зростання. Серед ймовірних чинників називають зростання рівня стресу та несприятливу екологічну ситуацію. Усе це створює додаткові труднощі для процесів реабілітації та своєчасного втручання фахівців з реабілітації. Попри це, за останні 10 років досягнуто значного прогресу в розвитку цієї сфери, а також спостерігається постійне зростання кількості фахівців, залучених до роботи з дітьми з аутизмом [43].

Аутизм зазвичай пов’язаний з атиповим розвитком головного мозку. У багатьох випадках його супроводжує недостатній розвиток моторних або сенсорних функцій, а також порушення комунікації, соціальної взаємодії та інтересів. Типові ознаки аутизму часто виявляються ще у немовлят або дітей раннього віку – це труднощі у спілкуванні, нестача зацікавленості у навколишньому світі та зосередження на окремих предметах або діях. Виявити дитину з аутизмом можливо як у спеціалізованих, так і в загальноосвітніх навчальних закладах, оскільки рівень інтелектуального розвитку може суттєво варіюватися [51].

Крім того, розлади аутистичного спектру часто проявляються у формі м’якіших порушень із подібними симптомами. Діти з РАС, як правило, мають труднощі в соціальній взаємодії, комунікації, а також схильні до стереотипних форм поведінки. Ці особливості можуть по-різному виражатися в кожної дитини. Одні не користуються мовою для встановлення контактів, інші демонструють обмежений рівень пізнавальної активності. Симптоми можуть коливатися від незначних до тяжких: на одному кінці спектру знаходяться діти з вираженими інтелектуальними порушеннями та дефіцитом соціальних навичок, тоді як на іншому – діти з високим інтелектом, сформованою мовою та широким колом інтересів, яким, однак, також складно встановлювати соціальні контакти та формувати стосунки [1].

Діти з аутизмом та супутніми розладами потребують комплексної підтримки з боку міждисциплінарної команди фахівців. До цієї команди входять фізичні терапевти, ерготерапевти, терапевти мови та мовлення, психологи та інші спеціалісти, які займаються реабілітацією, розвитком та корекцією поведінки. У більшості випадків така робота здійснюється у тісній взаємодії з батьками дитини, а також з психіатрами, неврологами та іншими представниками медичної сфери, що забезпечує цілісний підхід до підтримки та розвитку дитини [3].

Актуальність досліджуваної проблеми зумовлена не лише стрімким зростанням поширеності РАС, але й браком уваги до розроблення цілеспрямованих програм фізичної терапії, адаптованих до потреб дітей із сенсомоторними порушеннями. Практичне значення таких програм полягає у можливості позитивного впливу на різні складові розвитку дитини – зокрема моторні навички, рухову координацію, поставу, а також здатність до соціальної взаємодії. Клінічні спостереження й наукові дослідження підтверджують високу ефективність фізичної терапії для покращення функціонального стану та загальної якості життя дітей з РАС.

Мета дослідження – дослідити ефективність використання фізичної терапії та ерготерапії для покращення функціонального стану дітей, які мають розлади аутистичного спектра.

Задля реалізації поставленої мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Здійснити аналіз сучасної наукової літератури щодо етіології та патогенезу, клінічних прявів та реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра.

2. Дослідити сенсорно-моторну сферу дітей з розладом аутистичного спектру і описати комплексну програму фізичної терапії та ерготерапії.

3. Реалізувати та оцінити ефективність комплексної програми фізичної терапії, орієнтованої на поліпшення функціонального стану дітей з аутизмом і сенсомоторними порушеннями.

Об’єкт дослідження: процес фізичної терапії та ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра.

Предмет дослідження: методики і засоби фізичної терапії, спрямовані на корекцію сенсомоторних дисфункцій у дітей з РАС.

Для досягнення поставлених цілей та вирішення зазначених завдань у роботі застосовуватиметься такий **комплекс методів дослідження**:

1. аналіз наукових джерел та нормативно-правових документів у сфері медицини й охорони здоров’я;

2. використання емпіричних методів, зокрема спостереження та анкетування;

3. аналітична обробка, узагальнення та систематизація зібраної інформації для визначення ефективності фізичної терапії у дітей з РАС.

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатку. Загальний обсяг роботи складає 69 сторінок. Список використаної літератури налічує 59 джерел.

РОЗДІЛ 1
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ПРИ РОЗЛАДАХ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

1.1. Етіологічні та патогенетичні основи розладів аутистичного спектра у дітей

Етіологія та патогенез розладів аутистичного спектра (РАС) у дітей і досі залишаються сферою активного наукового пошуку й обговорень серед спеціалістів у медичній та психологічній галузях. РАС представляють собою різнорідну групу порушень розвитку, що виявляються у сфері соціальної взаємодії, мовлення та поведінки. Сучасне трактування цього розладу передбачає врахування комплексу чинників – генетичних, нейробіологічних, екологічних і психосоціальних, – які можуть опосередковано чи безпосередньо впливати на його виникнення [45].

Протягом останніх десятиліть досягнуто значного поступу у вивченні генетичних детермінант РАС, що дало змогу виділити множинні варіанти генетичних змін, пов’язаних із підвищеним ризиком розвитку аутизму. Водночас глибше дослідження механізмів нейропластичності та раннього формування мозкових структур відкриває нові підходи до розуміння нейробіологічної основи РАС. Разом з тим, екологічні чинники також розглядаються як можливі детермінанти порушень.

Етіологічні фактори РАС

Походження РАС є складним і мультифакторним процесом, що включає генетичні мутації, середовищні впливи та нейробіологічні механізми. Чіткого єдиного етіологічного фактору не існує, проте наукові дослідження дозволяють окреслити низку основних причинних чинників, знання яких є критично важливим для формування ефективних програм допомоги дітям із РАС та їхнім родинам [59].

Генетичні передумови

Генетичні мутації. До значущих генетичних змін належать точкові мутації, варіації кількості копій генів (CNV), а також пов'язані генетичні синдроми, зокрема синдром ламкої Х-хромосоми та туберозний склероз. За даними досліджень, у патогенезі РАС можуть бути задіяні від 400 до 1000 генів. Частина з цих змін має виражений ефект, хоча деякі з них є поширеними, але з меншим клінічним впливом. Наприклад, мутації гена SHANK3 асоціюються із синдромом Фелана-МакДерміда, що супроводжується аутистичними проявами. Аналогічно, гени MECP2 і FMR1 пов'язані з підвищеним ризиком РАС [49].

Спадковість. Високий рівень генетичної обумовленості підтверджується результатами досліджень за участю близнюків і сімей з дітьми, які мають РАС. У разі, якщо один із монозиготних близнюків має розлад, ймовірність його виявлення у другого значно перевищує ризик для дизиготних пар [47].

Середовищні чинники

Пренатальні фактори. До впливів, що можуть сприяти формуванню РАС, належать прийом вагітною жінкою деяких медикаментів (вальпроат, талідомід), короткий проміжок між вагітностями, багатоплідна вагітність, ожиріння матері, гестаційна кровотеча, діабет, а також внутрішньоутробні інфекції (краснуха, ЦМВ) [43].

Перинатальні обставини, як-от передчасне народження, мала вага при народженні, затримка внутрішньоутробного розвитку, гіпоксія під час пологів та неонатальна енцефалопатія, також вважаються чинниками підвищеного ризику. Подібні впливи можуть як самостійно впливати на розвиток мозку плода, так і модифікувати експресію генів у генетично схильних осіб.

Вік батьків. Підвищений вік батька на момент зачаття корелює з підвищеним ризиком виникнення РАС у дитини [51].

Токсичні впливи. Вивчалася роль таких чинників, як пестициди (зокрема органофосфати), важкі метали, леткі органічні сполуки та забруднення повітря (діоксид азоту, тверді частинки). Екологічні дослідження мають вагоме значення для виявлення змінюваних ризиків розвитку РАС, тому важливо обмежити вплив відомих нейротоксикантів на вагітних і дітей [51].

Вакцинація. Наукові дослідження не підтверджують зв'язку між вакцинацією та підвищенням ризику РАС. Вакцинація повинна здійснюватися згідно з національним календарем щеплень. Епідеміологічні дані не виявили асоціації між РАС і вакцинацією проти кору, паротиту, краснухи, або застосуванням вакцин із тимеросалом, алюмінієм чи підвищеним імунним навантаженням. Навіть серед дітей із високим генетичним ризиком (через наявність старших братів/сестер із РАС) вакцинація не збільшувала ймовірність виникнення розладу [53].

Нейробіологічні чинники

Будова і функціонування мозку. Одним з провідних напрямів дослідження нейробіологічних основ РАС є вивчення «соціальної мережі мозку» (social brain network, SBN), до складу якої входять такі ділянки, як мигдалина та верхня скронева борозна. За однією з гіпотез, структура цієї мережі у дітей з РАС може бути зміненою. Структурна магнітно-резонансна томографія (МРТ) показала наявність регіональних змін у об'ємах сірої речовини в зонах, пов'язаних із соціальним функціонуванням, у порівнянні з нейротиповими групами. Дослідники також оцінювали співзмінність об'єму сірої речовини та показники цілісності білої речовини, що дозволило припустити наявність порушень у мережевій організації соціально значущих мозкових зон. Функціональні МРТ-дослідження, що аналізують активність мозку у стані спокою, засвідчили знижену функціональну взаємодію між цими зонами у дітей з РАС. Подібним чином, при обробці соціальних стимулів у цієї групи виявлено зменшену регіональну активність та послаблену внутрішню функціональну зв'язність у відповідних ділянках

мозку. Отримані результати підтверджують припущення про атипову організацію SBN як основу поведінкових порушень, характерних для дітей з аутизмом [51].

Особливості мозкового росту. Феномен надмірного зростання мозку у дітей з РАС добре задокументований – перші дані були отримані понад двадцять років тому на підлітках та дорослих за допомогою МРТ. Згодом дослідження поширилися на молодший вік: встановлено, що надлишковий ріст мозку у дітей з РАС відбувається до досягнення ними дворічного віку.

Індиректні дані, отримані шляхом аналізу окружності голови при народженні та МРТ немовлят, свідчать, що цей процес починається не одразу після народження, а наприкінці першого року життя. У когортному лонгітюдному дослідженні 55 немовлят, яке охоплювало період від 6 до 24 місяців, було виявлено, що діти, у яких згодом діагностували РАС, мали значно вищі темпи приросту загального об’єму мозку у віці 12–24 місяці порівняно з дітьми без РАС. Подальше велике дослідження (106 немовлят з групи підвищеного ризику та 42 контрольних учасники) додатково підтвердило цей зв’язок. Воно показало, що зміна об’єму мозку впродовж другого року життя корелює з тяжкістю соціальних порушень у дітей з РАС. Важливо, що дослідники поділили показник об’єму кори на два параметри – товщину кори та площу її поверхні – й встановили, що більш інтенсивне розширення площі кори у віці 6-12 місяців передує подальшому збільшенню загального об’єму мозку у другому році життя у дітей, у яких згодом був діагностований аутизм [47].

Патогенез розладів аутистичного спектра

Патогенетичні механізми розвитку розладів аутистичного спектра у дітей базуються на складній взаємодії генетичних, нейробіологічних і середовищних чинників. Останні наукові дослідження поглиблюють розуміння цих процесів, розкриваючи багаторівневу природу патології [30].

Генетичні чинники

Вагомий внесок у патогенез РАС належить генетичним механізмам. Сучасна наука виявила сотні генів, пов’язаних із цим розладом, що підкреслює його генетичну складність. Наприклад, серед поширених механізмів вказують мутації, які порушують функціонування регуляторів хроматину та транскрипційних факторів – структур, відповідальних за контроль експресії генів. Такі генетичні порушення часто фігурують у розвитку нейророзвиткових патологій, зокрема і РАС [51].

Середовищні чинники

Суттєву роль у формуванні РАС відіграють фактори зовнішнього середовища, особливо під час критичних періодів внутрішньоутробного розвитку. У цей період центральна нервова система є особливо вразливою до дії різних шкідливих впливів. До них відносяться хімічні речовини (зокрема токсиканти), характер харчування вагітної жінки, порушення гормонального балансу, психологічний стрес, а також вживання психоактивних речовин. Ці фактори можуть опосередковано взаємодіяти з генетичною схильністю, що ускладнює чітке визначення причинно-наслідкових зв’язків між зовнішнім впливом і розвитком РАС [59].

Молекулярні й клітинні механізми

На рівні клітин та молекул патогенез РАС пов’язаний із порушеннями в роботі нейронних мереж, які забезпечують нормальну комунікацію між клітинами мозку. Дослідження показують зміни у сигнальних шляхах, які порушують передачу імпульсів, що, у свою чергу, призводить до характерних клінічних симптомів. Зокрема, це проблеми з соціальною взаємодією, труднощі в комунікації та наявність стереотипних і повторюваних моделей поведінки. Часто в осіб із РАС виявляються й супутні симптоми – моторні порушення (зокрема дискінезія), затримка мовного розвитку, розлади сну, гастроінтестинальні скарги, епілепсія та тривожні розлади. Це свідчить про глибоке системне залучення в патологічний процес [55].

Роль статевих відмінностей

Встановлено значні статеві диспропорції в поширеності РАС – розлад значно частіше зустрічається у хлопчиків, ніж у дівчат (співвідношення приблизно 4:1) [55]. Це вказує на можливу роль біологічних механізмів, пов'язаних зі статевими відмінностями. Науковці розглядають такі можливі чинники, як різна експресія генів, регульована статевими гормонами або статевими хромосомами. Проте вплив статі на розвиток РАС залишається недостатньо вивченим і потребує подальшого дослідження для створення диференційованих підходів до профілактики й терапії.

1.2. Класифікація розладів аутистичного спектра

Розлади аутистичного спектра відносяться до категорії загальних порушень психічного розвитку, що класифікуються у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10) під рубрикою F84 – Загальні розлади розвитку, яка входить до ширшого розділу «Розлади психологічного розвитку» (F80–F89).

Згідно з МКХ-10, загальні порушення розвитку поділяються на такі форми:

F84.0 – Дитячий аутизм (аутичний розлад, інфантильний аутизм, інфантильний психоз, синдром Каннера);

F84.1 – Атиповий аутизм (атиповий дитячий психоз; поєднання аутичних рис з помірною розумовою відсталістю);

F84.2 – Синдром Ретта;

F84.3 – Інший дезінтегративний розлад дитячого віку (синдром Геллера, дитяча деменція, симбіотичний психоз);

F84.4 – Гіперактивний розлад, що включає поєднання гіперактивності з розумовою відсталістю;

F84.5 – Синдром Аспергера (аутична психопатія, шизоїдний розлад у дитячому віці).

У свою чергу, Американська психіатрична асоціація в межах класифікації DSM-IV визначає первазивні розлади розвитку (PDD), які охоплюють п’ять основних форм аутистичних порушень:

Аутичний розлад – код 299.00;

Синдром Ретта – код 299.80;

Дитячий дезінтегративний розлад (CDD) – код 299.10;

Синдром Аспергера – код 299.80;

Атиповий первазивний розлад розвитку (PDD-NOS) – також класифікується під кодом 299.80. PDD-NOS використовується для діагностики аутистичних станів, які не повністю відповідають критеріям жодного з вище зазначених порушень, але при цьому проявляють типові ознаки розладів спектра [49].

Дитячий аутизм, як правило, виявляється у віці до трьох років, тоді як атипову форму діагностують здебільшого між трьома та п’ятьма роками. Діагностика ґрунтується на основних симптомах, таких як схильність до стереотипної поведінки та труднощі з адаптацією до змін у навколишньому середовищі [54].

Попри наявність спільних проявів, клінічна картина аутизму може суттєво відрізнятися – як за характером, так і за ступенем вираженості симптомів. Це зумовлює формування різних клініко-психологічних профілів, рівнів соціальної адаптації та прогнозів щодо розвитку дитини. На сьогодні відсутня уніфікована класифікаційна система, яка б точно враховувала ці відмінності. Наявні підходи до класифікації, як правило, базуються на етіологічних або патогенетичних чинниках, а не на клініко-психологічних критеріях.

Дитячого аутизму класифікують на чотири основні групи. Основою для поділу є два критерії: рівень і характер порушення взаємодії дитини із зовнішнім середовищем, а також форма прояву аутичних рис [1; 56].

Перша група – діти, у яких домінує відчуття ізоляції від навколишнього світу.

Друга група – характеризується активним запереченням взаємодії з оточенням.

Третя група – демонструє прагнення замінити реальне середовище вигаданим або умовним.

Четверта група – визначається надмірним впливом зовнішнього середовища, що пригнічує активність дитини.

Найглибші порушення відзначаються у дітей **першої групи**. Вони практично не взаємодіють із навколишнім світом, майже не розмовляють, а зазвичай вимовляють короткі стереотипні фрази у стані емоційного напруження. Мовлення замінюється на неструктуровані звуки, такі як гудіння або бурмотіння. Вони не реагують на зовнішні подразники – біль, холод чи голод – і не демонструють страху навіть у небезпечних ситуаціях. Погляд не фокусується, поведінка одноманітна: безцільне переміщення приміщенням, лазіння по меблях. Спроби залучити їх до діяльності можуть призводити до аутоагресії. Такі діти здатні тривалий час концентрувати увагу на одному джерелі світла, як усередині приміщення, так і на вулиці.

Діти **другої групи** надзвичайно залежні від усталеного розпорядку дня, і будь-яке порушення звичної рутини може викликати у них сильну тривогу або навіть панічні стани. Вони почуваються безпечно лише у структурованому й передбачуваному середовищі, де найменші відхилення можуть призвести до серйозного психоемоційного дискомфорту.

Для забезпечення стабільності у побуті таким дітям необхідно створити чіткі маршрути для прогулянок, а також використовувати взуття певного кольору або типу. У спілкуванні вони здебільшого мовчазні, натомість часто вказують на об’єкти, які викликають інтерес, пальцем. У мовленні може бути присутня ехолалія – повторення слів чи фраз.

Такі діти відчувають фізичну незграбність, їм складно координувати рухи кінцівок. Водночас у них можуть проявлятися виняткові здібності у конкретних сферах. Їх мислення носить конкретно-предметний характер, а схильність до надмірної деталізації часто викликає занепокоєння.

Представники **третьої групи**, яких іноді називають «енциклопедичними» або «книжковими» дітьми, виявляють стійку зацікавленість у вузькому колі тем. Вони можуть роками залишатися зосередженими на одній темі або, наприклад, багато годин поспіль малювати певну тварину. Їх мовлення зазвичай швидке, часто з цитуванням уривків з улюблених книжок, хоча інтонація не завжди відповідає змісту. У розмові вони можуть не чути співрозмовника або взагалі не підтримувати діалог. Їх мовлення є швидким і змішаним, із перестановкою слів задля точнішого висловлення думки.

Ці діти прагнуть встановити зоровий контакт, проте під час спілкування орієнтуються здебільшого на власний інтерес, ігноруючи потреби співрозмовника. Вони можуть демонструвати глибокі знання в окремих темах, але водночас бути дезорганізованими у повсякденному житті, мати труднощі із самообслуговуванням і не сприймати зміни. Вони схильні зосереджуватись на неприємних ситуаціях (наприклад, пожежі, злочинці, смітники) та підтримують власні стереотипні поведінкові схеми навіть у мінливому середовищі.

Четверта група дітей з аутизмом відрізняється тим, що вони здатні встановлювати зоровий контакт і ініціювати комунікацію. Проте, коли виникають складнощі або перешкоди, їхня взаємодія раптово припиняється. У ситуаціях емоційної потреби або запиту на підтримку такі діти звертаються до найближчих дорослих, демонструючи довіру.

Їх поведінка вказує на намагання дізнатися думку дорослого: «Як, на вашу думку, правильно?» або «Яку відповідь ви хочете почути?» Вони схильні опиратися на сталі правила, які надають їм відчуття безпеки. У їхньому світогляді панує категорія точності – неправда є неприйнятною. Комунікація ускладнюється через нечітке мовлення й труднощі з формулюванням висловлювань. Хоча вони можуть підтримувати діалог, їм складно переказувати текст, а прості інструкції можуть викликати розгубленість. Водночас такі діти швидко реагують на нові подразники або

незнайомі ситуації. Їх основними проблемами залишаються підвищена вразливість і почуття беззахисності.

1.3. Клінічні прояви та діагностичні підходи при розладах аутистичного спектра

Розлад аутистичного спектра (РАС), також відомий як аутизм, є порушенням нейророзвитку, яке впливає на сприйняття та взаємодію людини з навколишнім світом і соціальним оточенням [12].

Клінічні прояви РАС можуть бути помітні ще в ранньому дитинстві, хоча в окремих випадках діагноз встановлюється лише в більш зрілому віці. Наявність розладу здатна впливати на освітні перспективи, професійну реалізацію та якість соціального функціонування. РАС також може стати джерелом підвищеного психологічного навантаження для родин, які забезпечують догляд, підтримку та адаптацію таких осіб [16]. У спектрі проявів аутизму існує значна варіативність: одні люди потребують постійної допомоги, тоді як інші можуть вести цілком незалежне життя.

РАС охоплює групу нейророзвиткових розладів, основними характеристиками яких є труднощі в соціальній комунікації та взаємодії, наявність стереотипної, повторюваної поведінки та обмеженість інтересів [4].

Показники поширеності РАС у світі становлять приблизно 1 випадок на 100 дітей [58]. Проте цей середній показник суттєво варіюється залежно від країни та методології дослідження, а деякі роботи повідомляють про набагато вищу захворюваність. У багатьох регіонах із низьким і середнім рівнем доходу точна поширеність РАС досі невідома. Світова тенденція свідчить про зростання кількості виявлених випадків [56], однак не виключено, що це зростання частково зумовлене підвищеним рівнем інформованості, розширенням діагностичних критеріїв або навіть можливістю гіпердіагностики [48].

Незважаючи на статистичні відмінності, загальновизнано, що РАС є глобальним явищем, яке потребує системної підтримки, міждисциплінарних втручань та індивідуалізованих програм супроводу [11; 20].

Симптоматика та ознаки

Хоча сучасні досягнення у вивченні генетичних і нейробіологічних основ РАС значно просунулися, встановлення діагнозу цього розладу і далі базується передусім на оцінці поведінкових проявів. Складність у визначенні точних показників поширеності частково обумовлена необхідністю чіткої клінічної стандартизації для діагностики вкрай гетерогенного стану.

У п’ятому виданні Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) було інтегровано попередні окремі діагнози в єдину категорію – розлад аутистичного спектра. Цей підхід підкреслює важливість урахування супутніх поведінкових та розвиткових відхилень, що можуть супроводжувати основну симптоматику [49].

З часу публікації рекомендацій Американської академії педіатрії (AAP) у 2007 році було досягнуто значного прогресу в розпізнаванні ранніх симптомів РАС. Підвищення рівня професійної підготовки спеціалістів і громадської обізнаності сприяло застосуванню стандартизованих скринінгових інструментів, що дає змогу проводити ранню діагностику та своєчасну корекцію супутніх медичних і поведінкових порушень, починаючи з раннього дитинства й аж до підліткового віку.

Хоча симптоматика розладів аутистичного спектра має нейробіологічне підґрунтя, клінічно вона проявляється через поведінкові особливості, які змінюються залежно від віку, мовного розвитку та рівня когнітивного функціонування дитини. Згідно з класифікацією DSM-5 [57], основні прояви РАС умовно поділяються на дві ключові категорії: порушення у сфері соціальної комунікації та взаємодії, а також наявність обмежених і повторюваних моделей поведінки. Атиповий розвиток, що охоплює кілька функціональних систем, призводить до формування симптомів, характерних

для цього спектра порушень. Найчастіше перші ознаки РАС проявляються вже у другому році життя [52].

До типових ранніх симптомів аутизму у дітей належать наступні [35]:

- відсутність реакції на звертання на ім’я;
- не демонструє зацікавлення предметами шляхом вказування на них;
- уникає зорового контакту;
- віддає перевагу перебуванню на самоті;
- не бере участі в символічних або уявних іграх;
- відсутність мовлення або його значна затримка;
- труднощі з розпізнаванням і вираженням як власних емоцій, так і емоцій інших людей;
- надмірна чутливість до змін, навіть незначних;
- відповідає на запитання фразами, що не мають логічного зв’язку із запитом;
- виявляє нав’язливі, стереотипні інтереси;
- має недостатній рівень соціальних навичок або вони нижчі за вікову норму;
- демонструє опір фізичному контакту або уникає його;
- недостатньо усвідомлює небезпеку;
- порушення вживання займенників, наприклад, використовує «я» замість «ти».

У приблизно 25% дітей з РАС спостерігається регресія мовленнєвих або соціальних навичок, що зазвичай проявляється у віці від 18 до 24 місяців. Точна причина втрати раніше сформованих умінь на сьогодні залишається невідомою [33].

Діти та дорослі з розладами аутистичного спектра (РАС) можуть значно відрізнятися за рівнем інтелектуального розвитку. У деяких випадках спостерігається обмежене використання вербальних засобів спілкування або повна їх відсутність, а також низький рівень адаптивної поведінки [15; 45].

До інших характерних поведінкових особливостей, які часто асоціюються з РАС, належать [46]:

- надмірна тривожність або наявність незвичних фобій;
- тенденція до розміщення предметів і іграшок у суворому порядку (наприклад, у лінію);
- однотипні, повторювані способи гри;
- схильність до самопошкодження;
- або відсутність страху, або навпаки – надмірна реакція на незначні загрози;
- знижена здатність до тривалого зосередження уваги;
- нетипові звички, пов'язані зі сном або харчуванням.

Супутні стани. У багатьох людей з РАС діагностуються супутні розлади, серед яких найпоширенішими є епілепсія, тривожні стани, депресивні розлади, а також синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Крім того, часто фіксуються й складні поведінкові прояви – проблеми зі сном, самоушкодження, сенсорні порушення тощо. Рівень когнітивного розвитку в осіб з РАС також демонструє значну варіативність: одні мають виражені інтелектуальні труднощі, інші – середній або навіть високий рівень інтелекту (IQ) [18; 54].

Діагностичні критерії відповідно до DSM-5

Актуальні критерії діагностики РАС визначені в П'ятому виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), ухваленому Американською психіатричною асоціацією [49]. У ньому розлад описується як поєднання стійкого порушення соціальної комунікації та взаємодії, а також наявності обмежених і повторюваних моделей поведінки, інтересів чи дій.

DSM-5 визначає ступінь тяжкості розладу, спираючись на вираженість порушень у соціальній сфері та інтенсивність стереотипної поведінки. Для підтвердження діагнозу РАС за цими критеріями необхідна наявність усіх трьох основних симптомів порушення соціальної комунікації, а також

щонайменше двох із чотирьох типових проявів обмежуваної та повторюваної поведінки.

А. Стійкі порушення у сфері соціальної комунікації та соціальної взаємодії в різних контекстах, які проявляються в наступному:

1. Недоліки у соціально-емоційному взаємообміні. Зниження здатності ініціювати або підтримувати діалог, зменшена реакція на соціальні звернення, труднощі з проявом емоційної взаємності, відсутність інтересу до спільної діяльності.

2. Порушення у використанні невербальної комунікації, яка служить засобом соціальної взаємодії. Недостатня інтеграція вербальних і невербальних засобів спілкування (мова тіла, зоровий контакт, міміка); труднощі в розумінні й використанні жестів; повна або часткова відсутність виразної міміки та невербального реагування.

3. Труднощі в побудові, підтриманні та розумінні соціальних відносин. Відсутність навичок адаптації поведінки відповідно до соціального контексту; проблеми з участю у спільних іграх; складність у налагодженні дружніх стосунків або відсутність зацікавленості в контактах із ровесниками.

В. Обмежені, повторювані моделі поведінки, інтересів або діяльності, які проявляються принаймні у двох з наведених нижче ознак:

1. Стереотипні або повторювані рухові дії, маніпуляції з об'єктами чи мовлення:

– Повторювані прості рухи (махання руками, розгойдування тіла),

– Викладання іграшок або предметів у лінію,

– Перекладання об'єктів з місця на місце,

– Ехолалія (повторення чужих слів або фраз),

– Вживання нехарактерних для мови фраз або слів.

2. Наполягання на одноманітності, негнучке дотримання рутин або ритуалізовані зразки поведінки (як вербальні, так і невербальні):

– Виражене несприйняття змін,

– Стресова реакція на навіть незначні зміни в оточенні чи розкладі,

– Складність в адаптації до нових ситуацій,

– Жорсткі мисленнєві схеми,

– Ритуали вітання,

– Необхідність рухатись одним і тим самим маршрутом.

3. Вкрай обмежені, фіксовані інтереси, які мають аномальну інтенсивність або фокус:

– Надмірна зацікавленість незвичними предметами,

– Нав’язливе зосередження на конкретних темах чи об’єктах,

– Інтереси, які є занадто вузькими за змістом і надмірними за інтенсивністю.

***4.* Гіперреактивність або гіпореактивність на сенсорні стимули, або незвичайна зацікавленість сенсорними аспектами середовища:**

– Відсутність реакції на біль або температуру,

– Підвищена чутливість до окремих звуків, текстур або запахів,

– Відраза до певних видів дотику,

– Захоплення світловими ефектами або рухомими об'єктами.

Симптоматика розладів аутистичного спектра має виявлятися ще в ранньому віці, однак у деяких випадках вона може залишатися малопомітною, доки соціальні вимоги не почнуть перевищувати адаптивні можливості особи. У ряді випадків симптоми можуть бути замасковані компенсаторними стратегіями, сформованими впродовж життя. Прояви РАС повинні викликати клінічно значущі труднощі у соціальній, професійній або інших важливих сферах повсякденного функціонування. При цьому такі порушення не можуть бути повністю пояснені наявністю інтелектуальної недостатності (ІН) або загальною затримкою розвитку.

РАС і ІН нерідко співіснують, однак для підтвердження обох діагнозів необхідною умовою є, щоб рівень соціальної комунікації був нижчим за очікуваний з урахуванням загального рівня розвитку дитини [24; 50].

Попри те, що DSM-5 пропонує уніфіковану систему діагностичних критеріїв, ключовим залишається принцип індивідуального підходу. Через високу варіативність клінічних проявів РАС надзвичайно важливо враховувати унікальні потреби, особливості та сильні сторони кожної особи при формуванні плану підтримки та втручань.

Отже, оновлена діагностична модель DSM-5 дозволяє точніше окреслити межі РАС, відображаючи широкий спектр клінічних варіантів. Вона також підкреслює важливість раннього розпізнавання симптомів і персоналізованої допомоги як засобів поліпшення якості життя осіб із РАС та підтримки їхніх родин.

1.4. Сучасні підходи у фізичній терапії та ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра

Основною метою лікування дітей із розладами аутистичного спектра (РАС) є:

- зменшення основних порушень, пов’язаних із соціальною комунікацією, взаємодією, а також повторюваною чи обмеженою поведінкою та інтересами [10; 17; 25];
- досягнення максимальної функціональної самостійності шляхом розвитку навчальних можливостей та адаптивних навичок [20; 38];
- запобігання або корекція поведінкових порушень, які можуть обмежувати розвиток функціональних умінь [36].

Усі терапевтичні втручання повинні спиратися на обґрунтовану теоретичну базу, бути методологічно обґрунтованими й підтвердженими науковими доказами [39]. Обрані стратегії мають відповідати віковим, когнітивним та індивідуальним особливостям дитини. Наприклад, у разі раннього виявлення РАС доцільно застосовувати поведінкові та розвиткові моделі терапії – як окремо, так і в межах комплексних програм. У

подальшому такі діти можуть бути включені до спеціалізованих або загальноосвітніх дошкільних установ [14; 45].

У старшому віці терапія зазвичай реалізується в умовах навчальних закладів, де інтегруються елементи поведінкового підходу й розвиткової підтримки для покращення навичок соціальної адаптації. Підходи до втручання варіюються за рядом параметрів:

- теоретичною основою (поведінкова, розвиткова, змішана модель);
- обсягом (сфокусоване втручання або комплексні програми);
- умовами реалізації (індивідуальні чи групові форми, участь фахівців або підготовлених батьків, місце проведення – вдома чи в освітньому закладі);
- цілями терапії.

Обов'язковим елементом ефективного втручання є активне залучення батьків до вибору методів та підтримки дитини на всіх етапах терапевтичного та освітнього процесів [16].

Діти з РАС часто мають сенсомоторні розлади, які проявляються у вигляді порушень координації, труднощів з утриманням рівноваги або надмірної чутливості (гіперреактивності) або, навпаки, нечутливості (гіпореактивності) до сенсорних стимулів. Такі особливості суттєво впливають на здатність дитини брати участь у повсякденній діяльності, навчанні та соціальній взаємодії.

Згідно з даними досліджень, 83% дітей з РАС мають труднощі з опануванням моторних навичок, відповідних до віку, що вказує на тісний зв'язок між аутистичним спектром і сенсомоторною дисфункцією [2; 28].

Американська академія педіатрії підкреслює важливість проведення обов'язкового скринінгу на РАС у віці до двох років, оскільки своєчасне втручання має потенціал суттєво покращити результати терапії, а в окремих випадках – навіть нормалізувати певні функції мозку у дітей з аутизмом [52].

Сучасні методи втручання при РАС є багатокомпонентними та персоналізованими. Вони включають поведінкову, освітню, логопедичну й

фізичну терапію. Ефективність психосоціальних підходів, базованих на доказових дослідженнях, підтверджено їх позитивним впливом на комунікативні здібності, соціальну взаємодію та загальну якість життя як дітей з РАС, так і їхніх сімей [7; 8; 21; 22].

Фізична терапія займає важливе місце у розвитку як дрібної, так і загальної моторики в осіб із РАС. Програми, спрямовані на поліпшення координації рухів та рівноваги, сприяють зростанню функціональної самостійності дитини в повсякденному житті [13].

Аналіз сучасних підходів до фізичної терапії дітей з РАС та сенсомоторними порушеннями свідчить про необхідність багатовекторної стратегії, яка враховує не лише моторний розвиток, а й залучення дитини до соціально значущих форм активності, підвищення її адаптаційного потенціалу та загального добробуту [11; 23].

Фахівці з фізичної терапії відіграють ключову роль у виявленні та корекції рухових порушень у дітей з РАС [44]. Завдяки спеціалізованій підготовці у сфері дитячого нейромоторного розвитку, вони здатні точно діагностувати порушення постави, координації, моторного планування, а також формувати індивідуальні програми втручання. Основні напрямки їх роботи включають оптимізацію постави, поліпшення мобільності, розвиток тілесного усвідомлення, координації рухів та формування навичок участі у грі й щоденних побутових діях.

Фізичні терапевти використовують низку ефективних підходів для покращення рухових і сенсомоторних функцій у дітей із розладами аутистичного спектра (РАС). До найпоширеніших методів належать:

- **Водна терапія (акватерапія).** Серед методів, спрямованих на розвиток моторних здібностей і соціальної поведінки, важливе місце займає акватерапія – лікувальний підхід, який використовує властивості водного середовища (гідростатичний тиск, температура, в’язкість, плавучість). Водні заняття забезпечують інтенсивну сенсорну стимуляцію, що чинить заспокійливу дію, сприяє покращенню взаємодії та комунікації. Акватерапія

також позитивно впливає на фізичний розвиток і функціональний стан дітей з РАС [35].

- **Розвиток моторних навичок.** Діти з РАС часто мають знижений м'язовий тонус, проблеми з координацією, а також затримку розвитку як дрібної, так і великої моторики. Послуги терапевта сприяють розвитку моторики рук, навичок гри, письма й самообслуговування. У разі виражених рухових розладів застосовуються кінезіотерапевтичні програми, що розвивають силу, координацію, рухове планування та навички безпечного пересування [32]. Одним із поширених явищ у дітей з РАС є ходіння на носках, яке, ймовірно, пов'язане із сенсорними особливостями або звичковими реакціями. Лікування включає пасивні розтягування, ортопедичні засоби або гіпсування. Зниження моторики негативно впливає на участь у сімейних активностях, іграх, спорті, що обмежує соціальну взаємодію й підвищує ризик надмірної ваги. Отже, структуровані програми з повторюваною практикою сприяють ефективному розвитку рухових навичок [9; 31].

- **Сенсорна інтеграція.** Цей метод передбачає активну взаємодію дитини з терапевтом у процесі розвитку адаптивних реакцій або зниження сенсорної чутливості. Кваліфіковані фахівці, зокрема фізичні терапеви та ерготерапвсьевти, використовують ігрові форми й вправи для вдосконалення сенсорної регуляції. Психоедукація батьків і надання практичних стратегій допомагають їм краще розуміти реакції дитини та адаптувати середовище, зменшуючи функціональні обмеження [19; 29].

- **Ексергейми (exergaming).** Попри обмежену кількість досліджень, наявні дані свідчать про позитивний вплив відеоігор з фізичною активністю на моторну функцію дітей з РАС. Використання консолей (Xbox Kinetic, Nintendo Switch, PlayStation Move) та ігор (наприклад, Just Dance, Kinetic Sports) покращує мотивацію, рухову активність і когнітивні функції. Встановлено, що навіть одноразовий 20-хвилинний сеанс здатен знизити частоту повторюваної поведінки та покращити функції робочої пам’яті й

самоконтролю у молоді з РАС порівняно з пасивним дозвіллям, таким як перегляд телебачення [37].

- **Терапевтична верхова їзда.** Як форма тваринно-орієнтованої терапії, верхова їзда є цінним методом комплексного впливу на фізичні, емоційні, когнітивні та поведінкові порушення у дітей з аутизмом. Вона стимулює розвиток рівноваги, м'язової сили, координації та сенсорної інтеграції завдяки динамічній природі рухів коня. Крім того, такий вид терапії сприяє підвищенню самооцінки, формуванню впевненості, соціальних зв’язків та емоційної стабільності у дітей з РАС [44].

РОЗДІЛ 2
ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Дослідження проводилося на базі Буковинського центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина» (м. Чернівці) в період з жовтня 2023 по квітень 2025 року.

Дослідження проводилось у три послідовні етапи:

• **Перший етап** (жовтень 2023 – березень 2024 рр.) був присвячений вивченню, аналізу та систематизації сучасних наукових джерел, що стосуються тематики роботи. Це дало змогу окреслити актуальність проблеми, чітко визначити мету, завдання та методологічні засади фізичної терапії для дітей з розладами аутистичного спектра. У цей період було встановлено строки реалізації дослідження, сформовано вибірку учасників.

• **Другий етап** (квітень – грудень 2024 р.) становив основну частину дослідницької роботи. На цьому етапі було проведено комплексне дослідження для оцінки функціональних можливостей пацієнтів з діагнозом РАС (розлади аутистичного спектру), розроблено індивідуальні програми фізичної терапії для кожної дитини, а також здійснено первинну обробку отриманих даних.

• **Третій етап** (січень – квітень 2025 р.) включав підсумковий аналіз результатів, визначення ефективності впроваджених терапевтичних програм і зіставлення початкових та фінальних показників. На завершення було сформульовано основні висновки та здійснено повне оформлення кваліфікаційної роботи.

У дослідженні взяли участь п’ятеро дітей віком від 3 до 6 років, серед яких – 2 дівчинки та 3 хлопчики. Включення учасників до дослідження здійснювалося за погодженням лікаря, а також за умови отримання

письмової інформованої згоди батьків кожної дитини. Дослідження виконане кейс-методом з індивідуальним аналізом результатів кожної дитини.

Реабілітаційна програма мала індивідуальний характер і включала заняття з фізичним терапевтом, ерготерапевтом, логопедом, психологом, корекційним педагогом та педагогом за методикою Монтессорі. Загальна тривалість курсу становила чотири тижні, при цьому заняття відбувалися тричі на тиждень. По завершенні курсу кожна сім'я отримувала практичні методичні рекомендації від усіх залучених фахівців для проведення самостійної корекційної роботи в домашніх умовах з урахуванням індивідуальних потреб дитини.

Заняття з проводилися в індивідуальному форматі тричі на тиждень протягом усього курсу, кожне тривалістю 25 хвилин. Участь у заняттях брали також батьки (здебільшого матері), з якими проводилися консультативні бесіди.

2.2. Методи дослідження

З метою досягнення поставленої мети дослідження було застосовано такі методи:

- аналіз науково-методичних та спеціалізованих джерел;
- аналіз клінічної документації (збір анамнестичних даних);
- опитувальник оцінки дитячої інвалідності – Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI);
- сенсорний профіль;
- методи порівняльного аналізу.

Аналіз науково-методичних і спеціальних джерел

У процесі виконання магістерської роботи було здійснено ґрунтовний аналіз сучасної української та зарубіжної наукової літератури, а також фахових методичних праць, що стосуються тематики ерготерапії у дітей з

розладами аутистичного спектра (РАС). Такий комплексний огляд дозволив оцінити рівень наукового обґрунтування даної проблематики, що дало змогу підтвердити актуальність теми дослідження. На основі отриманої інформації були чітко визначені завдання, обрано методи дослідження, а також розроблено та структуровано ефективний алгоритм застосування ерготерапевтичного втручання.

Аналіз клінічної документації (збір анамнезу)

Для участі в реабілітаційній програмі Буковинського центру комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина» кожна дитина проходила медичне обстеження, за результатами якого лікар-психіатр, невролог і ортопед надавали офіційне заключення щодо встановленого діагнозу. Ці дані систематизувались у персональній медичній картці пацієнта, яка включала категоріальний профіль, індивідуальну програму реабілітації (ІПР) та анкету-опитувальник PEDI. До початку реабілітаційного курсу кожен учасник проходив комісійне обстеження на базі центру за участю лікаря, корекційного педагога та психолога. Клінічний скринінг охоплював збір анамнестичних даних, первинний огляд дитини та складання індивідуального плану реабілітації.

Опитувальник оцінки дитячої інвалідності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory – PEDI)

Опитувальник PEDI є надійним, валідованим інструментом з доказовою ефективністю, який перекладено 25 мовами та успішно адаптовано у клінічній практиці багатьох країн. Його достовірність підтверджена численними дослідженнями [26].

Інструмент було вперше розроблено у 1992 році групою дослідників із Бостонського університету. У 2012 році з’явилася оновлена електронна версія PEDI-CAT, створена для вдосконалення процесу збору даних,

стандартизації оцінювання та формування уніфікованої бази результатів. Опитувальник призначений для оцінювання щоденної активності дітей віком від 6 місяців до 7,5 років за такими напрямами, як самообслуговування, мобільність і соціальна взаємодія. Він також застосовується для діагностики функціональних можливостей у дітей з інвалідністю, які мають хронологічний вік понад 7 років, але демонструють нижчий за вікову норму рівень розвитку.

Процедура опитування передбачає участь батьків або осіб, які постійно доглядають за дитиною. Саме вони оцінюють здатність дитини самостійно виконувати повсякденні дії. Також батьки можуть самостійно заповнювати анкету та аналізувати отримані результати. Заповнення анкети зазвичай триває від 20 до 30 хвилин.

Кожен пункт у PEDI відображає типову повсякденну дію, яку дитина виконує або не виконує без сторонньої допомоги. Відповіді фіксуються за принципом дихотомії – «так» або «ні». Варіант «так» означає, що дитина здебільшого виконує дію самостійно або вже засвоїла навичку, тоді як «ні» вказує на її відсутність або недостатній рівень. При підрахунку балів кожна відповідь «так» отримує 1 бал, а «ні» – 0 балів. Отже, відповідь «ні» засвідчує обмеженість або нездатність дитини до виконання певної дії, тоді як «так» підтверджує функціональну самостійність у цьому компоненті.

Кожна функціональна сфера (самообслуговування, мобільність, соціальна участь) оцінюється окремо, і для кожної обчислюється підсумковий бал як сума позитивних відповідей. Для стандартизації результатів використовується вікова таблиця норм, що дає змогу зіставити фактичні показники з нормативними значеннями відповідно до віку дитини.

Щоб визначити рівень функціональних можливостей у порівнянні з однолітками, необхідно знайти перетин балу дитини з її віковим показником у таблиці нормативів. Отримане значення є стандартизованим індексом розвитку, що вказує на відповідність або відставання у функціональному

розвитку. Оцінка в діапазоні 30-70 балів розглядається як така, що відповідає віковим нормам розвитку дитини.

Застосування PEDI у щоденній клінічній практиці значно підвищує точність, об'єктивність і якість оцінювання інвалідності та функціональної самостійності дитини [28].

Сенсорний профіль

Сенсорний профіль (скорочена версія SSP – Short Sensory Profile) є методом скринінгової оцінки сенсорної обробки у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Цей інструмент застосовується для виявлення можливих проявів сенсорної дезінтеграції в повсякденному житті дитини. SSP являє собою стандартизований батьківський опитувальник, який дозволяє оцінити адаптивну реакцію сенсорної нервової системи дитини на звичні сенсорні подразники (тригери) за п'ятибальною шкалою Лайкерта [; 42].

Опитувальник орієнтований на дітей віком від 3 до 10 років. Його заповнення триває близько 15 хвилин та включає 38 питань, які відображають характерну реакцію дитини на сенсорні стимули у різних ситуаціях повсякдення. Отримані результати мають кількісне вираження і зіставляються з нормативними значеннями за трьома категоріями: типовий рівень, можливі відхилення та значні відхилення.

Метод SSP є зручним інструментом для попередньої оцінки таких проявів, як сенсорна гіперчутливість (сенсорний захист) та сенсорний пошук (гіпочутливість), однак має певні обмеження. Зокрема, він не дозволяє охопити всі форми порушень сенсорної модуляції, моторно-сенсорні дефіцити, а також поведінкові й емоційні особливості, які можуть супроводжувати порушення сенсорної інтеграції. Таким чином, метод не є повноцінним інструментом для діагностики сенсорної інтеграційної дисфункції у дітей дошкільного віку, проте залишається ефективним засобом попереднього виявлення сенсорних особливостей [6; 27; 34].

РОЗДІЛ 3
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З АУТИЗМОМ

3.1. Первинне обстеження дітей з розладами аутистичного спектра

На початковому етапі курсу реабілітації для кожного учасника досліджуваної групи було проведено комплексну первинну оцінку, яка включала низку послідовних дій:

Знайомство з дитиною та родиною, що передбачало інтерв'ювання матері, збір анамнестичних даних щодо стану дитини, а також заповнення ерготерапевтичного профілю.

Клінічне спостереження відбувалося під час перебування матері з дитиною в сенсорно-інтеграційному кабінеті, оснащеному гойдалками, канатом, гімнастичними стінками, сенсорною гіркою, балансирними платформами та сенсорними доріжками. Поки тривав збір анамнезу, дитина мала змогу вільно обирати активності у доступному середовищі. Це дало змогу провести спостереження за поведінкою дитини в сенсорному просторі, зафіксувати її реакції, переваги та тривалість залучення до окремих видів активностей. Відповідно, ми змогли заповнити сенсорний профіль дитини на основі природної поведінки в динамічному середовищі.

Заповнення опитувальника оцінки дитячої інвалідності (PEDI), що дозволило визначити функціональні обмеження дитини у сферах самообслуговування, мобільності та соціальної взаємодії.

На основі проведеної оцінки було сформульовано короткострокові й довгострокові цілі у форматі SMART, відповідно до індивідуальних потреб кожної дитини.

Визначено методи і засоби втручання, адаптовані до функціонального рівня та специфічних завдань реабілітації кожного пацієнта.

Аналіз початкових результатів, отриманих за опитувальником PEDI, засвідчив, що всі діти мали значні труднощі в домені самообслуговування,

що відображено на рис. 3.1. Найнижчі показники спостерігалися у категоріях, пов’язаних з умінням одягати та знімати верхній і нижній одяг. Діти під номерами 1, 3 та 5 також мали виражені труднощі з навичками, пов’язаними з процесом прийому їжі.

Враховуючи результати початкового оцінювання, було розроблено індивідуальні програми терапевтичного втручання, спрямовані на формування та покращення навичок самостійного одягання/роздягання. Для трьох дітей (№1, №3, №5) також було запропоновано впровадження адаптивних засобів для підтримки процесу прийому їжі.

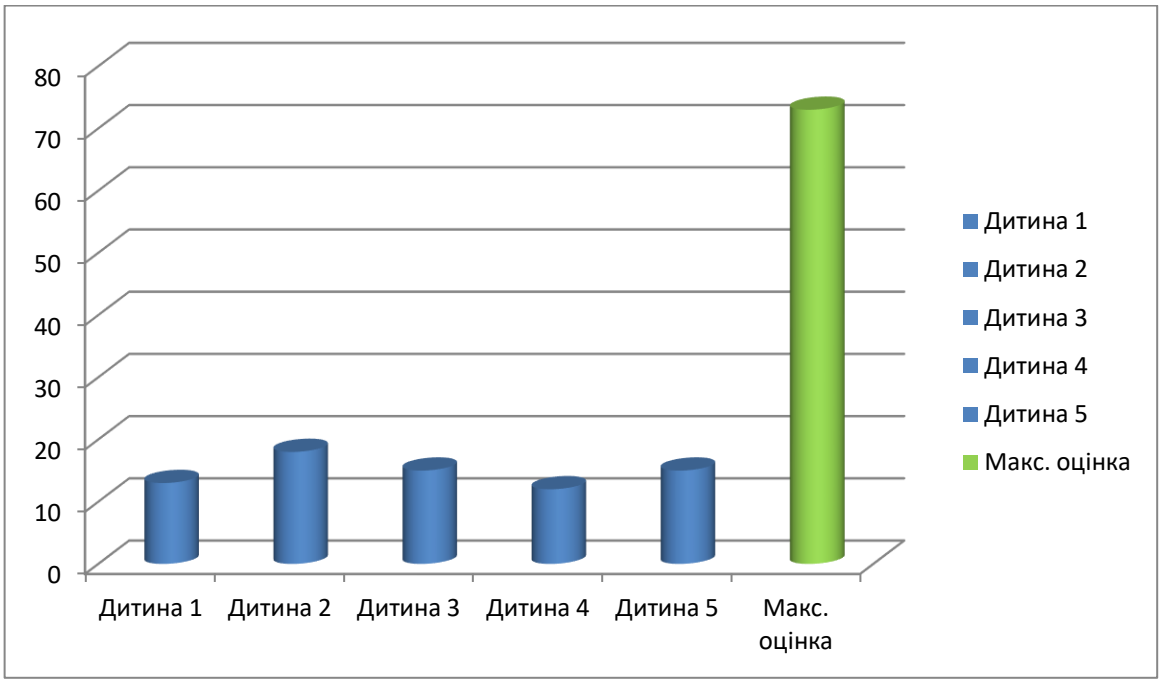


Рис. 3.1. Показники за розділом «Самообслуговування» за результатами первинної оцінки за опитувальником PEDI

Найвищі результати за опитувальником PEDI всі п’ятеро дітей продемонстрували у домені «Мобільність», що відображено на рис. 3.2. Цей розділ охоплює поняття рухових умінь і навичок, включаючи пересування, зміну положення тіла, координацію під час руху тощо. Високі бали вказують на те, що більшість дітей із розладами аутистичного спектра не мають істотних порушень у сфері основної рухової активності, що дозволяє

акцентувати реабілітаційні зусилля на інших функціональних сферах, зокрема самообслуговуванні та соціальній взаємодії.

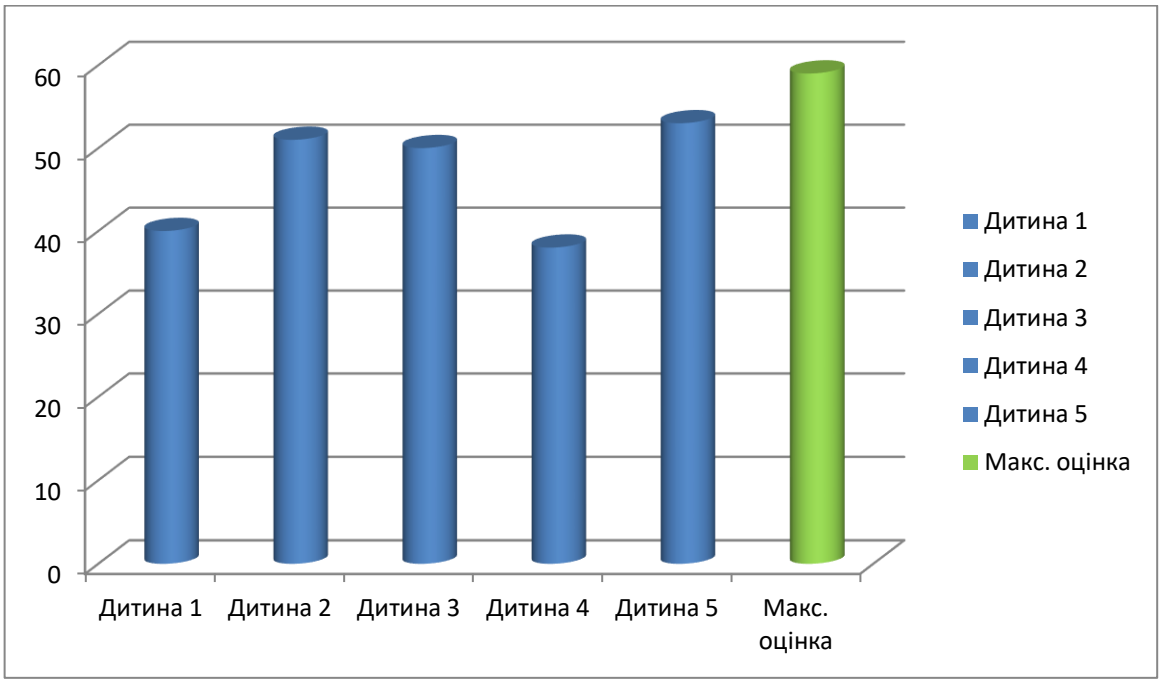


Рис. 3.2. Показники за розділом «Мобільність» за результатами первинної оцінки за опитувальником PEDI

У домені «Соціальна функціональність» результати первинного оцінювання свідчать про наявність виражених труднощів в усієї досліджуваної групи дітей. Найбільші складнощі спостерігались у контексті взаємодії з однолітками, участі в колективній діяльності, розуміння соціальних норм та ініціювання комунікації. Зниження рівня соціальної інтеграції підкреслює потребу в системному втручанні з боку мультидисциплінарної команди фахівців, зокрема логопеда (терапевта мови), корекційного педагога та Монтессорі-педагога. Дані оцінки за цим напрямом наведено на рис. 3.3.

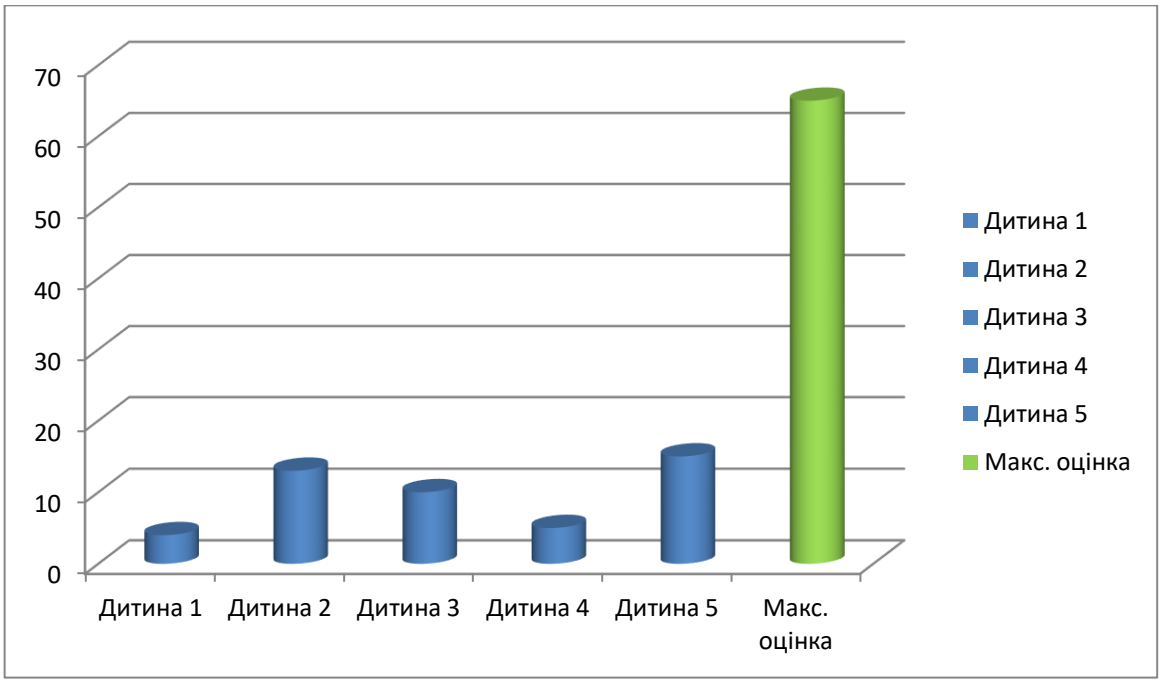


Рис. 3.3. Показники за розділом «Соціальна функціональність» за результатами первинної оцінки за опитувальником PEDI

Аналіз початкових результатів за сенсорним профілем у дітей раннього віку з розладами аутистичного спектра (РАС)

Під час аналізу сучасної наукової та спеціалізованої літератури, а також на основі результатів власного клінічного спостереження було встановлено, що сенсорні порушення у дітей з РАС мають індивідуалізований характер. У кожної дитини сенсорна дезінтеграція проявляється унікально – як за типом, так і за ступенем вираженості. Саме тому доцільним є розгляд результатів сенсорного профілю в розрізі кожного індивідуального випадку.

Дитина №1

Хлопчик, 3 роки 1 місяць

Анамнестичні дані (за результатами інтерв'ю з матір'ю). Серед основних скарг та поведінкових особливостей виявлено наступне:

Порушення сну: утруднене засинання, часті нічні пробудження.

Виражена реакція на емоційне збудження: дитина вдаряє лобною частиною голови об матір або предмети, які її оточують.

Інтерес до прогулянок на вулиці, зокрема до ігрового обладнання (гірки), однак проявляє небезпечну поведінку: при спробі злізти з гірки відпускає руки, що створює високий ризик падіння.

У домашньому середовищі переважає стереотипна поведінка: безцільне бігання квартирою, обертання коліс машинок, відсутність елементів рольової гри.

Відзначена любов до гучної музики та звукових іграшок.

Проблеми з харчуванням: не володіє навичками користування ложкою, перевертає тарілку, годується виключно матір'ю.

Побутова самообслуговувальна діяльність відсутня: не вміє самостійно одягатися, роздягатися; повністю залежний від допомоги матері.

Клінічне спостереження:

Під час першого заняття, яке відбувалося у кабінеті сенсорної інтеграції (оснащеному гойдалками, гімнастичними стінками, сенсорними доріжками, гірками та м'якими поверхнями), дитина увійшла до простору без ознак тривоги. Одразу почала активно бігати приміщенням, штовхала гойдалки, не зосереджувалася на жодному об'єкті довше ніж 3–6 секунд, постійно перемикаючи увагу.

Дитина не реагувала на звернення матері чи ерготерапевта, уникала зорового контакту, намагалася втекти від контакту при спробі зняти взуття – не спрямовувала погляд на руки, не виявляла ініціативи у виконанні дії. Сенсорні доріжки та балансири ігнорувала, обходила їх стороною. Під час пересування спостерігалася хода «на носочках» із відсутністю повного контакту п'ятки з поверхнею. При пересуванні по нестабільній основі (м'які мати, балансири) дитина втрачала рівновагу й одразу намагалася уникнути подальшого контакту, демонструючи ухиляння від взаємодії з терапевтом.

На підставі аналізу первинних результатів, отриманих за допомогою сенсорного профілю дитини №1, було встановлено, що основні порушення сенсорної обробки стосуються вестибулярної системи, пропріоцептивного

сприйняття (глибока чутливість, м’язово-суглобове відчуття) та тактильної чутливості.

З урахуванням зазначених особливостей та за активної участі матері, були сформульовані реалістичні терапевтичні цілі у форматі SMART, які передбачають поступове досягнення функціональних змін:

- через 1 тиждень дитина №1 адаптується до умов занять у центрі: спокійно входитиме до сенсорного кабінету та ініціюватиме контакт або реагуватиме на звернення терапевта.
- через 2 тижні дитина №1 зможе самостійно зняти кофту та взуття за словесними підказками протягом 2 хвилин, а також одягнути кофту протягом 3 хвилин.
- через 4 тижні дитина №1 зможе самостійно, без зовнішньої допомоги або підказок, зняти та одягнути верхній одяг.

Дитина №2

Дівчинка, 6 років

Анамнестичні дані (за результатами інтерв’ю з матір’ю). Матір повідомила про низку труднощів, пов’язаних із доглядом та повсякденним функціонуванням дитини:

Відсутність толерантності до гігієнічних процедур: дівчинка не дозволяє мити голову, розчісувати волосся та чистити зуби; всі ці дії виконуються примусово, що викликає стрес у обох сторін.

Під час емоційного перезбудження демонструє аутоагресію (кусає власні руки до утворення ран) та агресію щодо матері (удари руками).

Навички самообслуговування частково сформовані: може самостійно роздягатися, але одягається лише за допомогою мами.

Виявляє сильний інтерес до гучної музики, знайомі мелодії мають заспокійливий ефект.

У побуті переважає пасивна поведінка: більшість часу проводить перед екраном, дивлячись мультфільми; рольова гра відсутня.

Прийом їжі: харчується самостійно, проте споживає лише обмежений набір продуктів (спагеті, рис); повністю відмовляється від фруктів, солодощів та інших страв.

Клінічне спостереження:

Перед початком першого заняття дитина виявляла високий рівень тривожності – почала плакати, міцно притиснулась до матері й категорично відмовилася заходити до кабінету сенсорної інтеграції. За рекомендацією терапевта мати увійшла до кабінету, тримаючи дитину на руках обличчям до себе, та розмістилася на чорній гойдалці.

Після приблизно 10 хвилин гойдання дівчинка поступово адаптувалася до нового середовища, почала оглядати простір та повертатися обличчям до кімнати. На прохання зняти взуття дівчинка швидко скинула кросівки, не використовуючи рук.

Протягом заняття дитина демонструвала виражену захисну поведінку: не допускала до себе терапевта, міцно тримала маму за руку, при зверненнях до неї починала голосно кричати та кусати зовнішній бік долоні. При спробі ходьби по нестабільній м’якій поверхні (мати товщиною 7 см) відзначалася підвищена тривожність – дівчинка ставала на носочки й намагалася якнайшвидше зійти з поверхні. У відповідь на тактильні стимули виявляла агресивну реакцію – різко відкидала предмети, уникала будь-якого контакту з текстурами.

На основі аналізу початкових результатів оцінюванняо сенсорного профілю дитини №2 було встановлено, що основні сенсорні труднощі зосереджуються у сферах пропріоцептивного сприйняття (глибока чутливість, м’язово-суглобове відчуття), тактильної чутливості, а також пов’язані з особливостями рухової активності.

Враховуючи виявлені сенсорні порушення, а також індивідуальні особливості дитини, разом із матір’ю були сформульовані короткострокові та довгострокові цілі у форматі SMART, спрямовані на поступове формування навичок адаптації та самообслуговування:

- через 1 тиждень дитина адаптується до занять у реабілітаційному центрі: зможе самостійно заходити до кабінету та виявляти ініціативу в дослідженні простору сенсорної інтеграції.

- через 2 тижні дівчинка, за словесних підказок терапевта, зможе самостійно одягнути верхній одяг та за мінімальної допомоги застібнути блискавку.

- через 4 тижні дитина зможе самостійно застібнути липучки на кросівках протягом двох хвилин.

Дитина №3

Хлопчик, 4 роки.

Анамнестичні дані (за результатами інтерв'ю з батьками). Під час бесіди з мамою і татом було виявлено такі особливості:

Вдома дитина грається лише однією улюбленою іграшкою – машинкою, яку обертає колесами; рольова гра відсутня.

Харчування: їсть самостійно, але виключно вибіркові продукти – рис, ковбасу, макарони, сир; відмовляється від м'яса (жує, але випльовує), не вживає фруктів та овочів.

На прогулянках уникає гойдалок та гірок, натомість полюбляє гратися піском.

Самообслуговування недостатньо сформоване: не одягається самостійно, відмовляється чистити зуби, часто уникає участі в щоденних побутових процедурах.

Клінічне спостереження:

Під час першої зустрічі дитина демонструвала яскраво виражену відмову від контакту: не реагувала на звернення ерготерапевта, активно уникала будь-якої взаємодії та прагнула залишити заклад. Через відмову заходити до кабінету сенсорної інтеграції (супроводжувану вираженим плачем), заняття було організовано у холі реабілітаційного центру.

У доступному середовищі (м’які модулі, куби, мати, фітбол) дитина не проявляла інтересу до сенсорних іграшок та текстурованих матеріалів – навпаки, відмовлялася їх торкатися. Також було зафіксовано, що дитина пересувається переважно на носочках, рідко опускаючи стопу на п’ятку, що може свідчити про порушення глибокої чутливості (пропріоцептивної системи).

Аналіз початкових результатів сенсорного профілю дитини №3 показав, що основні порушення сенсорної обробки стосуються тактильного сприйняття, вестибулярної чутливості та оральної сенсорної сенситивності (смаку).

Враховуючи виявлені особливості, а також поведінкову реакцію дитини на стимуляцію різних сенсорних систем, спільно з батьками були визначені коротко- та середньострокові терапевтичні цілі у форматі SMART, спрямовані на поступову адаптацію дитини до реабілітаційного простору та розвиток навичок самообслуговування:

- через 2 тижні дитина №3 адаптується до занять у центрі: зможе самостійно заходити до кабінету сенсорної інтеграції та виявлятиме інтерес до дослідження доступного простору.

- через 3 тижні дитина зможе з мінімальною допомогою зняти взуття та верхній одяг протягом чотирьох хвилин.

- через 4 тижні дитина зможе самостійно застібнути блискавку на кофті (під час носіння) за дві хвилини.

Дитина №4

Дівчинка, 3 роки.

Анамнестичні дані (за результатами інтерв’ю з матір’ю). Дитина демонструє вибірковість у реагуванні: реагує виключно на голос матері.

Навички самообслуговування повністю відсутні: не їсть самостійно, не одягається, не виконує гігієнічних процедур (особливо негативна реакція на купання й чищення зубів).

Інтерес до предметно-ігрової діяльності відсутній: не цікавиться іграшками, музикою, мультфільмами.

Часто спостерігаються афективні прояви у вигляді тривалих істерик (до 60 хв), аутоагресія (удари головою, кусання пальців), а також агресія по відношенню до матері.

Під час прогулянок має тенденцію до втечі, часто спотикається, падає, при цьому відсутній страх висоти або падіння.

Клінічне спостереження:

Під час першого заняття дівчинка спокійно увійшла до кабінету сенсорної інтеграції разом з мамою, після чого одразу відпустила її руку й почала хаотично пересуватися по приміщенню. Виявляла гіперактивну поведінку – бігала колами, штовхала предмети, швидко й небезпечно підіймалася на гімнастичну стінку та відпускала руки на її верхній частині, не усвідомлюючи ризику падіння.

Концентрація уваги на окремих об'єктах була короткотривалою – від 3 до 10 секунд. На звернення матері не реагувала, однак спокійно ставилася до присутності терапевта та дозволяла себе вести за руку до гойдалки. Під час спроби зняти взуття проявила яскраво виражену негативну реакцію: почала бити головою об підлогу, намагалася вкусити терапевта.

Реакція на тактильні стимули була відторгувальна: дівчинка тримала предмети в руках не більше 2 секунд і одразу ж їх викидала. Така поведінка свідчить про сенсорну гіперчутливість та порушення процесів сенсорної інтеграції, особливо в тактильному й пропріоцептивному напрямках.

Аналіз первинних результатів сенсорного профілю дитини №4 виявив, що основні труднощі сенсорної інтеграції стосуються вестибулярної чутливості та пропріоцептивного сприйняття (глибока чутливість, м’язове відчуття). Ці порушення проявлялися у вигляді дезорганізованої рухової активності, нестабільної поведінки під час підйому на гімнастичні поверхні, надмірної реакції на зміну положення тіла та зниженого контролю рухів.

З урахуванням зазначених порушень, а також за участю матері, було сформульовано терапевтичні цілі у форматі SMART, які мають сприяти формуванню координаційних навичок, розвитку моторики та навичок самообслуговування:

- через 1 тиждень дитина зможе самостійно підніматися та спускатися з гімнастичної стінки без страху та дезорганізованих дій.
- через 3 тижні дитина зможе з мінімальною допомогою зняти взуття та футболку протягом 2 хвилин, а також одягнути їх протягом 4 хвилин.
- через 4 тижні дитина буде здатна самостійно нанизати 10 великих дерев'яних намистин на шнурівку протягом 5 хвилин, що відображає покращення дрібної моторики, концентрації уваги та послідовності дій.

Дитина №5

Дівчинка, 5 років.

Анамнестичні дані (за результатами інтерв'ю з матір'ю). Навички самообслуговування: дитина повністю залежна від матері у процесі одягання та роздягання.

Прийом їжі: харчується самостійно, однак робить це неохайно – розсипає, проливає. Проявляє виражену сенсорну вибірковість – надає перевагу продуктам із інтенсивним смаком (наприклад, лимон, оливки, сир з пліснявою).

Виявляє виражений інтерес до іграшок з логічним навантаженням (пазли, мозаїки, сортери). Може зосереджено гратись від 10 хв до 2 год, але важко переключається на інші види діяльності, що часто супроводжується агресивними реакціями (удари, укуси), особливо за раптової зміни середовища або дій.

Клінічне спостереження:

Дитина з охотою увійшла до кабінету ерготерапії, одразу почала розглядати наявні іграшки, однак увага була нестійкою, швидко переключалась з одного об'єкта на інший. Під час зняття взуття, кофтинки та

шкарпеток не брала участі у процесі, не дивилась на свої руки, демонструвала повну пасивність.

У роботі з дрібними предметами (на вертикалізованому терапевтичному столі) виявлялись порушення візуально-моторної координації – дитина неточно вкладала предмети у відповідні отвори, відчувала утруднення в маніпуляціях з гумовими резинками (гра «Геоборд»).

Під час спроб зайти до кабінету сенсорної інтеграції, дівчинка проявляла негативізм – плакала, тікала з приміщення. Проте демонструвала зацікавленість у гойдалках – коли помічала їх рух, одразу підбігала, щоб зупинити. Така поведінка може вказувати на сенсорну гіперчутливість до руху або зорової стимуляції, а також труднощі з перцептивною інтеграцією.

Аналіз результатів первинного сенсорного профілю дитини №5 показав наявність виражених труднощів у сферах вестибулярної чутливості та оральної сенсорної перцепції (смакової сенситивності). Ці порушення проявляються у вигляді уникнення рухової активності в динамічному середовищі, а також в харчовій поведінці – прагненні до продуктів з надмірно насиченими смаками. Крім того, спостерігалися труднощі із візуально-моторною координацією та самообслуговуванням.

На основі виявлених особливостей, спільно з матір’ю дитини, було визначено такі короткострокові терапевтичні цілі у форматі SMART:

- через 2 тижні дитина зможе з мінімальною допомогою самостійно одягнути светр і штани протягом 5 хвилин.

- через 3 тижні дитина зможе самостійно натягнути 10 гумових резинок на геоборд, що свідчитиме про розвиток дрібної моторики та візуального контролю.

- через 4 тижні дитина самостійно взуватиметься протягом 2 хвилин, що свідчитиме про формування побутової навички в структурованому середовищі.

- через 4 тижні очікується виражене покращення зорово-рухової координації під час бімануальної діяльності (завдань, що передбачають одночасну роботу обох рук).

3.2. Програма фізичної терапії та ерготерапії у дітей з розладами аутистичного спектра

На підставі аналізу сучасних наукових джерел та результатів обстеження дітей з РАС було розроблено комплексний алгоритм активізації сенсорно-моторної активності засобами фізичної терапії та ерготерапії. Формування та реалізація навчальної програми з фізичної терапії та ерготерапії ґрунтувалися на системному підході до вибору ефективних методів втручання. Структура розробленого алгоритму включала ключові компоненти організації реабілітаційного процесу та персоналізації втручань у межах індивідуального плану реабілітації (ІПР), а саме:

- впровадження мультидисциплінарного підходу, що передбачає співпрацю фізичного терапевта з ерготерапевтом, логопедом, психологом, педагогом та іншими фахівцями;

- використання SMART-підходу для формулювання цілей (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound), що забезпечує конкретність, досяжність та обґрунтованість поставлених цілей як для дитини, так і для батьків;

- пріоритет сімейно-орієнтованого підходу із залученням батьків до всіх етапів терапевтичного процесу;

- урахування індивідуальної клінічної картини кожної дитини для вибору адекватних засобів втручання.

Тривалість реабілітаційного курсу в Буковинському центрі комплексної реабілітації для дітей з інвалідністю «Особлива дитина» становила 4 тижні. Всі п’ятеро учасників отримали по 12 індивідуальних

занять з фізичної терапії та ерготерапії, які проводилися тричі на тиждень з урахуванням вікових, фізичних та когнітивних особливостей кожної дитини.

Заняття проходили у двох спеціалізованих зонах, облаштованих відповідно до принципів сенсорної інтеграції:

Кабінет сенсорної інтеграції, що був оснащений:

- різноспрямованими гойдалками різних форматів;
- балансувальними платформами та сенсорними доріжками;
- тактильними килимками;
- обтяжувальними ковдрами (вагою 3, 5 та 7 кг), сенсорними жилетами, браслетами для рук і ніг;
- гімнастичними стінками, сенсорною гіркою, м’ячами та мішками з матеріалами різної текстури.

Простір цієї зони використовувався з метою вирішення наступних завдань:

- адаптація до сенсорного навантаження навколишнього середовища;
- покращення просторової координації рухів під час побутової активності та пересування;
- удосконалення навичок ходьби, зокрема на нестійких поверхнях і при змінних сенсорних умовах.

Другою функціональною зоною в рамках реабілітаційного втручання був кабінет ерготерапії, обладнаний спеціалізованими засобами для розвитку дрібної моторики та навичок самообслуговування. У приміщенні розміщено три вертикалізовані терапевтичні столи типу «Biber», що використовуються для організації індивідуальної діяльності дитини у вертикальному положенні.

Кабінет також оснащено:

- набором терапевтичних ігор для розвитку дрібної моторики рук;
- макетами з різноманітними застібками (ґудзики, блискавки, липучки), які дозволяють відпрацьовувати побутові навички;
- тактильними дидактичними матеріалами, зокрема дощечками з різними текстурами, а також контейнерами з сипучими матеріалами (горох,

рис, пшениця, пісок), масами для ліплення (пластилін, тісто тощо), що сприяють формуванню сенсорного досвіду дитини.

Метою роботи в цій зоні було поступове формування та розвиток таких навичок:

- оволодіння базовими навичками одягання та роздягання шляхом маніпуляцій із застібками різного типу;

- формування навички самостійного прийому їжі, зокрема вдосконалення моторного контролю та координації під час використання ложки, чашки тощо;

- підвищення точності бімануальної діяльності, що передбачає узгоджене використання обох рук при застібанні ґудзиків, блискавок, липучок;

- покращення зорово-моторної координації, необхідної для виконання щоденних побутових дій у домашньому середовищі.

Терапевтичні втручання були спрямовані на формування цільових рухових навичок у дітей з розладами аутистичного спектра (РАС), що у підсумку сприяло підвищенню їхньої здатності до самостійного виконання повсякденних дій та участі в життєвій активності в різних сферах. Зміст занять розроблявся індивідуально – з урахуванням актуального рівня розвитку дитини, її психоемоційного стану, мотиваційних чинників та особистих інтересів, що, своєю чергою, підвищувало залученість і позитивне налаштування на співпрацю з терапевтом.

План терапевтичного втручання був структурований у три послідовні етапи, кожен із яких мав свою мету, тривалість і методи реалізації:

<u>І етап – Адаптація до простору та терапевта</u>

Мета етапу: сформувати базову адаптацію дитини до нового середовища, ігрового простору та фізичного терапевта, а також встановити довірливий контакт між дитиною та дорослими (терапевтом і батьками).

Тривалість: 4 заняття тривалістю по 25 хвилин.

Основні завдання:

- зниження тривожності дитини;
- адаптація до сенсорного простору та впливів;
- створення відчуття передбачуваності та безпеки.

Фокус втручання: покращення сенсорної інтеграції, оскільки порушення обробки сенсорної інформації, як свідчить література та клінічні спостереження, є ключовим бар'єром у виконанні цілеспрямованої діяльності у дітей з РАС.

Для кожної дитини індивідуально добиралися методи сенсорного впливу з урахуванням провідних порушень (вестибулярної, пропріоцептивної, тактильної тощо).

Структура терапевтичного заняття:

15-20 хвилин – сенсорне насичення з використанням відповідного обладнання;

5 хвилин – виконання простого завдання під супровід вербальної інструкції, що детально пояснювала дитині кожен крок.

Наприкінці першого етапу у чотирьох із п'яти дітей спостерігалося зростання інтересу до рухових завдань, що дало можливість скоротити тривалість сенсорної стимуляції та збільшити обсяг моторного компонента занять, а також перейти до наступного етапу – функціонального вдосконалення (етап II).

II етап втручання: розвиток моторних навичок та координації рухів

Другий етап програми включав 4 заняття, які були спрямовані на покращення просторової координації тіла, розвиток великої та дрібної моторики. Основною метою цього етапу було поступове підготування дитини до формування більш складних побутових навичок, таких як одягання та самостійне вживання їжі.

Структура кожного заняття на ІІ етапі включала три послідовні частини:

- Сенсорна активація (10 хвилин) – виконання вправ, підібраних відповідно до індивідуальних сенсорних порушень дитини, визначених на І етапі втручання.

- Розвиток моторного контролю (10 хвилин) – комплекс динамічних вправ для покращення координації, балансу та рухової стабільності.

- Завдання на точність рухів верхніх кінцівок (5 хвилин) – вправи, що передбачають маніпулювання дрібними предметами для розвитку цілеспрямованої моторики рук.

Приклади запропонованих заходів для покращення моторного контролю:

Ходьба за маршрутом: виконання вправи по заздалегідь складеному маршруту, що включав сенсорні доріжки, балансири, подушки, сходинки. Спочатку дитина пересувалась з підтримкою терапевта. Завдання розвиває зорово-моторну координацію, рівновагу, орієнтацію в просторі (тривалість – 4 хв).

Ходьба через перешкоди: діти проходили по доріжці з бар’єрами (палиці, предмети), не торкаючись руками, переносили м’ячі та кидали їх у ціль.

Лазіння з м’ячем: дитина підіймалась по гімнастичній стінці з м’ячем у руці, клала його у кошик угорі та поверталася по новий.

Їзда на «Go-Go Rollers»: дитина в положенні стоячи крутила педалі велоімітатора, утримуючи рівновагу. За потреби терапевт підтримував дитину за руки.

Балансування: стоячи на балансирі, дитина ловила та кидала мішечок вагою 0,2 кг. Завдання ускладнювались поступово: виконання однією рукою, зміна рук, варіація розміру/ваги предмета.

Моторика з м’ячем: вправи на точне кидання м’яча в ціль, передавання з руки в руку, відбивання об підлогу або стіну в різних напрямках.

Розвиток точності дрібних рухів (маніпуляції з предметами):

Для стимуляції пальцевої моторики та типів хапання (двопальцеве, циліндричне, щипкове) застосовувалися вправи:

- вставляння дерев'яних жетонів у вузький отвір;
- пересипання сипучих матеріалів ложкою (горох, рис, пісок);
- застібання прищіпок;
- ліплення з тіста, глини, пластиліну;
- малювання пальцями, замальовування зображень;
- обертання гайок і болтів;
- нанизування великих намистин на шнур;
- складання мозаїки.

По завершенню другого етапу в усіх 6 дітей спостерігалося помітне покращення:

- ходьба стала впевненішою, діти навчились помічати та обминати перешкоди;
- зросла концентрація уваги під час виконання завдань із дрібними предметами;
- стабілізувався психоемоційний стан у 4 із 6 дітей, зменшились прояви аутоагресії та стереотипій.

Отримані результати свідчать про ефективність запропонованого комплексу ерготерапевтичних втручань на даному етапі реабілітації.

III етап втручання: розвиток навичок самообслуговування

На заключному, третьому етапі терапевтичного втручання, основну увагу було зосереджено на формуванні та вдосконаленні побутових навичок, зокрема:

- оволодінні самостійним одяганням верхньої та нижньої частин одягу;
- розвитку бімануальної координації під час застібання різних типів застібок (ґудзики, блискавки, липучки).

Враховуючи особливості дітей із РАС, процес навчання одяганню вимагав індивідуального підходу з урахуванням:

- віку дитини;
- її сенсорного профілю (особливо тактильної чутливості);
- толерантності до текстильних матеріалів (тканина не повинна викликати дискомфорт або відторгнення).

План реалізації навичок одягання включав наступні кроки:

Організація простору для навчання – у залі виділялось окреме місце з яскравим стільчиком. До нього прикріплювалась наочна картинка, що зображала процес одягання для візуального підкріплення дій.

Використання методу «рука-в-руці» – терапевт, спрямовуючи руку дитини, разом із нею виконував послідовні дії, спрямовані на закріплення моторного шаблону.

Вербальний супровід дій – терапевт коментував кожен крок: «одягаємо рукав», «підтягуємо до плеча», щоб дитина пов’язувала рух з конкретною частиною тіла.

Перехід до коротких інструкцій – після кількох повторів використовувалися стислий словесні підказки: «рука», «нога», «тягни вгору/вниз» – для формування моторно-сенсорних асоціацій.

Залучення батьків – обов’язкова присутність батьків на заняттях дозволяла навчити їх відтворювати ті самі дії вдома. Терапевт надавав рекомендації щодо організації процесу одягання у домашньому середовищі.

Формування навичок застібання одягу. Для розвитку бімануальних навичок (координація двох рук) під час застібання різних типів фурнітури використовувалися:

- терапевтичні макети із прикріпленими ґудзиками, липучками, блискавками;
- етапність ускладнення: починали з роботи за столом, де діти тренували застібання окремих елементів, потім переходили до реального одягу, спочатку поза тілом, а далі – безпосередньо на собі;

- повторення та варіативність вправ допомагали дитині краще орієнтуватись у послідовності дій та набувати впевненості.

3.3. Оцінка ефективності програми комплексної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра

Результати реалізації плану терапевтичного втручання, що складався з 12 занять по 25 хвилин, засвідчили досягнення поставлених цілей у всіх дітей раннього віку з розладами аутистичного спектра:

Дитина №1

Порушення сенсорної інтеграції:

- знижене сприйняття вестибулярних подразників;
- знижена чутливість до пропріоцептивних стимулів і м'язового відчуття;
- підвищена чутливість до дотикових подразників.

Приклади вправ:

Під час гойдання на горизонтальній гойдалці дитина сиділа спиною до терапевта; на ноги укладали сенсорний мішок вагою 4 кг, паралельно дитина виконувала завдання – діставала горіхи з коробки руками.

При гойданні в гамаку дитині передавали медичний м'яч вагою 1,5 кг і за словесною інструкцією «дай» просили передати його терапевту.

У положенні лежачи на животі на фітболі дитина виконувала завдання – діставала м'яч з коробки й передавала його терапевту.

Дитина разом із мамою сиділа на горизонтальній гойдалці, вкрита важкою ковдрою вагою 5 кг; їй давали маленький сенсорний м'яч і просили кинути його терапевту.

Результати втручання:

Протягом першого тижня дитина успішно адаптувалась до занять у центрі, почала спокійно входити до кабінету та налагодила взаємодію з терапевтом, проявляючи інтерес і мотивацію до виконання завдань.

Наприкінці курсу зафіксовано покращення навичок одягання/роздягання верхнього одягу: час виконання дії зменшився з 5 до 2 хвилин.

Дитина №2

Порушення сенсорної інтеграції:

- знижене сприйняття глибокої чутливості та м'язово-суглобових відчуттів;
- недостатня чутливість до тактильних подразників.

Приклади вправ:

Під час занять на руки дитини надягалися сенсорні браслети вагою 0,2 кг, а на ноги – по 0,5 кг.

У вправі «Ходьба на долонях» терапевт тримав дитину за ноги, в той час як вона, спираючись на руки, повинна була дістатися до кошика з м'ячами, взяти один і перенести до іншого кошика.

У грі «Черв'ячок» дитину загортали у важку ковдру масою 5 кг, після чого вона мала самостійно вибратися з неї.

Під час сидіння на балансирі дитина виконувала завдання – пересипати горох із контейнера в пластиковий стакан за допомогою долоні.

Результати втручання:

Вже через тиждень дівчинка почала самостійно заходити до кабінету сенсорної інтеграції, активно досліджувала навколишній простір.

На завершення курсу сформовано навичку застібання липучок на кросівках: дитина виконувала дію за 2 хвилини без сторонньої допомоги.

Дитина №3

Порушення сенсорної інтеграції:

- підвищена чутливість до вестибулярної стимуляції;
- підвищена сенсорна реакція на смакові подразники.
- Приклади вправ:

Катання на чотириколісному скейті: дитина стояла на платформі, утримуючи руками руки тата, терапевт відштовхував скейт у напрямку до мішка з іграшками, звідки дитина діставала предмет і, тримаючись однією рукою, поверталася до стартової позиції, щоб покласти іграшку до коробки.

Під час сидіння на балансирі у формі півсфери дитина виконувала вправу з метання м’ячів у визначену ціль.

Пролізання через м’який тунель у вигляді бочки: коли дитина перебувала всередині, терапевт надавав конструкції коливального руху, злегка штовхаючи її.

Результати втручання:

Спостерігалося зростання комунікативної активності з терапевтом, краще виконання інструкцій, зменшення стереотипної поведінки.

До кінця четвертого тижня дитина змогла з мінімальною допомогою знімати взуття та верхній одяг протягом 4 хвилин.

Сформована навичка самостійного застібання блискавки на кофті за 2 хвилини.

Дитина №4

Порушення сенсорної інтеграції:

- підвищена чутливість до вестибулярних стимулів
- знижена чутливість до глибоких тілесних відчуттів та м'язово-суглобової інформації.

Приклади вправ:

Під час заняття на ноги дитини надягали сенсорні обважнювачі по 0,2 кг.

Разом із терапевтом, тримаючись за руку, дівчинка проходила смугу перешкод, що включала сенсорні доріжки, тактильні килимки та м’які подушки, і мала дістати мішечок вагою 0,3 кг.

Під час ритмічного гойдання на фітболі в обіймах мами виконувались рахування до десяти та спів дитячих пісень з м’якою емоційною подачею.

Результати втручання:

Уже через тиждень дівчинка самостійно піднімалась і спускалась з гімнастичної стінки.

Після чотирьох тижнів змогла нанизати 10 великих дерев'яних бусин на шнурівку за 5 хвилин.

Покращилась координація рухів тіла під час ходьби, знизилась частота падінь на прогулянках, сформувались елементи самостійності в одяганні, зокрема при виборі речей і натягуванні шкарпеток.

Дитина №5

Порушення сенсорної інтеграції:

- підвищена чутливість до вестибулярних стимулів;
- підвищена зорово-сенсорна чутливість.

Приклади вправ:

Оскільки дитина не сприймала простір кабінету сенсорної інтеграції, усі заняття проводились виключно в кабінеті ерготерапії.

Під час виконання завдань та ігор дівчинка перебувала в положенні сидячи на сенсорній подушці або фітболі, що сприяло стабілізації положення тіла.

Коли дитина виявляла бажання взяти нову гру з полиці, замість звичайної підставки використовувався балансир типу «півсфера».

Результати втручання:

Через два тижні дитина змогла з мінімальною допомогою одягати штани та светр протягом 5 хвилин.

До завершення курсу покращилась зорово-рухова координація під час бімануальної діяльності, зменшилась кількість помилок при виконанні завдань, дитина стала спокійніше реагувати на зміну активності.

Оцінювання ефективності впровадженого плану терапевтичного втручання у дітей раннього віку з розладами аутистичного спектра здійснювалося шляхом порівняльного аналізу результатів первинного та

підсумкового обстеження, проведених за допомогою опитувальника оцінки дитячої інвалідності (Pediatric Evaluation of Disability Inventory – PEDI).

Цей метод дозволив кількісно оцінити зміни у сферах самообслуговування, мобільності та соціального функціонування, які відбулися у дітей внаслідок реалізації програми фізичної терапії. Порівняння отриманих показників дозволило об’єктивно підтвердити позитивну динаміку у формуванні базових побутових навичок, покращенні функціональної незалежності та розширенні можливостей участі дитини у повсякденній діяльності.

Результати дослідження наведені на рис. 3.4 – 3.6.

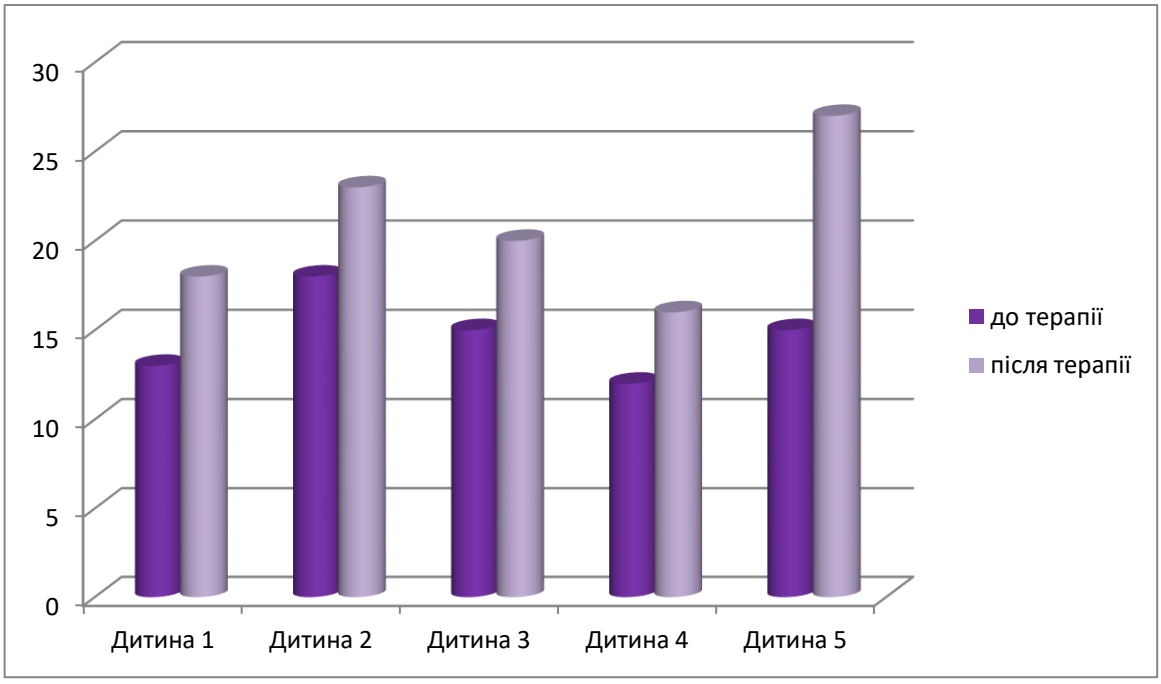


Рис. 3.4. Динаміка показників за розділом «Самообслуговування» за результатами первинної оцінки за опитувальником PEDI

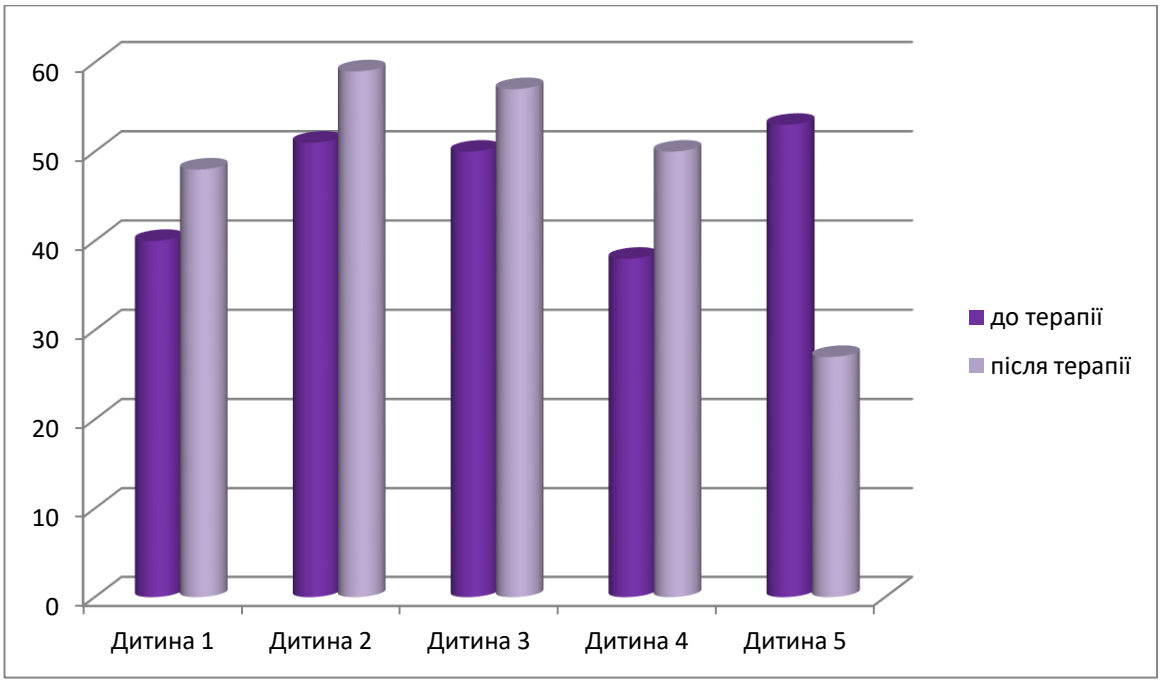


Рис. 3.5. Динаміка показників за розділом «Мобільність» за результатами первинної оцінки за опитувальником PEDI

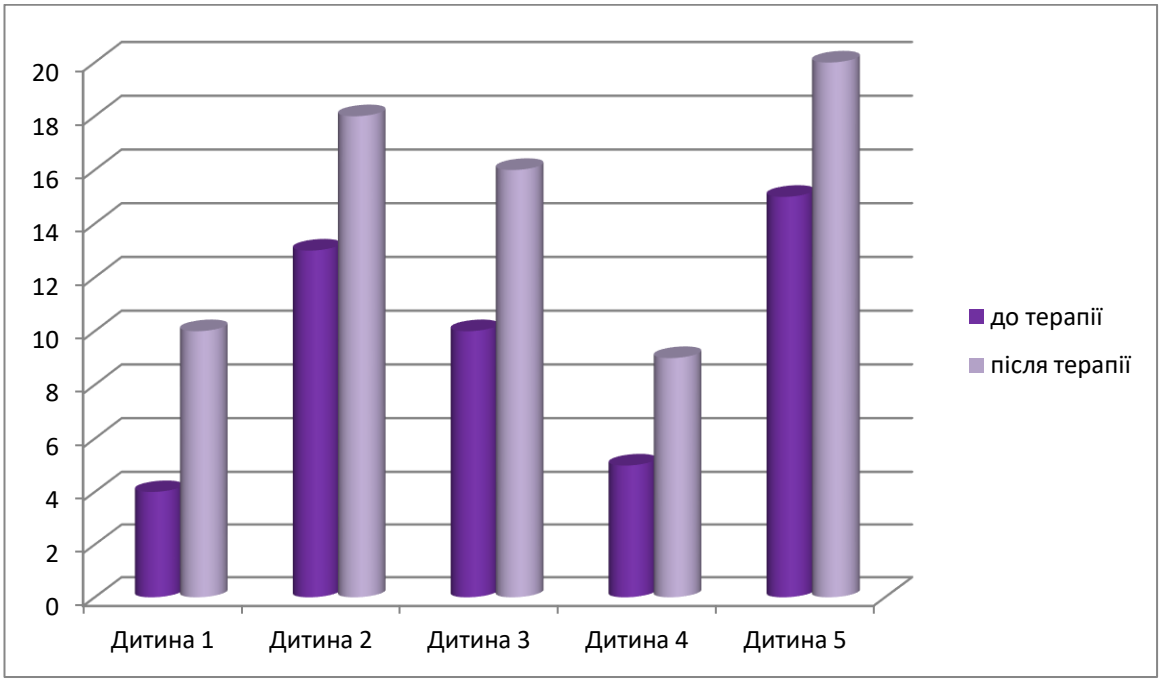


Рис. 3.6. Динаміка показників за розділом «Соціальна функціональність» за результатами первинної оцінки за опитувальником PEDI

Отримані результати свідчать про позитивний вплив реалізованого плану терапевтичного втручання. Найбільш виражені позитивні зміни були зафіксовані у сфері самообслуговування: у всіх шести дітей покращилися навички одягання та застібання різних типів застібок. У сфері мобільності спостерігалося загальне підвищення координації рухів під час ходьби з подоланням перешкод. Щодо соціального функціонування, позитивна динаміка була виявлена у чотирьох із п’яти дітей: з’явилося більше ініціативи до спілкування, діти №2 і №5 почали проявляти інтерес до комунікації з однолітками та до ролевих ігор. Крім того, в усіх учасників дослідження знизилися прояви аутоагресії та стереотипної поведінки під час занять.

ВИСНОВКИ

1. У результаті аналізу сучасної наукової літератури щодо етіології, патогенезу, клінічних проявів та підходів до реабілітації дітей з розладами аутистичного спектра (РАС) було встановлено, що ці порушення мають поліетіологічну природу, пов’язану з генетичними аномаліями, функціональними змінами в структурах головного мозку та несприятливими перинатальними факторами. Патогенез РАС охоплює широке коло сенсомоторних, когнітивних та емоційно-комунікативних порушень, які зумовлюють складнощі в соціальній взаємодії, адаптації до змін середовища, формуванні побутових навичок і поведінкових моделей. Наукові джерела підтверджують ефективність міждисциплінарного підходу в реабілітації дітей з РАС, де ключову роль відіграє фізична терапія з акцентом на ерготерапевтичне втручання, адаптивне навчання, корекцію сенсорних розладів та розвиток функціональної незалежності.

2. Результати первинного обстеження дітей першого періоду дитинства з діагнозом РАС продемонстрували значні порушення в сенсомоторній сфері, зокрема виявлено проблеми в обробці тактильних, пропріоцептивних та вестибулярних стимулів, порушення зорово-моторної координації, труднощі у виконанні цілеспрямованих дій, низький рівень сформованості навичок самообслуговування. Враховуючи індивідуальні особливості кожної дитини, було розроблено комплексну програму фізичної терапії з елементами ерготерапії, яка включала вправи на сенсорну інтеграцію, розвиток великої та дрібної моторики, збагачення рухового досвіду, формування навичок одягання, застібання, прийому їжі, а також участь батьків у терапевтичному процесі. Програма була побудована на принципах поетапності, структурованості, використання SMART-цілей та індивідуального підходу до кожної дитини.

3. Реалізація та оцінка ефективності запропонованої програми фізичної терапії довели її позитивний вплив на функціональний стан дітей з аутизмом і сенсомоторними порушеннями. За результатами повторної оцінки за шкалою PEDI та сенсорного профілю було зафіксовано статистично значуще покращення у сфері самообслуговування (зростання навичок одягання, застібання застібок, прийому їжі), мобільності (впевненість при ходьбі, координація тіла, рухова організація) та соціальної функціональності (покращення комунікативної ініціативи, взаємодії з дорослими та однолітками). У 5 із 6 дітей відзначено зменшення аутоагресивних проявів і сенсорної дезінтеграції. Доведено, що запропоноване терапевтичне втручання підвищує рівень автономності дитини у побуті, сприяє соціалізації, адаптації до навчання і є доцільним для впровадження в реабілітаційну практику для дітей з РАС на ранніх етапах розвитку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Барбера Мері Лінч. Дитячий аутизм та вербально-поведінковий підхід (The Verbal Behavior Approach): Навчання дітей з аутизмом та пов'язаними розладами. Київ: Видавничий дім «СВАРОГ», 2023. 268 с.

2. Бєлікова М., Людвиченко О., Пастухова В. Роль різних видів сенсорної інформації в регуляції рухової активності. American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research. 2019. 13 (2). С. 14-19.

3. Біленко ВД, Ільницька ГС. Теоретичне обгрунтування комплексного застосування арт-терапії та кінезотерапії для дітей, які мають розлади аутистичного спектра. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «YOUTH PHARMACY SCIENCE». 2021; 8:313- 314.

4. Бурлачук Л.Ф., Лисенко І.П., Завязкіна Н.В. Методологічні підходи визначення розладів аутистичного спектру в історичному контексті та на сучасному етапі. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2021;(6):76-81.

5. Вакуленко Ю. Сенсомоторний батьківський опитувальник: адаптація на українській вибірці нормотипових дітей та дітей з розладами 88 аутистичного спектра. Психологія: реальність і перспективи, 2020 № 14. С. 42-52.

6. Вакуленко Ю.В. «Сенсорний профіль (коротка версія)»: адаптація на українській вибірці нормотипових дітей та дітей з розладами аутистичного спектра. Український психологічний журнал. № 1 (13). 2020. С. 44-57.

7. Гальчин К.С. Мультидисциплінарний підхід у дитячий психіатрії щодо надання допомоги дітям з розладами аутистичного спектру. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. ПЛ Шупика. 2015.24(4). С.86-7.

8. Гончаровська Г., Беднарчук Л. Інноваційні технології сучасної освіти для сенсомоторного розвитку дошкільників з особливими освітніми потребами. У: Аксіопсихологічні вектори розвитку сучасної освіти : збірник

матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції; 19–20 жовтня. 2023;Тернопіль. Тернопіль : ТНПУ ім. В. Гнатюка; 2023. с. 32–37.

9. Григус І. М., Ковальчук Т. Л., Котяй Н. І., Михайлова Н. Є. Теоретичні та методологічні аспекти фізичної реабілітації дітей з особливими потребами : [посібник]. Рівне, 2012. 124 с.

10. Дем’янчук Ю.Ю. Особливості психолого-педагогічного супроводу дітей, які мають порушення обробки сенсорної інформації // Педагогічні інновації : матеріали Всеукр. наук.-практ. інт.-конф., Миколаїв, 28-29 квітня 2021 р. Миколаїв : МНАУ, 2021. С. 241-242.

11. Дмітрієва В. Методика раннього розвитку Марії Монтессорі. Від 6-ти сісяців до 6-ти років; перекладач Анастасія Сіненко; 3-тє вид. Київ: Форс Україна, 2021. 224 с.

12. Дрозд Л. В. Формування життєвого цілепокладання у підлітків з інтелектуальними порушеннями. Наук. вісн. Херсон. держ. ун-у. Серія Психологічні науки. 2018. Вип. 5. С. 265-270.

13. Дубовик К. В. Порушення рухових функцій при розладах аутистичного спектра у дітей. Клінічна типологія та терапія. Нейро News, № 3. 2019. С. 22-28.

14. Заплатинська А.Б. Становлення поняття «сенсорна інтеграція» у педагогіці. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. 2013. Вип. 23(1). С. 48-57.

15. Ілляшенко Т. Методика психолого-педагогічного вивчення інтелектуального розвитку підлітків. Освіта осіб з особливими потребами : шляхи розбудови : наук. метод. зб. / НАПН України, Ін-т спец. педагогіки ; за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої. К., 2018. Вип. 14. С. 231-238.

16. Катоній О. М. Методики та форми допомоги дітям із розладами спектру аутизму. Таврійський вісник освіти, № 2(50), 2015. С. 253-259.

17. Качмарик Х. В. Особливості організації психологічної корекції дітей з аутизмом у дошкільній установі. Науковий часопис НПУ імені М. П.

91 Драгоманова. Сер. 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. 2017. № 33. С. 145–150.

18. Кашуба Л. В. Новий погляд на формування соціальноекономічної компетентності молодших школярів із інтелектуальними порушеннями в умовах інклюзії. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2018. Вип. 36. С. 50-56.

19. Кіпаренко О. Сенсорна інтеграція як метод корекції розладів у дітей. Проблеми сучасної психології. Вип. 49. 2020. С. 152-176.

20. Климус Т.М. Особливості навчання дітей з розладами спектру аутизму та порушенням сенсорної системи. Вісник Глухівського національного педагогічного університету ім. О. Довженка. Педагогічні науки. 2018. Вип. 38. С. 184-190.

21. Класифікатор медичних інтервенцій НК 026:2021 [Інтернет]. 2021 [цитовано 2024 Бер 29]. Доступно: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/nk-026_2021_.pdf

22. Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я НК 030:2022 [Інтернет]. 2022 [цитовано 2024 Бер 29]. Доступно: https://moz.gov.ua/uploads/8/44015-nk_030_2022_klasifikator_funkcionuvanna_obmezenna_zittedial_nosti.pdf

23. Козій, Т. П., Велюш, Д. Ю. Ерготерапія як складова комплексної реабілітації при аутизмі та її ефективність. Сучасні проблеми логопедії та реабілітації, 2017. С. 22-28.

24. Колишкіна А. П. Соціальна компетентність дітей з порушенням інтелектуального розвитку як показник готовності до навчання. Психологічний часопис. 2018. № 1. С. 71-86.

25. Конопляста, С. Ю., Косинкіна, В. О. Особливості психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з аутизмом. Науковий часопис 92 Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. Зб. наукових праць. Київ,

НПУ імені М.П. Драгоманова, 2014. № 27. С .89-93.

26. Косарєва Г. М. Характеристика діагностичного інструментарію для виявлення особливостей раннього розвитку дітей з розладами аутистичного спектру [Електронний ресурс]. Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти : зб. наук. пр. Рівнен. держ. гуманітар. ун-т. Рівне, 2012. Вип. 5. С. 147–150.

27. Крамченкова В.О., Жукова Л.В. Методика «Дослідження рівня сенсорно-інтегративної дисфункції у дітей». Харківський осінній марафон психотехнологій : матеріали ІІІ міжрегіон. наук.-практ. конф., Харків, 26 жовт. 2019 р. Харків : Діса плюс, 2019. С. 38–41. URL: http://dspace.hnpu.edu.ua/handle/123456789/5402.

28. Нестерчук Н, Бовгиря А, Григус І, Скальскі Д. Фізична реабілітація дітей з аутизмом. Medycyna i zdrowie. 2018; 34-43.

29. Олєйник ВЄ, Таран ІВ. Фізична терапія у сенсорній інтеграції дітей із розладами аутистичного спектру. Матеріали І регіональної студентської науково-практичної конференції. 2020; 50-53.

30. Мойсеєнко І. М. Діти з розладами аутичного спектра: сенсомоторний дизонтогенез. Ключові питання наукових досліджень у сфері педагогіки та психології у XXI ст.: збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково практичної конференції (м. Львів,25-26 січня 2019 року. ч.1.). Львів, 2019. С. 116 -118.

31. Нагорна О. Б., Григус І. М. Розвиток моторики дітей раннього віку з синдромом розладу рухових функцій. Спортивна наука України, 2011. 2. С. 105–114.

32. Нестерчук Н., Бовгиря А., Григус І., Скальскі Д. Фізична реабілітація дітей з аутизмом=The rehabilitation children with autism. Medycyna i zdrowie. Wybrane aspekty ratownictwa. Redakcja naukowa. Tom 3. Gdynia-Gdańsk- Starogard Gdański. 2018. С. 34–44.

33. Островська К. О., Качмарик Х. В. Оцінка ефективності психологічного супроводу дітей з аутизмом. Науковий часопис НПУ ім. М.

П. Драгоманова. Сер. 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць за ред. В. М. Синьова. К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 31. С. 168–174.

34. Породько М. І. Методи оцінювання психомоторного розвитку дітей дошкільного віку з аутистичним спекторм порушень. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки): збірник наукових праць: вип. 9, у 2 т./ за ред. В. М. Синьова, О. В. Гавтрилова. Кам'янецьПодільський: ПП Медоброди. 2017 Т. 1. С. 182-192

35. Породько М.І. Фізична реабілітація і аутизм [навчальний посібник]. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2018. 63с.

36. Рибченко, Л. К. (2016). Психологічна та соціальна адаптація дітей з аутизмом. Науковий часопис. Спеціальна психологія, 387-392.

37. Рилушко І. Ігрові методики корекції поведінкових порушень у дітей з аутизмом в умовах воєнного стану. Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі: матеріали X Міжнародної науково-практичної конференції (21 листопада 2024 року, м. Суми). Суми: СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2024. С. 122-126.

38. Скрипник Т. В. Сенсомоторна інтеграція як основа успішного навчання дитини з аутизмом : метод. рек. Київ, 2017. 42 с.

39. Скрипник Т.В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра: навч.-метод. посіб. К : Гнозіс, 2013. 60 с.

40. Спеціалізований медичний портал Health-ua.com. Зростання поширеності розладів аутистичного спектра [Інтернет]. Київ: Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання»; 2023 [оновлено 2023 Лип 21; цитовано 2023 Лис 20]. Доступно: https://health- ua.com/article/73680-zrostannya-poshirenost-rozladv-autistichnogospektra

41. Укрінформ. В Україні на обліку – понад 20 тисяч дітей з аутизмом. 2023. Доступно: https://www.ukrinform.ua/amp/rubric-health/3769403-v-ukraini-na-obliku-ponad-20-tisac-ditej-z-autizmom.html

42. Фаласеніді Т.М., Козак М.Я. Порушення сенсорної інтеграції у дітей з особливими потребами. Молодий вчений. № 9 (49). 2017. С. 102-105.

43. Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. Аутизм. Київ: Центру громадського здоров'я МОЗ України. Доступно: https://phc.org.ua/kontrol- zakhvoryuvan/neinfekciyni-zakhvoryuvannya/inshi-neinfekciyni- zakhvoryuvannya/autizm

44. Шаповалова, І., Псарьова, А. (2017). Вплив засобів фізичної реабілітації на дітей з раннім дитячим аутизмом та з розладами спектру аутизму. Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць, 4 (23), 288–292.

45. Шестопалова О. П. Теорія і практика інклюзивної освіти: навч.-метод. посіб.. Кривий Ріг : Вид-во ФОП «Чернявський», 2019. 165 с.

46. Шрамм Р. Дитячий аутизм і АВА терапія, що ґрунтується на методах прикладного аналізу поведінки. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 140.

47. Almandil NB, Alkuroud DN, AbdulAzeez S, AlSulaiman A, Elaissari A, Borgio JF. Environmental and Genetic Factors in Autism Spectrum Disorders: Special Emphasis on Data from Arabian Studies. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(4):658.

48. Ameis SH, Kassee C, Corbett-Dick P, et al. Systematic review and guide to management of core and psychiatric symptoms in youth with autism. Acta Psychiatr Scand. 2018;138(5):379-400.

49. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013. 62 p.

50. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008 Principal Investigators. Prevalence of autism spectrum disorders– Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites, United States, 2008. MMWR Surveill Summ. – 2012. – 61(3) – P. 1-19.

51. . Bhandari R, Paliwal JK, Kuhad A. Neuropsychopathology of Autism

Spectrum Disorder: Complex Interplay of Genetic, Epigenetic, and Environmental Factors. Adv Neurobiol. 2020;24:97-141.

52. Christensen, D.L., Baio, J., Naarden, Braun K, Van Bilder, D., & Charles, J., et al. (2016). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012' Surveillance Summaries, April 1, 2016, 65(3), 1-23.

53. Genovese A, Butler MG. The Autism Spectrum: Behavioral, Psychiatric and Genetic Associations. Genes (Basel). 2023;14(3):677.

54. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A Review. JAMA. 2023;329(2):157-168.

55. Lazar SM, Challman TD, Myers SM. Etiologic Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorder. Pediatr Clin North Am. 2024;71(2):179-197.

56. Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Jafarpour S, Abdoli N, Khaledi-Paveh B, Mohammadi M. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr. 2022;48(1):112.

57. Wiggins LD, Rice CE, Barger B, et al. DSM-5 criteria for autism spectrum disorder maximizes diagnostic sensitivity and specificity in preschool children. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2019;54(6):693-701.

58. World Health Organization. Autism]. [updated 2023 November 15; cited 2024 Feb 30]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders

59. Zhuang H, Liang Z, Ma G, et al. Autism spectrum disorder: pathogenesis, biomarker, and intervention therapy. MedComm (2020). 2024;5(3):e497.

ДОДАТОК

Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича
(повне найменування вищого навчального закладу)

Факультет фізичної культури, спорту та реабілітації
(назва інституту / факультету)

Кафедра терапії, реабілітації та здоров'язбережувальних технологій
(назва кафедри)

МЕТОДИЧНА КАРТА ЛЕКЦІЙНОГО ЗАНЯТТЯ

теми №7 **«Комплексна реабілітація дітей з розладами аутистичного спектра»**

освітнього компоненту **«Клінічний реабілітаційний менеджмент у педіатрії»**

Тема: «Комплексна реабілітація дітей з розладами аутистичного спектра»

Мета заняття: ознайомити студентів з особливостями діагностики та втручання при сколіозі.

Спеціальні (фахові, предметні) компетентності

СК 01. Здатність пояснити пацієнтам, клієнтам, родинам, членам міждисциплінарної команди, іншим медичним працівникам потребу у заходах фізичної терапії, ерготерапії, принципи їх використання і зв'язок з охороною доров'я.

СК 04. Здатність враховувати медичні, психолого-педагогічні, соціальні аспекти у практиці фізичної терапії, ерготерапії.

СК 08. Здатність ефективно реалізовувати програму фізичної терапії та/або ерготерапії.

СК 09. Здатність забезпечувати відповідність заходів фізичної терапії та/або ерготерапії функціональним можливостям та потребам пацієнта/клієнта.

СК 11. Здатність адаптовувати свою поточну практичну діяльність до змінних умов.

СК 14. Здатність знаходити шляхи постійного покращення якості послуг фізичної терапії та ерготерапії

Студент повинен досягнути таких результатів навчання:

ПР 01. Демонструвати готовність до зміцнення та збереження особистого та громадського здоров'я шляхом використання рухової активності людини та проведення роз'яснювальної роботи серед пацієнтів/клієнтів, членів їх родин, медичних фахівців, а також покращенню довкілля громади.

ПР 04. Застосовувати у професійній діяльності знання біологічних, медичних, педагогічних та психосоціальних аспектів фізичної терапії та ерготерапії.

ПР 07. Трактувати інформацію про наявні у пацієнта/клієнта порушення за Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) та Міжнародною класифікацією функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ ДП).

ПР 08. Діяти згідно з нормативно-правовими вимогами та нормами професійної етики.

ПР 12. Застосовувати сучасні науково-доказові дані у професійній діяльності.

ПР 13. Обирати оптимальні форми, методи та прийоми, які б забезпечили шанобливе ставлення до пацієнта/клієнта, його безпеку/захист, комфорт та приватність.

ПР 16. Проводити інструктаж та навчання клієнтів, членів їх родин, колег і невеликих груп.

ПР 17. Оцінювати результати виконання програм фізичної терапії та ерготерапії, використовуючи відповідний інструментарій, та, за потреби, модифікувати поточну діяльність.

ПР 18. Оцінювати себе критично, засвоювати нову фахову інформацію, поглиблювати знання за допомогою самоосвіти, оцінювати й представляти власний досвід, аналізувати й застосовувати досвід колег.

Обладнання та матеріали:

- Мультимедійне обладнання

План заняття:

І. Вступ

Ознайомлення студентів з темою та метою заняття, основними завданнями, що стоять перед ними.

ІІ. Основна частина

Викладення основних питань лекційного заняття:

1. Етіологічні та патогенетичні основи розладів аутистичного спектра у дітей
2. Класифікація розладів аутистичного спектра.
3. Клінічні прояви та діагностичні підходи при розладах аутистичного спектра.
4. Порушення рухових функцій при розладах аутистичного спектра у дітей.
5. Сучасні підходи у фізичній терапії та ерготерапії дітей з розладами аутистичного спектра.

ІІІ. Підсумок заняття.

Критерії оцінювання:

За активну участь у обговоренні питань, які винесені на лекційне заняття, студент може отримати сумарно 1 бал.