

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ НАУКИ І ОСВІТИ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ
НАМНУКРАЇНИ»
КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «ХАРКІВСЬКА ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНА
АКАДЕМІЯ»ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ
КВНЗ «ХАРКІВСЬКА АКАДЕМІЯ НЕПЕРЕРВНОЇ ОСВІТИ»
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СПЕЦІАЛЬНОЇ, ІНКЛЮЗИВНОЇ І ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ ОСВІТИ

20 жовтня 2022

Збірник наукових праць

Харків 2022

УДК: 376+37.04:316.61+37.091.3:613

А 43

Редакційна колегія:

Головний редактор – **Бойчук Юрій Дмитрович**, д. п. н., професор, член кореспондент НАПН України, ректор ХНПУ імені Г.С. Сковороди;

Заступник головного редактора – **Бережна Світлана Вікторівна**, д. філософ. н., професор, проректор з наукової, інноваційної і міжнародної діяльності ХНПУ імені Г.С. Сковороди;

Члени редакційної колегії:

Бацилєва Ольга Валеріївна – доктор психологічних наук, професор, професор кафедри здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди

Галій Алла Іванівна – кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

Коваленко Вікторія Євгенівна – кандидат психологічних наук, доцент, в.о. завідувача кафедри спеціальної педагогіки Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

Комісова Тетяна Євгенівна – кандидат біологічних наук, доцент, професор кафедри, завідувач кафедри анатомії і фізіології людини імені Я.Р. Синельникова, координатор з наукової роботи факультету природничої, спеціальної і здоров'язбережувальної освіти

Микитюк Сергій Олександрович – доктор педагогічних наук, професор, декан факультету природничої, спеціальної і здоров'язбережувальної освіти Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди,

Науменко Наталія Вікторівна – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

«Актуальні питання спеціальної, інклюзивної і здоров'язбережувальної освіти», (20 жовтня 2022 р.) / за загальною редакцією проф. Бойчука Ю. Д. – Харків : ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2022.

У збірці представлено матеріали регіонального круглого столу метою якого було обговорення питань створення здоров'язбережувального і безпеко-орієнтованого освітнього середовища у закладах освіти в умовах військового стану, визначення шляхів збереження фізичного, психічного, соціального і духовного здоров'я дітей, підлітків та студентської молоді в умовах військового стану, досвіду здоров'язбережувальної роботи в закладах освіти в умовах військового стану; висвітлення технологій навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами в закладах спеціальної освіти та з інклюзивним навчанням в умовах військового стану.

Для фахівців у галузі спеціальної та інклюзивної освіти, викладачів, аспірантів і здобувачів закладів вищої освіти

Затверджено редакційно-видавничою радою Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди

Протокол № 11 від 16.11.2022 р.

©Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди

ЗМІСТ

<i>Андрусенко Л. Ю., Кришталь А. І.</i> Розвиток пізнавального інтересу до вивчення біології як складова створення здоров'язберігаючого середовища в умовах шкільної освіти.....	6
<i>Антоненко А.В.</i> Застосування ерготерапії для розвитку побутових навичок у дітей з інтелектуальними порушеннями аспекти формування духовного здоров'я студентської молоді	9
<i>Астахова М.С.</i> Безпечне освітнє середовище: профілактика дитячого травматизму в умовах воєнного стану	13
<i>Блінова Т. А.</i> Розвиток та практика інклюзивної освіти в закладах дошкільної освіти в Німеччині.....	18
<i>Бровченко А. К.</i> Проблеми самовизначення підлітків та юнацтва з порушеннями інтелекту в умовах воєнного стану.....	20
<i>Водоп'янова Ю.О.</i> Використання різновидів арт-терапії у практиці роботи з розвитку навичок соціальної взаємодії дітей із селективним мутизмом	23
<i>Гудзь А.В.</i> Особливості розвитку мовлення у дітей із розладами аутистичного спектру	27
<i>Гуріна Т.О.</i> Використання методики «діагностика розумового розвитку дітей раннього віку» для діагностики інтелектуальних порушень у дітей в системі раннього втручання.....	30
<i>Данілова Я.М.</i> Шляхи вдосконалення професійної компетенції керівників закладу освіти з інклюзивною формою навчання	35
<i>Дерман Н.В.</i> Відновлювальна робота з хворими на афазію	38
<i>Дорожко І.І.</i> Настільні ігри у процесі розвитку зв'язного мовлення у дітей молодшого шкільного віку зі ЗПР	43
<i>Друганова О.М.</i> Основні напрями і нетрадиційні методи корекційної роботи логопеда із сім'єю дитини із знім в умовах військового стану основні напрями і нетрадиційні методи корекційної роботи логопеда із сім'єю дитини із знім в умовах військового стану	45
<i>Єпіфанова-Кожевнікова Т. В.</i> Особливості формування ігрової діяльності дошкільників з порушеннями інтелектуального розвитку ...	48
<i>Жданова К.О.</i> Значення дидактичних ігор у корекції мовлення дітей старшого дошкільного віку	53
<i>Журавель А. А.</i> Логопедичне дистанційне обстеження дітей п'яти-шестирічного віку	55
<i>Качан Т.С.</i> Методика визначення стану сформованості здоров'язберезувальних умінь та навичок учнів з інтелектуальними порушеннями	58
<i>Кобченко С. Р.</i> Труднощі комунікації дітей з інтелектуальними порушеннями в період воєнного часу	64

4. Позняк О. Генезис поняття «інклюзивне освітнє середовище». *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021. № 9. С. 293-308.

5. Фрумкіна А. Л. Формування педагогічної і психологічної компетентностей майбутніх вчителів початкових класів. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля*. Серія : Педагогіка і психологія. 2020. № 1. - С. 322-330.

Дерман Н.В.

магістрант спеціальності «Спеціальна освіта» (логопедія)

Науковий керівник: Сінопальнікова Н.М.

кандидат педагогічних наук, професор

Харківський національний педагогічний університет

імені Г. С. Сковороди

ВІДНОВЛЮВАЛЬНА РОБОТА З ХВОРИМИ НА АФАЗІЮ

В умовах воєнного стану нашої країни, особливо в Харківському регіоні, актуальним постає питання надання кваліфікованої логопедичної допомоги хворим на афазію.

Афазія це неврологічний розлад, який виникає в результаті пошкодження ділянок мозку, що забезпечують мовленнєву діяльність людини. Такий розлад, може спричинити дефіцит висловлювання, розуміння, читання та / або письма повністю або частково [3].

Зазвичай, афазія частіше спостерігається у дорослих, які перенесли цереброваскулярне порушення, пухлину головного мозку, серйозну інфекцію, травму голови або дегенеративний процес (Національний інститут неврологічних розладів та інсульту, 2015).

Крім того, у людей, які страждають на афазію, можуть також спостерігатися порушення, такі як апраксія, дизартрія. Як правило, у більшості ліворуких та правшів ураження мозку, що відбулися в лівій півкулі, спричиняють афазію або інші порушення мовлення.

Отже, афазія сама по собі не є первинним захворюванням, а скоріше вторинним симптомом черепно-мозкового порушення, спричиненої багатьма різними факторами.

Афазія – це нейропсихологічний розлад, що спричиняє різні дефіцити в мовленнєвій діяльності: відтворення, розуміння, читання та письмо (Національна асоціація афазії, 2015). Афазія – це недостатність або обмеження здатності користуватися мовленням, що спричиняє дефіцит вербального спілкування або набути втрату мовлення.

Характерними проявами афазії є помилки у вимові, недостатність в розумінні та труднощі у пошуку потрібних слів під час мовлення. Більш узагальнено, втрата або розлад мовлення, що виникає в наслідок пошкодження мозку (Ardila and Rosselli, 2007).

Ознаки та симптоми афазії будуть залежати принципово від типу, площі та тяжкості ураження.

Відомо, що в основі афазії лежить первинно порушені нейрофізіологічні і нейропсихологічні функції мовлення.

Це може бути порушення динамічного або конструктивного праксису, фонематичного слуху, апраксія артикуляційного апарату тощо. Ушкодження призводить до специфічного системного порушення реалізації різних рівнів, сторін, видів мовленнєвої діяльності: розуміння мовлення, мовленнєвої пам'яті, усного мовлення, писемного мовлення, читання, рахункових операцій тощо.

Для диференціальної діагностики у визначенні афазії, з метою орієнтування в широкому спектрі інших когнітивних розладів, заслуговують уваги вкрай важливі ключові моменти. По-перше, афазія – завжди є результатом тієї чи іншої форми ушкодження головного мозку, що характеризує її як нейрогенний набутий розлад. По-друге, вона характеризується повною або частковою втратою функції вже сформованого мовлення, тому діагноз «дитяча афазія» стосується проблеми порушення вже сформованого мовлення, тобто після 3-х років життя дитини. По-третє, афазія передбачає розлади різних рівнів мовлення: усного мовлення, розуміння зверненого мовлення, читання та письма. У більшості випадків порушення відбувається у всіх чотирьох мовленнєвих модальностях із нерівномірним проявом. Наступне – афазія не є результатом психічного розладу, розладу органів чуття або інтелекту (Л. С. Цветкова, R. Chapey, G. A. Davis та ін.) [6;7].

Крім вищезазначеного, сучасні уявлення про афазію дозволили виділити в її структурі чотири складові – порушення власне мовлення і вербального спілкування, порушення інших психічних процесів, зміну особистості та особистісну реакцію на захворювання (Л. С. Цветкова, Ж. М. Глозман та ін.) [6].

Розглянемо види моторних афазій.

Сенсорно-моторна афазія. Важкі порушення мовлення відзначаються при даному виду афазії, коли під ураження потрапляють задньолобові або скроневі відділи головного мозку. Сенсомоторна афазія - тотальна афазія. Пацієнти стають не здатними відтворювати мовлення, порушується фонематичний слух, страждає ініціація мовлення, порушується артикуляційна функція, писемне мовлення. В цілому, в клінічній картині присутня симптоматика сенсорної і моторної афазії.

Нерідко такий розлад поєднується з частковим паралічем, втратою чутливості половини тулуба.

Еферентна моторна афазія. Моторна афазія еферентного типу (афазія Брока) з'являється внаслідок ураження нижніх відділів премоторної кори лівої півкулі мозку (руховий мовленнєвий центр Брока) або задньонижніх відділів третьої лобної звивини. Пошкодження мозкових клітин у цих ділянках призводить до того, що у людини порушується складо- і словотворення, відтворення деяких або всіх звуків, але здатність до розуміння мовлення зберігається (як усного, так і письмового).

Характерне скандоване мовлення, по складах, іноді з розташуванням звуків в неправильному порядку. Найчастіше воно мізерне, включає тільки назви предметів

і явищ. Трапляються помилки в закінченнях, неправильне вживання роду, числа, відмінків, наголосу в словах.

Іноді мовлення втрачається повністю, і хворі спілкуються тільки за допомогою жестів і міміки, при цьому вони повністю усвідомлюють свій недолік. Порушено читання вголос, письмо (вторинно).

Аферентна моторна афазія.

При даному варіанті афазії спостерігається порушення нижніх відділів постцентральної ділянки (тім'яна частка), що веде до такого первинного дефекту, як збій передачі нервових імпульсів (аферентації) артикуляційного апарату. Відбувається розрив зв'язку між звуковим виразом окремих звуків і можливостями артикуляції, утруднення підбору окремої артикуляторної позиції. У результаті страждає вимова звуків, спостерігається плутанина, що спотворює сенс сказаного. Найчастіше відбувається мимовільна заміна звуку "б" на "п", "г" на "к", "з" на "с" і навпаки.

Крім того, стає неможливим виконання найпростіших мовленнєвих жестів (складання язика трубочкою, цокання язиком, облизування тощо). Афферентна афазія характеризується порушенням письма під диктовку, самостійно і читання через те, що пацієнти не можуть проговорювати про себе слова.

Іноді така афазія супроводжується відносним збереженням письма, за допомогою якої хворі комунікують з оточуючими [8].

Відновлення мовлення при афазії

Лікування афазії в обов'язковому порядку передбачає вплив на першопричинні фактори, для чого залежно від діагнозу може знадобитися допомога невролога або нейрохірурга, консервативне або хірургічне втручання. У деяких випадках афазія проходить самостійно, коли відновлюється нормальний кровообіг у мозкових тканинах, але такий сприятливий результат зустрічається у невеликої кількості постраждалих.

Найчастіше корекція афазії вимагає безлічі зусиль з боку медиків і самого пацієнта, тривалого періоду реабілітації.

Крім того, велике значення для виправлення мовлення має розуміння і допомога близьких, які при спілкуванні з хворими повинні керуватися такими правилами:

- Зберігати спокійний тон, нормальний стиль спілкування, говорити на рівних (не як з маленькою дитиною або душевнохворим).
- Говорити простими словами, короткими реченнями.
- Не квапити хворого, давати йому час для формулювання своїх висловлювань.

Специфічність відновлювально-логопедичної роботи при афазії зумовлюється низкою факторів: складністю неврологічної симптоматики, що у свою чергу залежить від розмірів та місця локалізації патологічного вогнища, стану загальних гемодинамічних процесів головного мозку, залученості у гострий процес інших ділянок мозку; обсягом та рівнем збереженості компенсаторних механізмів

інших вищих психічних функцій; проявами особистісної реакції хворого на різку зміну стану свого здоров'я та розлад мовлення.

Основні напрями і зміст логопедичної роботи при афазії передбачають застосування ряду прийомів: прийоми, що дозволяють відновити первинно порушену мовленнєву функцію або реорганізувати збережені її ланки; прийоми, спрямовані на запобігання виникнення вторинних порушень і попередження закріплення патологічних проявів; прийоми, спрямовані на відновлення пасивного і активного словникового запасу. Незалежно від характеру і виду первинно порушеної функції, при будь-якій формі афазії, відновлюється комунікативна функція мовлення, ведеться робота над усіма сторонами мовлення (експресивним, розумінням, письмом, читанням), розвивається мовленнєвий самоконтроль.

Відновлення можливості спілкування у хворого з афазіями повинне набути комплексного характеру, це невербальні способи спілкування з хворим, вправи для відновлення розуміння мовлення, вправи для відновлення фонематичного слуху, закріплення звуків, накопичення повсякденного словника, вправи з відновлення граматичної будови мовлення, фразове мовлення, емоційні сплески при афазії, зв'язок дрібної моторики з мовленням, трудовий режим, розпорядок дня хворого, взаємовідносини у сім'ї та ін.

Завдання навчання при афазії Л. С. Цветковою названі соціальнопсихологічним аспектом відновлювального навчання. Даний аспект передбачає комплексний вплив на мовлення, поведінку і всю психічну сферу в цілому. Такий підхід вимагає рішення наступних завдань: 1) відновлення мовлення як психічної функції, а не пристосування особи з афазією до свого недоліку; 2) відновлення діяльності мовленнєвого спілкування, а не ізольованих сенсомоторних операцій мовлення; 3) відновлення, перш за все, комунікативної функції мовлення, а не окремих її сторін; 4) повернення особи з афазією в нормальні мовленнєві умови, а не в спрощені, тобто – повернення до професійної діяльності [10].

Виділяють два періоди в роботі з особами з афазією: гострий – до двох місяців після захворювання; резидуальний – після двох і далі. У гострий період основні завдання: 1) розгальмування тимчасово пригноблених мовленнєвих структур; 2) запобігання виникненню та фіксації деяких симптомів афазії: аграматизму, літеральних парафазій, мовленнєвих ембол; 3) запобігання ставлення особи з афазією до себе як до неповноцінного, до людини, яка не може говорити. Основним завданням в резидуальний період є загальмування патологічних зв'язків. Матеріал підбирається за його смислової та емоційної значущості для особи з афазією, а не за ознакою легкості або важкості вимови. Для цього слід познайомитися з історією хвороби, поговорити з лікарем, родичами для виявлення схильностей, захоплень, інтересів. Можна використовувати звичайні мовленнєві стереотипи – рахунок, дні тижня, місяці, емоційно значущі уривки віршів, домовляння фраз, виразів. Згодом робота з близького для того, хто навчається матеріалу перекладається на питання спеціальності, професії. Так як, відновне навчання спрямоване насамперед на

відновлення комунікативних здібностей, необхідне залучення в спілкування не тільки на заняттях, але і в родині, громадських місцях.

У комплексі відновлювальних заходів при афазії велике місце займає психотерапевтична робота. У більшості випадків афазія призводить до непрацездатності та соціальної дезадаптації: позбавлення звичних норм комунікації, ускладнює взаємини з сім'єю і суспільством. У початковий період після інсульту і нейротравми можуть бути стани як гострого переживання того, що сталося, так і недостатнє усвідомлення тяжкості захворювання. Згодом внутрішня картина патологічного стану зазнає певної еволюції. У більшості випадків особи з афазією починають гостро переживати свої відчуття, що проявляється в невротичних реакціях вторинного характеру. Загострюються преморбідні риси особистості, іноді з'являються суїцидальні тенденції. При цьому психічні порушення можуть виникати на тлі як незначного відновлення мовлення та інших вищих психічних функцій, так і в тих випадках, коли відзначається позитивна клінічна динаміка. Це обумовлює необхідність психотерапевтичного впливу на особистість з афазією [10].

Отже, сучасні наукові знання про природу, прояви, особливості афазії та достатній рівень методичного забезпечення у роботі з її подолання не виключають актуальності питання вдосконалення функціонування корекційно-реабілітаційної системи в закладах охорони здоров'я, з метою підвищення ефективності логопедично-відновлювальної допомоги хворим з афазією.

Література

1. АА. (2016). Класифікація афазій. Отримано від Асоціації Afasia: afasia.org
2. Арділа, А., і Росселлі, М. (2007). Афазія. В А. Арділа та М. Росселлі, Клінічна нейропсихологія.
3. АША. (2015). Афазія. Отримано з Американської асоціації мовного мовлення: asha.org
4. Клініка Майо. (2015). Афазія. Отримано з клініки Майо: mayoclinic.org
5. НАА. (2015). Національна асоціація афазії. Отримано з визначень Афазії: aphasia.org
6. Лянна О. В. Ідентифікація проблеми як педагогічна умова відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 31. С. 55-60.
7. Лянна О. В. Педагогічні умови відновлення мовленнєвого спілкування при афазії у осіб післяінсультного стану // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 32. С. 180-185.
8. Афазії- види і способи корекції. <https://publish.com.ua/zdorovia-i-krasa/afaziya-vidi-i-sposobi-korektsiji-porushen-movi.html>
9. Варлоу Ч. П. Инсульт / Практ. руководство для ведения больных: Пер. с англ. / Ч. П. Варлоу, М. С. Денис, Ван Гейн Ж. – М.: Атмосфера, 2001. – 629 с)
10. Цветкова Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение / Л.С. Цветкова. – Москва, 2000.