

Брежнєва О.Г., Гавриш Н.В., Загородня Л.П., Косенчук О.Г., Корнєєва О.Л., Лисенко Г.М., Левінець Н.В., Машовець М.А., Мордоус І.О., Нерянова С.І., Піроженко Т.О., Половіна О.А., Рейпольська О.Д., Шевчук А.С. Київ: 2021. 19 с. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0033729-21#Text> (дата звернення: 29.09.2024)

3. Національна стратегія розвитку інклюзивного навчання на період до 2029 року URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/527-2024-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.10.2024)

4. Запровадження безбар'єрності освітніх послуг в закладах дошкільної та загальної середньої освіти: аналітичні матеріали для МОН України/ за заг.ред. Л.І. Прохоренко, В.В. Засенка, Н.А. Ярмоли. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2024. 77с. URL: <https://ispukr.org.ua/?p=12614> (дата звернення: 02.10.2024)

Гладченко Ірина,
кандидат педагогічних наук,
старший науковий співробітник
відділу освіти дітей з порушеннями
інтелектуального розвитку,
ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України,
м. Київ, Україна.

ПЕДАГОГІЧНА ПІДТРИМКА ОСВІТНІХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ, КОТРІ МАЮТЬ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ВНАСЛІДОК НЕЙРОТРАВМАТИЧНОГО ВПЛИВУ

Нейротравматизм у дітей є досить поширеною причиною виражених порушень психічного розвитку. Особливо в умовах війни. Адже кожен вибух несе суттєву загрозу усім, хто перебуває в межах ударної хвилі від розриву/потрапляння ракети чи снаряду. Внаслідок такої ситуації, навіть у випадку, коли у дитини немає зовнішніх ушкоджень, це ще не означає, що вона не отримала травму.

Нейротравма у дітей передбачає травматичні ураження головного і спинного мозку, а також периферичної нервової системи.

Вибухова травма характеризується ушкодженнями, що спричинені ударною хвилею, уламками, термічною дією й токсичними речовинами.

Світова статистика стосовно частоти випадків ЧМТ у дітей коливається в широких межах і сильно варіює залежно від країни, при цьому більшість

дослідників повідомляють про діапазон 47-280 випадків на 100 000 дітей [3].

Вид травми: вуличні, побутові, транспортні, шкільні, спортивні, внаслідок СЖП (синдром жорстокого поводження), мінно-вибухові (внаслідок воєнних дій).

Нейротравми у дітей внаслідок вибуху можуть бути особливо важкими та багатofакторними.

Основні симптоми та наслідки нейротравми у дітей після вибуху можуть включати:

Черепно-мозкові травми:

Струс мозку, забої та гематоми мозку, переломи черепа.

Ураження спинного мозку:

Параліч або слабкість у кінцівках, втрата чутливості, проблеми з диханням.

Психологічні наслідки:

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожність і депресія, проблеми з концентрацією та пам'яттю.

Реабілітація дітей з такими травмами потребує комплексного підходу, що включає медичну допомогу, фізіотерапію та психолого-педагогічну підтримку.

Отже, одним із наслідків потрапляння під вибухову хвилю є закрита черепно-мозкова травма. При чому вона має суттєві відмінності від такої, що отримана за причини удару, побутових, спортивних травм чи дорожньо-транспортної пригоди.

Будь-яка черепно-мозкова травма (далі ЧМТ), навіть відносно незначна, все одно може суттєво вплинути на навчання та розвиток дитини. ЧМТ може зумовити труднощі з рухом і рівновагою, а також проблеми з мовленням, розумінням, читанням і письмом [2].

Після ЧМТ у дітей можуть виявитися труднощі з пізнанням, навчанням або поведінкою. Вони також можуть відчувати проблеми з боку зорового та/або слухового аналізатора, біль і судоми. У дитини може не бути фізичної інвалідності, але вона може відчувати приховані наслідки, такі як втома,

когнітивні або емоційні проблеми.

Наслідки ЧМТ залежать від:

- місця ураження в мозку та розміру пошкодженої ділянки;
- будь-яких інших наявних у дитини захворювань, які можуть вплинути на її відновлення й біоенергетичний рівень;
- віку та стадії розвитку дитини на момент травмування: від цього може залежати, наскільки дитина усвідомлює те, що трапилося, і наскільки вона здатна використовувати стратегії для подолання труднощів.

Найбільш стрімко реабілітаційні процеси відбуваються в перші кілька місяців, але діти продовжують відновлюватися протягом ще декількох місяців або років після нейротравми.

Окрім наслідків власне ЧМТ, існують і вторинні ефекти, що пов'язані з адаптацією до нового медичного стану та подоланням будь-яких змін у когнітивних і фізичних здібностях [1; 4].

Чимало дітей, які пережили нейротравму, здатні адаптуватися й добре долають будь-які супутні труднощі. Однак нерідко діти відчувають зміни в психологічному та емоційному стані й поведінці. Це може бути наслідком самої травми, а може бути частково пов'язано з тим, що саме для них змінилося, наприклад, як вони проводять час у спілкуванні, іграх тощо.

ЧМТ може суттєво змінити коло інтересів дитини та її здатність виконувати повсякденні справи, як-от одягання, догляд за собою, приготування їжі або взаємодія з друзями.

Це також однозначно впливає й на родину дитини: члени сім'ї мають взяти на себе обов'язки з догляду, що може призвести до зміни режиму роботи, фінансового забезпечення. Батьки та опікуни також будуть стурбовані тим, як краще допомогти дитині зрозуміти, що сталося. Дорослі можуть відчувати тривогу з приводу розмови з іншими членами сім'ї та надання правильної інформації іншим людям з оточення дитини, таким як педагоги та фахівці з догляду за дитиною.

Існує ціла низка служб, які можуть надати підтримку сім'ї в цьому

процесі, одні з них можуть бути пов'язані з охороною здоров'я, а інші – з освітніми установами.

Після ЧМТ дитину лікує та підтримує ціла команда фахівців, включно з лікарями, медсестрами, терапевтами й педагогами. Імовірно, дитина почне проходити обстеження та терапію ще в лікарні, і це може продовжитися після повернення до навчального закладу.

Педагогічна підтримка освітніх можливостей дітей, котрі перенесли ЧМТ в ранньому та дошкільному віці.

Характеристика розвитку дитини при порушенні мозку травматичного генезу багато в чому схожа з описом різних порушень розвитку дітей з органічним ураженням центральної нервової системи.

За причини нейротравмування у малюка або дитини дошкільного віку може бути фізична інвалідність, а також може бути й таке, що вплив травми на навчання, гру та соціальні навички може не виявитися протягом деякого часу (приховані та відтерміновані у часі наслідки).

Зарахування дитини до закладу та початок навчання мають стати першою структурованою можливістю максимально оцінити та визначити освітні потреби вихованця та напрями підтримки. Педагогові освітнього закладу важливо знати історію хвороби дитини, якщо це можливо, а також зв'язатися з будь-якими профільними терапевтичними службами, які можуть надати інформацію та поради.

Основні моменти, які слід обміркувати, коли дитина починає навчатися в освітньому закладі:

- *для набуття деяких навичок дітям із ранньою нейротравмою може знадобитися більше часу.* Наприклад, їм може знадобитися більше підтримки під час одягання та переодягання, самостійного користування туалетом, уміння тримати ручку, підручник, концентрувати увагу під час занять, слухати та запам'ятовувати інформацію;

- *спілкування з родиною* задля отримання інформації стосовно шляхів та способів розв'язання певних проблем вдома, забезпечення ефективної

підтримки та незалежності (самостійності) дитини. Діти досить добре можуть справлятися з ситуацією вдома, але в умовах закладу, зазвичай, з'являються нові потреби в підтримці;

- *втома та стомлюваність* можуть бути наявні у дитини досить тривалий час, навіть якщо травмування сталося кілька років тому. У маленьких дітей це може проявлятися у вигляді поведінкових проблем або розчарування. Перевантаження може бути спричинене не тільки фізичною активністю, а й перебуванням у гучній, активній атмосфері, а також реагуванням на соціальні вимоги, які висуває оточення. Втома може виникати незалежно від наявних у дитини фізичних порушень;

- ініціювання, за потреби, *звернення до терапевтів*, фахівців в галузі спеціальної освіти, котрі можуть надати компетентну консультативну допомогу.

- *деякі вторинні наслідки черепно-мозкової травми можуть проявитися тільки через кілька років*. Наприклад, виникнення епілепсії або необхідність у ліках чи терапії, що допомагають контролювати м'язи та полегшують рухи.

- *аналіз потреб дитини* в педагогічній підтримці у разі навчання в домашніх умовах та/або дистанційно.

Відтак нейротравма є серйозною причиною складного стану дитини, що суттєво впливає на зміну її вікового та соціального статусу: порушуються комунікативні зв'язки з близькими дорослими, втрачається культурний запас досягнень і новоутворень віку, з'являється повна залежність від дорослого.

Важливим є часовий аспект, а саме час і період розвитку, в які дитина пережила нейротравматичний вплив. Ця інформація надає можливість дорослим (батькам, фахівцям), котрі взаємодіють з дитиною, краще зрозуміти особливості розвитку, потреби, а також труднощі та можливі бар'єри, що обумовлюють певні проблеми навчання та поведінки дитини.

Лише за умови цілеспрямованої взаємодії з дорослим, незалежно від тяжкості стану дітей з ЧМТ, постає можливість спостерігати насамперед їхню якісну зміну. Це розкриває значущість впливу, ролі та змісту корекційного

навчання стосовно потенціалу психічної активності дітей із нейротравмою.

Список літературних джерел:

1. Anderson V., Catroppa C., Morse S., Haritou F. and Rosenfeld J. Functional Plasticity or Vulnerability After Early Brain Injury? // *Pediatrics* – 2005. – 116 – P. 1374-1382.

2. Ewing-Cobbs L., Fletcher J. M., Levin H. S. Academic achievement and academic placement following traumatic brain injury in children and adolescents: A two-year longitudinal study. // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* – 1998. – 20. – P. 769-781.

3. Dewan M. C., Mummareddy N., Wellons J. C. 3rd. et al. Epidemiology of Global Pediatric Traumatic Brain Injury: Qualitative Review. *World Neurosurg.* 2016; 91: 497-509. DOI: 10.1016/j.wneu.2016.03.045

4. Levin H. S., Ewing-Cobbs L., Eisenberg H. M. Neurobehavioral outcome of pediatric closed head injury. In S. H. Broman & M. E. Michel. *Traumatic brain injury in children.* // Oxford University Press. – 1995. – P. 70-94.

Гракова Анжеліка Леонідівна,

Вчитель трудового навчання

Спеціаліст вищої категорії, старший вчитель
Ужгородської спеціальної школи I-III ступенів

Закарпатської обласної ради

м. Ужгород, Україна

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ЗБЕРІГАЮЧОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ

ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ

НА УРОКАХ ТРУДОВОГО НАВЧАННЯ

Упровадження компетентнісного підходу у вітчизняну освіту передбачає посилення практичної складової в навчальному процесі, підкреслюється роль досвіду, умінь практично реалізувати знання, вирішувати життєві завдання. Згідно з концепцією цього підходу кожен вид діяльності вимагає наявності певних компетенцій, що мають забезпечити ефективну реалізацію тої чи іншої професійної діяльності випускником навчального закладу. Сучасний зміст уроків трудового навчання розроблений на засадах проєктно-технологічної системи, яка базується на гнучкій організації процесу навчання здобувачів освіти, де пріоритет належить засобам активного навчання і сучасним педагогічним технологіям таким, як ігрові технології, пошукові технології, технологія проблемного навчання, інтерактивні технології, здоров'язберігаючі