МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ, ЗДОРОВ'Я ТА ТУРИЗМУ
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кваліфікаційна робота
магістра

на тему: «МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ВІДДІЛЕННЯ»

Виконав: студент II курсу, групи 8.2273
спеціальності 227 «Терапія та реабілітація»
спеціалізації 227.1 «Фізична терапія»
освітньо-професійної програми «Фізична терапія»
Карпова Ірина Олегівна

Керівник доцент, к.н.фіз.вих. Бойченко К.Ю.

Рецензент доцент, к.мед.н. Кальонова І.В.

Запоріжжя 2025

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра – 75 с., 4 табл., 3 додатка, 37 джерел літератури.

ДІТИ, МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД, РЕАБІЛІТАЦІЯ, РОЗЛАДИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ.

Об’єкт дослідження: програма реабілітації, основою якої є мультидисциплінарний підхід до вирішення проблеми розвитку дітей із розладами аутичного спектру.

Метою даного дослідження є вивчення ефективності мультидисциплінарного підходу в реабілітації дітей з РАС у спеціалізованих відділеннях.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, аналіз протоколів та шкал втручання (ADOS, GMFM, PEDI), складання індивідуальних карт, методи математичної статистики.

У роботі описано особливості ерготерапевтичного втручання в комплексній реабілітації, працюючи над великими та дрібними моторними функціями дитини та сферою виконання занять разом із фахівцями в мультидисциплінарній команді. Розкрито ключові моменти роботи ерготерапевта і надано рекомендації щодо поступового ускладнення завдань для розвитку когнітивних функцій у дітей 5-7 років з легкою формою РАС. Матеріали дослідження доводять, що злагоджена робота всіх фахівців мультидисциплінарної команди є ефективними в умовах спеціалізованого відділення, про що свідчать позитивні статистично достовірні результати діагностики досліджуваних показників.

SUMMARY

Master’s Qualification Thesis – 75 pages, 4 tables, 2 figures, 3 appendices, 28 references.

CHILDREN, MULTIDISCIPLINARY APPROACH, REHABILITATION, AUTISM SPECTRUM DISORDERS.

Object of the study: a rehabilitation program based on a multidisciplinary approach to addressing the developmental challenges of children with autism spectrum disorders.

The aim of the study is to explore the effectiveness of a multidisciplinary approach in the rehabilitation of children with ASD in specialized departments. The thesis seeks to determine how the integration of various professionals (psychologists, speech therapists, healthcare providers, educators, occupational therapists, and physical therapists) can enhance the rehabilitation process and support the child’s socialization and development.

To achieve the defined goals and objectives, the following research methods were used: analysis of scientific and methodological literature, analysis of intervention protocols and assessment scales (ADOS, GMFM, PEDI), creation of individual records, and methods of mathematical statistics.

The thesis describes the specific role of occupational therapy in comprehensive rehabilitation, focusing on the development of gross and fine motor skills and task performance, in collaboration with other specialists in the multidisciplinary team. It outlines the key responsibilities of the occupational therapist and provides recommendations for the gradual increase of task complexity to support cognitive development in children aged 5–7 with mild ASD. The study’s findings demonstrate that the coordinated efforts of all specialists in a multidisciplinary team are effective within a specialized department, as evidenced by statistically significant improvements in the assessed indicators.

ЗМІСТ

Перелік скорочень, умовних познак, одиниць і термінів ……..7
Вступ ……8
1 Огляд літератури……11
1.1 Особливості психо-фізичного розвитку дітей з РАС ……...11
1.2 Методи терапевтичного втручання під час роботи з дітьми……26
1.3 Мультидисциплінарний підхід у реабілітації дітей, які мають розлади аутичного спектру…….29
2 Завдання, методи та організація дослідження ……33
2.1 Завдання дослідження ……..……...33
2.2 Методи дослідження ……...33
2.2.1 Методика проведення дослідження за шкалами та протоколами 33
2.2.2 Методики психологічного дослідження …….34
2.2.3 Методика дослідження соціальних навичок та поведінки ……39
2.2.4 Методики обстеження логопедом ……42
2.3 Організація дослідження …….45
3 Результати дослідження…….47
Висновки ……...58
Список джерел посилань …..……..59
Додаток А ……..63
Додаток Б ……...64
Додаток В ……..68

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, УМОВНИХ ПОЗНАК, ОДИНИЦЬ І ТЕРМІНІВ

ВООЗ – всесвітньої організації охорони здоров’я.

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я.

РАС – розлади аутичного спектру.

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule.

GMFM – Gross Motor Function Measure.

PEDI – Pediatric Evaluation Disability Inventory.

ВСТУП

Актуальність. Розлади аутичного спектру (РАС) – це стан, який виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується вродженим та всебічним дефіцитом соціальної взаємодії та спілкування. Його неможливо вилікувати, проте з часом можна скоригувати і адаптувати людину до соціального життя.

За оцінками ВООЗ, 1 дитина із 160 має будь-який із розладів аутистичного спектру. Американська асоціація Autism Speaks відзначає 1 випадок аутизму на 88 дітей. Загалом у світі таких осіб нараховується 2 мільйони 400 тисяч.

В Україні з 2008 по 2013 рік за даними МОЗ України захворюваність на розлади зі спектру аутизму зросла в 3,8 разів з 2,4 до 9,1 на 100 000 дитячого населення [22].

На основі доступних епідеміологічних даних, приблизно у 50% випадків осіб з РАС спостерігалася або тяжка, іноді глибока розумова відсталість, разом з тим, лише у 35% виявилася легка/помірна інтелектуальна недостатність, решта випадків – 20%, взагалі не була виявлена інтелектуально-когнітивна недостатність. З цього виходить, що не всі діти з аутизмом є саме розумово відсталими.

При вивченні літератури, присвяченій різним методам терапії аутизму, було з'ясовано, що ерготерапія є одним із основних методів комплексної реабілітації при аутизмі, оскільки одним із основних завдань батьків і фахівців є розвиток самостійності у дітей з аутизмом, більшість з яких мають несформовані навички дрібної моторики [29].

Метод ерготерапії полягає в специфічному виконанні підібраних видів діяльності, відповідних технік і прийомів, спрямованих на набуття, відновлення або вдосконалення умінь і навичок, що дозволять людині жити повноцінним життям. Діяльність в ерготерапії підрозділяється на повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, спілкування,

мобільність), продуктивну діяльність (домашні обов'язки, отримання освіти, професії), дозвілля (гра, хобі, відпочинок). Вона може здійснюватися із застосуванням різних матеріалів, іграшок, предметів побуту і організована за допомогою гри або спеціальних вправ-завдань [30].

Існує велика кількість корекційних методик для дітей із розладами аутистичного спектра. У різних країнах підходи до їх застосування можуть відрізнятися, проте загалом ці методики класифікують на кілька основних напрямів: поведінкові, розвиткові, сенсорно-перцептивні та еклектичні.

Ерготерапія є однією з найбільш поширених терапій, які надаються особам з РАС. Ерготерапевти допомагають людям та їхнім сім'ям, займаючись, зокрема, розвитком навичок у самообслуговуванні, іграх, а також шкільних та навичок виробничої діяльності [12].

Ерготерапевти розробляють план втручання на основі здібностей та когнітивного рівня, розділяють навички на менші частини, використовують адаптивне обладнання, адаптують навколишнє середовище, працюють над вдосконаленням дрібної моторики, навичок візуального сприйняття, організаційних навичок, проводять навчання стратегіям заспокоєння [31].

Водночас для досягнення основних цілей ерготерапевтами широко використовується сенсорно-інтегративна терапія (СІТ) та сенсорні втручання для дітей з РАС [7, 8, 10, 11, 31].

У багатьох країнах були продемонстровані дослідження, які довели ефективність включення ерготерапії, яка добре узгоджується з філософською та концептуальною основою втручань у комплексному підході до реабілітації дітей з РАС [5; 31].

Участь ерготерапевта в оцінці та реабілітаційному втручанні мають стати пріоритетом для спеціалістів, які працюють з дітьми з РАС в Україні. Таким чином, забезпечення дитини з ознаками РАС індивідуальним та ефективним ерготерапевтичних втручанням у мультидисципінарному підході реабілітаційного процесу грає істотну роль у поліпшенні активності повсякденного життя і якості життя. Проте у наукових роботах згадується

про недостатню кількість наукових досліджень, котрі присвячені ерготерапії при РАС [9, 31].

Тож, дана робота спрямована на оцінку ефективності мультидисциплінарного підходу

Метою даного дослідження є вивчення ефективності мультидисциплінарного підходу в реабілітації дітей з РАС у спеціалізованих відділеннях. Робота має на меті визначити, як інтеграція різних фахівців (психологів, логопедів, медичних працівників, педагогів, ерготерапевта та фізичного терапевта) може покращити реабілітаційний процес і сприяти соціалізації та розвитку дитини.

Для досягнення мети були поставлені наступні завдання:

1. Вивчити особливості мультидисциплінарного підходу у реабілітації дітей з аутизмом.

2. Проаналізувати роль фахівців різних напрямків в реабілітаційному процесі дітей з РАС.

3. Описати особливості ерготерапевтичного втручання в комплексній реабілітації, працюючи над великими моторними функціями дитини та сферою виконання занять разом із фахівцями в мультидисциплінарній команді.

4. Оцінити результати ефективності мультидисциплінарного підходу в умовах спеціалізованого відділення.

Для вирішення поставлених завдань використовувалися доступні методи дослідження, а саме: аналіз науково-методичної літератури, аналіз протоколів та шкал втручання (ADOS, GMFM, PEDI), складання індивідуальних карт, методи математичної статистики.

Наукова новизна в тому, що дослідження дозволяє оцінити важливість мультидисциплінарного підходу в реабілітації дітей з розладами аутичного спектру в умовах спеціалізованого відділення, спираючись на отримані у ході експериментального практичного дослідження.

1 ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Особливості психо-фізичного розвитку дітей з РАС

Згідно науково-методичної літератури, аутизм – це загальне (первазивне) порушення розвитку, що позначається на вербальній і невербальній комунікації та соціальній взаємодії, а також ускладнює становлення адаптаційних процесів; розлади аутичного спектра в цілому виявляються у віці до трьох років. Інші характеристики, які часто пов’язують з аутизмом: обмежені повторювані стереотипні рухи, нетолерантність до змін навколишнього середовища або повсякденності, незвичайні реакції на сенсорні подразники [32].

Дитячий аутизм (від лат. autos – сам) є одним з клінічних варіантів такого типу дизонтогенезу, як спотворений розвиток (за термінологією В. Лебединського). Стосовно частоти випадків цієї патології розвитку, на думку автора, існують різні дані: від 6–17 (за В. Каганом) до 57 (за К. Гілбертом) на 10000 дитячого населення (у хлопчиків аутизм зустрічається частіше, ніж у дівчаток). При цьому типі психічного дизонтогенезу спостерігаються складні поєднання загального психічного недорозвинення дитини, а саме: затриманий, ушкоджений та прискорений розвиток її окремих психічних функцій [33].

Інші автори наголошують на тому, що аутизм – це специфічний діагноз, який характеризується комплексом симптомів, які проявляються відхиленнями у мовленні, соціалізації і стереотипних рухах. Автор зазначає, що аутизм – це не захворювання, а комплекс розладів розвитку нервової системи, це порушення в розвитку емоційно-особистісної сфери дітей та підлітків. Дитина відчуває труднощі при встановленні емоційного контакту із зовнішнім світом. Проблемним стає вираження власних емоційних станів і розуміння інших людей. Труднощі виникають при встановленні зорового контакту, у взаємодії з людьми за допомогою жестів, міміки, інтонацій. Н.

Пахомова особливості психічного розвитку дітей з аутизмом, в залежності від ступеня тяжкості афективної патології, виділяє у 4 групи.

Група 1 – спілкування практично відсутнє. Спостерігається самоагресія як прояв аутичного захисту. Характерні неадекватні бредоподібні страхи. При безцільних рухах можуть спостерігатися висококоординовані, пластичні рухи, що проявляються через активні форми аутостимуляції. У процесі обстеження предметів використовує нюхові, вестибулярні і тактильні відчуття. Потребує постійної опіки з боку дорослих в умовах спеціальної установи або в сім'ї.

Група 2 – спілкування обмежене, особливо в незвичних умовах. Страхи обумовлені підвищеною гіперчутливістю. Активність вибіркова, виражена прихильність до сталості. Спостерігається скутість, напруженість м'язового тонусу, недорозвинення тонкої моторики. Когнітивні процеси проявляються через символічні ігри, які відрізняються вираженою стереотипністю. Можуть користуватися мовою при афективно-значимих ситуаціях. Прогноз: можливе навчання на дому за індивідуальною програмою, оволодіння елементарним рахунком, читанням. Дитина потребує постійної опіки. Можливо володіє елементарними трудовими навичками.

Група 3 – при обмеженій потребі спостерігається виражене виборче спілкування, переважно з дорослими. Можлива агресія та афективні переживання частіше проявляються в вербальних формах, в однотипних малюнках. Спостерігається моторна невправність, порушення м'язового тонусу, слабка координація рухів. На ефективність сприйняття істотний вплив робить афективна установка. Сприйняття вибіркове. Високий рівень розвитку пам'яті, особливо на афективно значущі події. Характерний нерівномірний темп інтелектуальної діяльності, доступні узагальнення, судження з істотним ознаками, але мотивування відповідей утруднене. Обмеженість (зацикленість) інтелектуальних інтересів. Прогноз: можливе навчання на дому або в коррекційному класі за спеціальною програмою,

самостійне проживання під наглядом родичів чи опікунів та оволодіння трудовими навичками.

Група 4 – діти не проявляють ініціативи в процесі спілкування. Характерні неврозоподібні розлади: надзвичайна гальмівність,боязкість, полохливість, особливо в контактах, почуття власної неспроможності, що підсилює соціальну дезадаптацію. Поведінка в цілому цілеспрямована. При напрузі ситуації можуть спостерігатися моторні стереотипії, неспокій, зниження концентрації уваги. Характерні труднощі в засвоєнні моторних навичок. Затримка руху на відміну від здорових дітей. Прогноз сприятливий. Можливе навчання по масовій програмі в школі [16].

На думку В. Тарасун основними причинами розладів аутичного спектру є:

а) біологічна недостатність всіх регуляторних систем (активуючої та інстинктивно-афективної), а також дефіцитарність аналізаторних систем (гностичних, мовленнєвих, рухових);

б) соціальні (вторинні) фактори. Вихідна енергетична недостатність дітей (швидка виснаженість, швидке перенасичення будь-якою діяльністю, низькі сенсорні пороги з вираженим негативним фоном тощо) підвищує їхню готовність до формування реакції страху, що створює хронічну ситуацію дискомфорту.

Тому, як вважає дослідник, аутизм для таких дітей є своєрідною компенсаторною реакцією, спрямованою на захист від травмуючого зовнішнього середовища [33].

Л. Мардахаєв звертає нашу увагу на те, що аутизм найбільш яскраво проявляється у віці 3–5 років, і в числі найбільш характерних його проявів можна назвати наступні:

– аутична дитина не фіксує погляд, особливо на обличчі, деталях особи іншої людини, не виносить прямого зорового контакту;

– перша посмішка хоча і з'являється вчасно, але не адресується комусь конкретно, чи не провокується сміхом, радістю, іншими афективними реакціями інших людей;

– до оточуючих аутична дитина ставиться індиферентно: на руки не проситься, часто воліючи перебувати у ліжечку, в манежі, в колясці, на руках не пристосовується, не вибирає зручної пози, залишається напруженою;

- позу готовності не проявляє або проявляє дуже мляво;

-в той же час іноді легко йде на руки до всіх;

– своїх близьких аутична дитина впізнає, але при цьому досить насиченої і тривалої емоційної реакції не проявляє;

– до ласки дитина з аутизмом відноситься незвично: іноді байдуже (терпить її) або навіть неприязно, але навіть якщо відчуває приємні відчуття і переживання, то швидко перенасичується;

– відношення до моментів дискомфорту (наприклад, порушень режиму харчування) парадоксальне: аутична дитина або взагалі їх не переносить, або байдужа до них;

– потреби в контактах з іншими людьми (навіть близькими) також парадоксальні: в одних випадках дитина не відчуває такої потреби, прагне уникати контактів; в більш важких випадках до контакту (особливо до тактильного) відноситься байдуже, мляво [1].

На думку Т. Скрипник діти з аутизмом мають великий потенціал до розвитку. Ті обмеження, які ускладнюють їхнє поступальне, за принципом нарощування, зростання – брак соціальних якостей та порушення соматосенсорних і психомоторних процесів – можуть бути подолані. З іншого боку, спеціально підібрані методи навчання і розвитку таких дітей (з опорою на світовий досвід) сприятимуть успішному формуванню їхніх інтелектуальних здібностей і адаптивних можливостей. Оптимальний розвиток дітей з аутизмом, на думку автора, ґрунтується на таких взаємопов’язаних умовах:

1. Раннє виявлення розладів розвитку і долучення до дієвих корекційно-розвивальних програм (в межах програм раннього втручання, або системної ранньої допомоги);

2. Позитивні перетворення в межах родини аутичної дитини, створення найсприятливішого для її розвитку середовища;

3. Сплановане введення дитини у загальноосвітній простір у відповідності до стану і можливостей її розвитку (які постійно переглядаються з наміром перегляду умов продуктивного навчання та розвитку дитини);

4. Модифікація загальноосвітнього простору, що має для дитини з аутизмом підтримувальний, стимулюючий і корекційно-розвитковий потенціал. Використання середовищних ресурсів, серед яких:

– предметні та просторові (структурування простору, навчальне місце, предмети пристосувального характеру, підтримувальна і альтернативна комунікація);

– організаційно-смислові (структурування таких сфер життєдіяльності, як навчання, побут, дозвілля; дозування навантаження, візуальна підтримка, елементи програми TEACCH; правила, що регулюють відносини з довкіллям);

– соціально-психологічні (значущі інші люди, соціальні ролі, соціальні потреби, прихильності, звички).

5. Здійснення грамотного психолого-педагогічного супроводу групою фахівців різного профілю та батьків, які складають індивідуальну програму розвитку дитини та послідовно її виконують;

6. Організація системної корекційно-розвивальної роботи з дитиною (в паралель з навчальним процесом), спрямованою на становлення базових психічних властивостей дитини (тонічної регуляції, почуття безпеки та довіри, сенсорної інтеграції).

7. Навчально-методичне забезпечення процесів навчання та розвитку дітей з аутизмом [29].

Впровадження у виховання та навчання кожної з цих умов та їх узгодженість між собою прямим чином впливають на позитивний розвиток дитини аутичного спектру. Отже, виходячи з вищеозначеного, можна зробити наступні висновки. Проблемою розвитку дітей з розладами аутичного спектру переймалось багато зарубіжних та вітчизняних науковців. Було визначено, що аутизм – це порушення розвитку, яке позначається на комунікації та соціальній взаємодії, а також ускладнює адаптаційні процеси людини. Доведено, що причини розвитку аутичного розладу можна розділити на біологічні (недостатність регуляторних систем та дефіцитарність аналізаторних систем) та соціальні. Виявлено основні ознаки аутизму. Це, насамперед, затримка мовленнєвого розвитку і відсутність бажання йти на контакт – дефіцит спілкування, обмеженість інтересів, стереотипи, в наявності проблема в розвитку невербального спілкування (відмова дивитися в очі і неприйняття тілесних обіймів), нездатність дружити з однолітками, розділяти радість і захоплення з товаришами, відсутність співпереживання за оточуючих, невтомне прагнення впорядковувати предмети і наводити порядок [1].

Для дітей з РДА характерні труднощі встановлення очного контакту, взаємодії поглядом, мімікою, жестами, інтонацією, також у них знижуться потреба у спілкуванні, здатність до соціальної взаємодії, відмічається стереотипність у поведінці та інтересах. Вже в грудному віці відзначається патологія вегетативних функцій і ряду інших вітальних адаптивних механізмів: порушення м'язового тонусу; розлади сну, апетиту, відсутність реакції на фізичний дискомфорт. Дуже типова слабкість афективної реакції на людину, в тому числі на матір: відсутність пози готовності при взятті на руки (ригідність або пасивність), відсутність зорового контакту. В інших випадках, навпаки, типовий афективний симбіоз з матір'ю. Неможливість привернути довільну увагу дитини дисоціює з її підвищеною реактивністю до подразників, не звернених до неї, великою лякливістю та загальмованістю. Аналізуючи праці К. Лебединської, О. Нікольської, В. Каган та ін., виявили,

що ранній дизонтогенез рухової сфери проявляється у невпевненості ходи, її легкому регресі при першій невдачі, слабкій диференційованості тонкої моторики, поганому оволодіння навичками самообслуговування [34].

Важливо зазначити, що на другому році життя звертають на себе увагу особливості мовлення: слабкість артикуляції, схильність до вербальних стереотипів, егоцентричність, відсутність зв’язку з оточуючим, нерідко мутизм (відсутність мовлення).

Гра характеризується одноманітністю маніпуляцій з об'єктами. У більшості клінічних описів підкреслюються ознаки зниження енергетичного потенціалу (L. Conrad): млявість, безініціативність, відсутність допитливості, прагнення до обстеження навколишнього поряд зі схильністю до імпульсивних афектних і рухових розладів. Відзначається лепкість виникнення різних страхів, особливо при зміні звичної обстановки, запізнювання формування навичок самообслуговування. При описі зовнішнього вигляду звертається увага на часту затримку фізичного розвитку, слабкість тургору м'язів і шкіри, а також недитячу міміку та погляд.

Проведений аналіз досліджень К. С. Лебединської та О.С. Нікольської дозволив виявити, що зорове сприймання дітей з РДА має ряд особливостей: погляд «крізь» об'єкт, відсутнє спостереження поглядом за предметом («псевдо сліпота»), зосереджений погляд на «безпредметному» об'єкті. Аутичній дитині також властива зорова гіперсензитивність, яка проявляється у лякливості при включенні світла, прагненні до темряви.

Своєрідним є слухове сприймання дітей із синдромом РДА: у дитини відсутня реакція на звук, наявні страхи окремих звуків, дитина не може звикнути до звуків, що її лякають, прагне до звукової аутостимуляції, надання переваги тихим звукам. Порушення тактильного сприймання проявляється у зміненій реакції (гіпо- або гіперпатія) на мокрі лелюшки, купання, причісування, зрізання нігтів, дотик до волосся. Дитина не дозволяє себе одягнути, а навпаки прагне роздягнутися, отримує задоволення від

розривання тканин, паперу, пересипання круп, обстежує оточуючі предмети переважно за допомогою обмацування.

Смакове сприймання у дитини з синдромом РДА проявляється у надзвичайній вибагливості до смаків, у вибірковості до страв, обстеженні оточуючого за допомогою облизування, недостатньому розрізненні їстівного і не їстівного. Нюховому сприйманню властиві гіперсинзетивність до запахів та обстеження навколишнього за допомогою обнюхування. Особливості пропріоцептивного сприймання проявляються у потязі дитини до ігор з дорослими, які полягають у підкиданні дитини, у схильності до аутостимуляції напругою тіла, кінцівок, ударами себе по вухах, затискуванням їх під час позіхання тощо [34].

Спираючись на дослідження К. С. Лебединської, О.С Нікольської, А.С. Сgіваковської, М.В.Рождественської, С. Ю. Коноплястої, розвиток рухової сфери у дітей із синдромом РДА також протікає своєрідно, і це проявляється з перших місяців життя. Деякі автори говорять про те, що розвиток ранніх статичних функцій відбувається у відповідні періоди, інші відмічають, що розвиток моторних функцій характеризується затримкою у часі сидіння, повзання, вставання, довготривалим інтервалом між здатністю стояння та початком ходи, "несподіваністю" переходу до ходіння, часто одночасно до бігу.

Характерним для РДА є вичурність та стереотипія в моториці та поведінці: 1) спостерігаються постійні ритмічні згинання та розгинання кистей рук; схрещування рук; 2) крутіння в руках предметів (паличок, сірників, мотузок); 3) розкачування стільця; 4) відкривання і закривання дверей; водопровідного крану.

Хода без співдружніх рухів, вона не координована. Вони ходять навшпиньках, то маленькими кроками, то підстрибуючи, то не згинаючи ноги в колінах. Міміка невиразна, періодично з'являються неадекватні гримаси, гіперкінези. В загальній моториці спостерігається або рухова загальмованість, або розгальмованість з вишуканими рухами.

Але у більшості дітей рухи незграбні, неритмічні. Особливо затримана в розвитку моторика кистів рук, моторна вправність. Інші ж діти моторно вправні в своїх несподіваних рухах, але можуть відчувати надзвичайні труднощі у повторенні рухів за побажанням.

Своєрідність психічного розвитку дитини з синдромом РАС впливає і на розвиток ігрової діяльності, на її розумовий розвиток тощо. Ігрова діяльність суттєво визначає психічний розвиток дитини протягом всього дитинства, особливо у дошкільному віці. Діти з аутизмом на жодному віковому етапі не грають з однолітками у сюжетні ігри, не розуміють соціальних ролей і не відтворюють в іграх ситуації, які пов'язані з реальними життєвими стосунками (професійними, сімейними та ін.).

Діти з аутизмом ігнорують іграшки, або просто розглядають їх без прагнення до маніпуляції. Недостатня соціальна спрямованість, причиною якої є аутизм, у цих дітей проявляється у тому, що їх не цікавлять не тільки рольові ігри, але й перегляд кінофільмів і телепередач, які відтворюють міжособистісні стосунки.

Спираючись на дослідження О.С. Нікольської та К.С. Лебединської, виявили, що у дітей з аутизмом. можуть спостерігатися 3 особливості інтелектуального розвитку: а) відставання проявляється в інтелектуальній пасивності, у відсутності або різкому відставанні формування мовлення, труднощах зосередження на певному об'єкті, порушенні цілеспрямованої діяльності, однаковій актуальності часових вражень теперішнього і майбутнього; б) часткове прискорення характерний ранній розвиток мовлення, накопичення знань у окремих галузях, звертання уваги на форму та колір оточуючих предметів, але не на функціональні властивості, незвичайна просторова та слухова пам'ять; в) розпад йому зазвичай передував період прискореного інтелектуального і мовленнєвого розвитку, розпад мовлення, пізнавальної діяльності, навичок поведінки який частіше виникає на другому році житті [34].

Дослідження літератури стосовно проблеми раннього дитячого аутизму дозволило нам окреслити особливості функціонування психіки дітей з РАС: грубе порушення уваги; дефіцит сприймання, порушення орієнтування у просторі (К. С. Лебединська та інші); 3) фрагментарність (нецілісність) когнітивної (у тому числі й пер цептивної) обробки інформації (теорія ослаблення центрального зв'язування, за В.В. Тарасун, 2005), викривлення цілісної картини реального предметного світу; 4) обмеження у спроможності інтерпретувати інформацію, яка сприймається, та розуміти її смисл (Т. Пітерс). Звичайними є стереотипні натискання на вухо чи око, обнюхування, облизування предметів, перебирання пальцями перед очима, гра з бліками, тінню; 5) високо розвинена механічна пам'ять та певні типи асоціацій (частіше за все за суміжністю); 6) відставання або повна відсутність розвитку експресивного мовлення, стереотипне використання мовлення. У побуті дитина з аутизмом може використовувати бідний набір мовленнєвих штампів, при цьому одночасно вона виявляє гостру чутливість до мовленнєвих форм, музичний слух і увагу до високої поезії. При загальному порушенні розвитку цілеспрямованого комунікативного мовлення можливе захоплення окремими мовленнєвими формами, постійна гра звуками, складами і словами, рифмування, співи, декламування віршів; 7) „негнучкий" процес мислення, буквальне розуміння непрямого смислу 8) викривлене розуміння загального смислу того, що відбувається (центральна когнітивна дефіцитарність, за У. Фрітц): 9) відсутність адекватних емоційних реакцій; 10) довга затримка при формуванні комплексу «Я», що виявляється у схильності казати про себе у третій особі, наслідуванні мовлення і дій; 11) рухи слабко координуються, неспроможність керувати розподілом м'язового тонусу.

Так як проблема раннього дитячого аутизму (РДА) дотепер привертає увагу дослідників-психологів, психоневрологів, дефектологів, логопедів та інших спеціалістів, не можна не наголосити на важливості проведення ранньої діагностики цього порушення, та подальшого вивчення

психофізичних та мовленнєвих особливостей даної категорії дітей. Зважаючи на те, що крім основних специфічних особливостей розвитку, в аутичних дітей порушується можливість користуватися мовленням як таким. Діти з аутизмом страждають від власної нездатності налагоджувати соціальну взаємодію, невміння підтримувати контакт з чужими людьми без явного психологічного дискомфорту. Для них характерні труднощі сприймання інформації, а також розуміння ситуації спілкування, що є наслідком відсутності самої потреби у здійсненні комунікативної діяльності. Тож подальше вивчення цієї проблеми допоможе в удосконаленні та правильному підборі методів корекційного навчання з метою допомогти дитині в повній мірі соціалізуватися у навколишньому світі [7].

В цілому для психічного розвитку при РДА властива нерівномірність. Так, підвищені здібності в окремих обмежених областях, таких, як музика, математика, живопис, можуть поєднуватися з глибоким порушенням звичайних життєвих умінь і навичок. Одним з головних патогенних чинників, що обумовлюють розвиток особистості за аутистичним типом, є зниження загального життєвого тонусу. Це проявляється передусім в ситуаціях, що вимагають активної, виборчої поведінки [16].

Недостатність загального, в тому числі психічного, тонусу, що поєднується з підвищеною сенсорною і емоційною чутливістю, обумовлює украй низький рівень активної уваги. З самого раннього віку відзначається негативна реакція або взагалі відсутність якої-небудь реакції при спробах привертання уваги дитини до предметів навколишньої дійсності. У дітей із РДА спостерігаються грубі порушення цілеспрямованості і довільності уваги, що перешкоджає нормальному формуванню вищих психічних функцій. Проте окремі яскраві зорові або слухові враження, що йдуть від предметів навколишньої дійсності, можуть буквально зачаровувати дітей, що можна використати для концентрації уваги дитини. Це може бути який-небудь звук або мелодія, блискучий предмет тощо [34].

Характерною рисою є висока психічна пересиченість. Увага дитини з РДА стійка впродовж буквально декількох хвилин, а іноді і секунд. В деяких випадках пересичення може бути настільки сильним, що дитина не просто вимикається з ситуації, а проявляє виражену агресію і намагається знищити те, чим вона тільки що із задоволенням займалася.

Для дітей з РДА характерна своєрідність в реагуванні на сенсорні подразники. Це виражається в підвищеній сенсорній чутливості і, як наслідок підвищеній ранимості; для них характерне ігнорування дій, а також значна розбіжність в характері реакцій, що викликаються соціальними і фізичними стимулами.

Якщо в нормі людська особа є найсильнішим і привабливішим подразником, то діти з РДА надають перевагу різноманітним предметам, обличчя ж людини практично миттєво викликає пересичення і бажання піти від контакту.

У сприйнятті дитини з РДА відзначається також порушення орієнтації у просторі, спотворення цілісної картини реального предметного світу. Для них важливий не предмет в цілому, а окремі його сенсорні якості: звуки, форма і фактура предметів, їх колір.

Розглянемо більш детально особливості сприйняття дитини з РДА, які виділяють К. Лебединська, О. Нікольська).

Особливості зорового сприйняття:

• Погляд «крізь» об'єкт. Відсутність стеження поглядом за предметом.

• Зосередженість погляду на «безпредметному» об'єкті: світловій плямі, ділянці блискучої поверхні, візерунку шпалер, килима, мерехтінні тіней зачарованість таким спогляданням.

• Затримка на етапі розглядання своїх рук, перебирання пальців у особи.

• Наполегливий пошук певних зорових відчуттів.

• Стійке прагнення до споглядання яскравих предметів, їх руху.

• Тривале виникнення стереотипної зміни зорових відчуттів (при включенні і виключенні світла, при відкриванні та закриванні дверей, вертіння коліс, пересипанні мозаїки тощо).

• Зорова гіперсензитивність: переляк, крик при включенні світла, роздвиганні штор; прагнення до темряви.

Особливості слухового сприйняття:

• Відсутність реакції на звук. Страхи окремих звуків. Відсутність звикання до звуків.

• Прагнення до звукової аутостимуляції: зминання та розривання паперу, шурхотіння целофановими пакетами тощо.

• Рання любов до музики. Гарний музичний слух.

Особливості тактильної та м'язової чутливості:

• На тлі постійного сенсорного дискомфорту діти з РДА прагнуть отримати певні активуючі враження (розгойдуються усім тілом, здійснюють одноманітні стрибки або крутяться, отримують задоволення від розривання паперу або тканини, переливання води або пересипання піску, спостерігання за вогнем).

• При часто зниженій больовій чутливості у дітей з РДА спостерігається схильність до нанесення собі різних ушкоджень.

• Обстеження оточуючого середовища здійснюється переважно за допомогою обмацування.

Особливості смакової чутливості:

• Непереносимість багатьох страв. Смоктання неїстівних предметів, тканин.

• Обстеження навколишнього за допомогою облизування.

Особливості нюхової чутливості:

• Гіперсензитивність до запахів. Обстеження навколишнього за допомогою обнюхування.

• Пропріоцептивна чутливість [3].

Розвиток психічних процесів у дітей з розладом аутичного спектру відбувається в особливих умовах, відповідно формування емоційно-вольової сфери також матиме деякі особливості. Їм притаманна байдуже ставлення до оточуючих: аутична дитина впізнає своїх родичів, але в той же час не виявляє достатньо інтенсивної та тривалої емоційної реакції, виникає відчуженість у поєднанні з нездатністю спілкуватися. Діти з РАС відносно незвично ставляться до доброти та ласки: іноді з байдужістю або навіть недоброзичливі; якщо дитина отримує приємні почуття та переживання від ласки, вона швидко перенасичується. Також вони можуть ігнорувати або неправильно інтерпретувати емоційну поведінку людей та не розуміють проявів своїх почуттів. Саме порушення розвитку емпатії є причиною неадекватної соціальної поведінки .

Створені установки аутизму, стереотипність, гіперкомпенсаційна самостимуляція не можуть не спотворювати весь хід психічного розвитку дитини. Тут неможливо розділити афективний та когнітивний компоненти: це один вузол проблем. Спотворений розвиток когнітивних психічних функцій є наслідком порушень в афективній сфері. Ці порушення можуть призвести до деформації основних механізмів афективної поведінки тих механізмів, які дозволяють дитині з нормальним розвитком встановити оптимальну індивідуальну дистанцію у відносинах зі світом, визначити свої звички та потреби, навчитися невідомому, подолати перешкоди, побудувати гнучкий та активний діалог з навколишнім середовищем. налагодити емоційний контакт з людьми та довільно організувати їх поведінку.

Також до особливостей емоційно-вольової сфери відноситься прояв активного негативізму, коли дитини відмовляється від співпраці з дорослим. Прояв негативізму може супроводжуватись посиленою аутостимуляцією, проявом агресії або аутоагресії, фізичний опір, крик. Така поведінка може закріпитися при неправильному способі взаємодії з дитиною, або коли дорослий не розуміє малюка та труднощів, які постають перед ним. Такі помилки за відсутності спеціального досвіду можна сказати неминучі

оскільки близькі люди зорієнтовані на здібностях та досягненнях, які дитина проявляє під час аутостимуляції. Дитина не може довільно повторювати сво досягнення, але його родичі не можуть це зрозуміти та прийняти. Надмірн вимоги призводять до появи у дитини з аутистичним порушенням страху взаємодії та блокування наявних форм спілкування. Такі важкі розлади в афективній сфері тягнуть за собою зміни напрямку розвитку вищих психічних функцій дитини, які, в свою чергу, стають не стільки засобом активної адаптації до світу, скільки інструментом, що використовується для захисту та отримання необхідних для самостимуляції вражень [6].

Дітям з розладами аутичного спектру характерні нав’язливі страхи, які зазвичай інші не розуміють, оскільки вони безпосередньо пов'язані з особливою сенсорною чутливістю дітей. Проблем полягає в тому, що такій дитині важко пояснити, що насправді їх лякає. Часто страхи можуть виникати через схильність дитини дуже гостро реагувати на ситуації, в яких є ознаки реальної загрози, яку дитина інстинктивно впізнає. Так виникає, наприклад, страх перед вмиванням, коли дорослий довго і ретельно мис обличчя дитини, захоплюючи і рот, і ніс, тим самим утруднюючи дихання, страх перед одяганням, коли застрягла голова в комірі кофти, викликаючи гострий дискомфорт тощо. Найбільше слід виділяти тотальний страх новизни, порушення сформованого стереотипу життя, несподіваний розвиток ситуації, власну безпорадність у незвичних умовах.

У дітей з РАС вкрай низька витривалість у спілкуванні з оточуючими. Вони швидко втомлюється навіть від приємного спілкування, схильні до фіксації на неприємних враженнях, до формування страхів. К. Лебединська О. Нікольська виділяють три групи страхів:

1) типовий для дітей взагалі страх втратити матір;

2) внаслідок підвищеної сенсорної та емоційної чутливості дітей страх перед побутовими та природними шумами, незнайомцями, незнайомими місцями;

3) і третю групу складають неадекватні страхи, маячні, тобто, які не мають реальних підстав.

Страх є одним з провідних факторів формування аутичної поведінки цих дітей. При встановленні контакту виявляється, що багато загальних предметів та явищ, це можуть бути певні іграшки, предмети побуту, вітри тощо і тому подібне, а також деякі люди викликають у дитини постійне почуття страху.

Якщо говорити про агресію, то вчені зазначають, що більша частина агресії дитини з аутичним розладом не спрямована ні на що навмисно. Коли вона хворіє, може проявляти агресію щодо людей, речей та навіть до себе. У науковій літературі це описується терміном «генералізована агресія» тобто агресія як би проти всього світу.

В умовах частих дискомфортних відчуттів, обмежених активних позитивних контактів зі світом розвиваються особливі патологічні форми компенсаторної самостимуляції, які дозволяють дитині підвищити тонус і заглушити дискомфорт. Спілкування з дитиною – спосіб включити дитину в реальність, привернути її увагу до навколишнього світу, розвинути її розуміння навколишнього середовища, зосередити увагу та мовлення дитини та прищеплювати бажання ділитися своїми емоціями переживаннями.

Ми розглянули особливості розвитку емоційної сфери у дітей з РАС, що є додатковою важливою інформацією у дослідженні особливостей афективної взаємодії даної категорії дітей з однолітками. Не менш важливе значення має комунікативна поведінка, тобто як аутична дитина використовує засоби комунікації для взаємодії з однолітками [4].

1.2 Методи терапевтичного втручання під час роботи з дітьми

Кожна дитина з аутизмом індивідуальна. Тому важливо щоби втручання чи план лікування був адаптований до конкретних потреб цієї дитини [16].

На сучасному етапі реабілітації, для дітей з аутизмом є два найпоширеніші методи: це медикаментозна терапія і психолого-педагогічна корекція. Незважаючи на певний позитивний ефект медикаментозної терапії, найбільш результативною формою роботи для дітей з аутизмом проявила себе психолого-педагогічна корекція.

Дослідження медиками та психологами проблем і особливостей розвитку та навчання дітей з аутизмом привело їх до розуміння того, що при такому порушенні розвитку сприйняття, мислення дитини організовано по іншому. Навколишній світ здається їм хаотичним та нелогічним, а дії людей незрозумілими і непослідовними. Однією з причин – є слабо розвинена уява, що в свою чергу не дає дітям зрозуміти абстрактні поняття такі як: дружба, відповідальність, правила суспільства та моралі.

Отже, навчання дітей з аутизмом і вся корекційно-розвиваючу робота спрямована на формування у дитини відповідної поведінки, розвитку творчих здібностей, комунікативних навичок та адаптації до суспільства.

Психологом Еріком Шоплером було розроблено корекційно-розвиваючу програму TEACCH терапію, що навчає дитину з аутизмом або іншими подібними розладами, та пристосовує її до життя. Для дітей 6-9 років – використовувати малюнки з підписами дій.

Такі зображення застосовуються як для систематизації часу, структурування простору, так і для розвитку комунікації. Наприклад, зображення тарілки та виделки позначає місце харчування. Ряд зображень з одягом допомагає дитині в процесі одягання. А якщо дитина ще не розмовляє, вона використовує зображення для альтернативної комунікації.

Заняття по методу TEACCH терапії допомагає організувати побут та навчання дитини у формі розкладу. На цьому розкладі завдання повинні бути представлені у вигляді малюнків на кожен день і тиждень в тому числі. Такий графік дозволяє дитині орієнтуватися в часі й послідовності [35].

Візуальний розклад дає можливість швидко організувати дитину з аутизмом та іншими неврологічними порушеннями. Кожен етап

дорослішання дозволяє змінювати розклад відповідно до психологічних особливостей та потреб дитини. Таким чином, ми готуємо дитину до самостійності та розвиваємо вміння планувати свою діяльність.

Важливим етапом у формуванні просторових уявлень є організація чи зонування простору. Це можна здійснити і в домашніх умовах, і в закладі шкільної освіти. В закладі шкільної освіти є місце для навчання та місце для гри. Вдома є місце для харчування, гри та навчання. Потрібно розмежувати ці місця певними структурами, такі як: меблі, килими, зображення, малюнки з написами або спеціальні позначки. Дуже важливим є те, що структурування простору буде не достатньо, слід ще зберігати порядок та усувати зайві речі.

TEACCH терапія супроводжує дитину з аутизмом або іншими неврологічними захворюваннями протягом усього життя та допомагає орієнтуватися в часі й просторі, подолати тривогу, навчатися й адаптуватися до навколишнього середовища [17].

Окрім цього існує багато методів лікування аутизму у дітей, але найпоширенішими та ефективними вважаються наступні методи для корекції спілкування і поведінки:

1. Прикладний аналіз поведінки (ABA) – терапевтичний метод, заснований на заохоченні. Науково доведено, що бажана поведінка і навички закріплюються правильною мотивацією і похвалою за успіхи.

2. TEACH (структуроване навчання) – підхід, заснований на специфіці сприйняття світу дітьми з РАС. Більшість з них візуали, тому картки й картинки із зображенням бажаної поведінки допомагають краще засвоювати матеріал.

3. Мовна терапія і логопедія – методики, спрямовані на підвищення мотивації дитини з аутизмом використовувати мову для спілкування.

4. Трудотерапія, Ерготерапія або окупаційна терапія – підходи, спрямовані на навчання аутичних дітей навичкам повсякденного життя за допомогою розвитку дрібної моторики та технік, що знижують сенсорну чутливість.

5. Терапія соціальних навичок – допомога у побудові відносин аутичної дитини з однолітками.

6. Розвивальна терапія – методи «лікування» аутизму у дітей, побудованих на розвитку сильних сторін дитини. Робота ведеться з урахуванням інтересів самої дитини, що формує необхідні навички без тиску.

7. Ігрова терапія – допомога малюкові з аутизмом навчитися грі (розвиток фантазії, взаємодія з іншими дітьми тощо).

8. Візуальна терапія – використання візуальних технологій для розвитку комунікативних навичок.

9. Сенсорна інтеграція – метод, що поліпшує взаємодію між мозком і інформацією, одержаної дитиною з навколишнього середовища. Такий підхід допомагає швидше обробляти зовнішню інформацію і знизити чутливість до дотиків, звуків, світла.

10. Пет-терапія – взаємодія аутичних дітей з тваринами, наприклад, кіньми, собаками, дельфінами [18].

Узагальнюючи все вище зазначене у параграфі можна акцентувати увагу на тому, що існує багато методик корекції та лікування розладів аутичного спектру у дітей, але вони дуже різні і потребують залучення великої кількості фахівців із різних галузей таких, як корекційна педагогіка, психологія, логопедія, дефектологія, адаптивна фізична культура, фізична реабілітація, ерготерапія та медицина. Тому більш детально розглянемо обов’язки та сфери втручання вузько спрямованих фахівців, які складають мультидисциплінарну команду і злагоджено працюють на спільний результат.

1.3 Мультидисциплінарний підхід у реабілітації дітей, які мають розлади аутичного спектру

Рішення щодо обсягу необхідних реабілітаційних послуг в установі, організації чи закладі приймається внутрішньою мультидисциплінарної

командою після всебічного оцінювання стану та потенціалу дитини та за згодою батьків (опікунів). На підставі оцінювання відбувається складання індивідуального плану та організація послуг.

Робота з кожною дитиною планується і здійснюється з урахуванням її індивідуальних особливостей, потреб і запитів. Працівники визначають та застосовують найбільш прийнятні для кожної окремої дитини форми та методи роботи в його інтересах для надання кращих реабілітаційних послуг, забезпечення психологічного комфорту та подолання обмежень.

Вивчаючи наукові матеріали, які були адресовані на вивчення всіляким способам лікування аутизму, стало відомо, що ерготерапія є одним із базових методів комплексної реабілітації при аутизмі, у зв'язку з тим що основним із задач родичів і спеціалістів з реабілітації є удосконалення навичок самообслуговування у дітей з аутизмом, у більшості з котрих є несформовані навички дрібної моторики.

Згідно ознак хвороби РАС розвиток навичок самообслуговування у досліджуваних дітей з аутизмом значно уповільнено, а у певних випадках подібні навички можуть бути взагалі відсутніми.

Для того, щоб процес формування навичок самообслуговування у дитини з аутизмом пройшов успішно, необхідно чітко визначити, які саме навички необхідно їй привчати. Однією з причин проблем у розвитку навичок самообслуговування у дітей з аутизмом є відсутність у них здатності наслідувати та наслідувати поведінку дорослих. Підхід ерготерапії включає конкретні типи діяльності, відповідні техніки та методи, призначені для придбання, відновлення або вдосконалення здібностей і навичок, які дозволять людині жити повноцінним життям. Діяльність в ерготерапії поділяється на повсякденну (особиста гігієна, дієта, одяг, спілкування, діяльність), продуктивну діяльність (домашня робота, навчання, професія) і дозвілля (ігри, хобі, розваги). Його можна виконувати з використанням різноманітних матеріалів, іграшок, предметів побуту та організовувати через ігри чи спеціальні практичні завдання [20].

Ерготерапія у дітей з аутизмом має бути спрямована на подолання моторної тривожності, порушень великої та дрібної моторики, рухової координації, порушення здібностей до навчання, мовленнєвих розладів, що слід відзначити як невід'ємну частину процесу реабілітації дітей з розладами аутичного спектру. є залучення батьків, які вважаються найважливішими партнерами в корекційній роботі. Важливо, що батьки дитини є невід'ємною частиною мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка працює з дитиною, взаємодіє з нею відповідно до встановлених принципів навчання та допомагає їй узагальнити всі навички, отримані в процесі роботи з фахівцями.

На сьогоднішній день у світовій практиці розроблено багато ефективних методів реабілітації дітей з РАС. До них відносяться АВА, Floortime, TEACCH, PECS та інші методи модифікації поведінки, методи розвитку мови, методи корекції рухів, методи сенсорної інтеграції тощо. Широке визнання в європейських країнах та США отримали сертифіковані комплексні програми ранньої колекційної реабілітації дітей з розладами аутистичного спектру.

У дітей з розладом аутистичного спектру (РАС) виникають труднощі в навчанні, пов'язані з неправильним або відсутнім розподілом психофізичного напруження. Дітям з аутизмом потрібні спеціально організовані заняття, спрямовані на корекцію і розвиток моторики. Для цього можна використовувати різноманітний ігровий та спортивний інвентар, ігрові предмети для розваг чи спорту (тренажери, майданчики, гірки, батути, м'ячі різних розмірів, гімнастичні палиці, бруси тощо) [19].

Відхилення психічного розвитку від стандартизованої норми можуть бути різними за своєю природою та ступенем вираженості, тому розлади аутистичного спектру (РАС) проявляються у вигляді труднощів в комунікації, соціальній взаємодії, стереотипних поведінкових моделях.

Діти з РАС часто уникають зорового контакту, можуть мати незвичайні інтереси та захоплення [7].

Важливо пам'ятати: раннє виявлення будь-яких відхилень у розвитку дитини дозволяє вчасно розпочати корекційну роботу і забезпечити її успішну соціальну адаптацію.

Своєчасне виявлення ознак порушень психічного та нервово-психічного розвитку є запорукою успішної корекційної роботи. Для цього важливо звертати увагу на поведінку дитини, її емоційний стан, успіхи у навчанні та спілкуванні з іншими. У випадку підозри на наявність порушень варто звернутися до фахівця – дитячого психолога, невролога чи логопеда – для проведення діагностики та розробки індивідуальної програми підтримки та корекції.

Корекційні програми психічного розвитку для дошкільнят містять програму для дітей з розладами аутистичного спектру (РАС). Спрямовані на соціалізацію дитини, тому включає методики розвитку соціальної взаємодії, комунікації, сенсорної інтеграції. Програма підбирається індивідуально, враховуючи специфіку розладу кожної дитини. Основними методами є АВА-терапія (прикладний аналіз поведінки), ігрова терапія, сенсорна інтеграція, використання візуальних матеріалів для розвитку розуміння [6].

Крім цього, до роботи у даному напрямку покликані працювати фахівці з мови та мовлення, які розробили спеціальні програми для роботи з мовленням, а саме: програма «Логопедична корекція», спрямована на дітей із затримкою мовленнєвого розвитку, вадами вимови, порушеннями темпу та ритму мовлення. Логопедичні вправи допомагають нормалізувати мовленнєву функцію та розвивати комунікативні навички. Методи: Артикуляційна гімнастика, вправи для розвитку фонематичного слуху, словникові ігри. Програма «Розвиток мовленнєвого спілкування». Включає комплекс вправ для розвитку зв'язного мовлення, збагачення словникового запасу, формування граматичних навичок (казки, вірші, завдання на опис предметів та ситуацій) [13].

Особливої уваги потребує висвітлення плідної співпраці фізичного терапевта з ерготерапевтом, на що звернуто увагу у третьому розділі.

2 ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Завдання дослідження

1. Вивчити особливості мультидисциплінарного підходу у реабілітації дітей з аутизмом.

2. Проаналізувати роль фахівців різних напрямків в реабілітаційному процесі дітей з РАС.

3. Описати особливості ерготерапевтичного втручання в комплексній реабілітації, працюючи над великими моторними функціями дитини та сферою виконання занять разом із фахівцями в мультидисциплінарній команді.

4. Оцінити результати ефективності мультидисциплінарного підходу в умовах спеціалізованого відділення.

2.2 Методи дослідження

1. Аналіз науково-методичної літератури.
2. Аналіз протоколів та шкал втручання (ADOS, GMFM-88, PEDI).
3. Складання індивідуальних карт, складених різними фахівцями.
4. Методи математичної статистики.

2.2.1 Методика проведення дослідження за шкалами та протоколами

Шкала спостереження для діагностики ADOS є стандартом для діагностики аутизму та загального (первазивного) розладу розвитку у досліджуваних різних вікових груп, рівнів розвитку і мовних навичок.

Ця полуструктурована методика може бути використана для діагностики практично кожного, хто має підозру на аутизм: від дитячого до дорослого віку. Методика ADOS складається з різних заходів, які дозволяють

спостерігати соціальну й комунікативну поведінку, пов'язані з діагнозом загальні розлади розвитку. Ці заходи забезпечують цікаві, нормативні умови, в яких може відбуватися взаємодія.

Методика ADOS містить модулі, для застосування кожного з яких потрібно всього від 35 до 40 хвилин [36].

Приклад адаптованого бланку, за яким здійснювалася робота та діагностика дітей 5-7 річного віку з легкою формою РАС представлен у додатку А і містить 3 модулі: соціальна взаємодія, комунікація та поведінка у грі.

Шкала великих моторних функцій GMFM-88 за п'ятьма критеріальними показниками (лежання і перевороти – 17 стверджень; сидіння – 20 стверджень, повзання на колінах – 14; стояння – 13, хода,біг, стрибки – 24 ствердження) дозволило визначити зміни у дітей з РАС. Кожне зі стверджень має у тестовому бланку варіанти відповідей від 0 до 3 балів. За сумою балів визначається % володіння дитиною рухових навичок у вигляді великих моторних функцій (додаток Б) [28].

Питальник оцінки дитячої інвалідності (PEDI – Pediatric Evaluation Disability Inventory), призначений для кількісного визначення дитячої неповносправності. Він перекладений 25 мовами світу, його валідність та надійність перевірена у багатьох дослідженнях [37].

Шкала оцінювання PEDI має вигляд стандартизованого опитувальника і містить 3 розділи: самообслуговування (73 запитання), мобільність (59 запитань), соціальна функціональність оцінюється за 65 запитаннями (додаток В). За варіант стверджувальної позитивної відповіді в опитувальнику «так» зараховується 1 бал. Загальна сума білів за кожним розділом і є ключем оцінювання.

2.2.2 Методики психологічного дослідження

Методика "10 слів" О. Р. Лурії (варіант із картками)

Мета:

- Оцінка слухової пам’яті дитини
- Виявлення здатності до багаторазового запам’ятовування й відтворення інформації (мовної або зображень).

Методика проведення:

- Педагог або психолог підбирає 10 знайомих дитині слів (або відповідні зображення);
- Дитині озвучують або показують ці 10 слів;
- Після кожного показу (разом 5–6 спроб) дитина намагається відтворити слова у довільному порядку;
- Важливо фіксувати кількість правильно відтворених слів під час кожної спроби.

Методика оцінювання:

- Загальний обсяг пам’яті (максимальна кількість слів, які дитина змогла пригадати);
- Динаміка запам’ятовування (чи є прогрес від 1-ї до 5-ї спроби);
- Типи помилок:
- Пропуски (не згадала слово);
- Перестановки (згадала інше слово);
- Перекручення (змінила звучання).

Приклад оцінки:

- 1 спроба – 2 слова,
- 2 спроба – 4 слова,
- 3 спроба – 6 слів,
- 4 спроба – 7 слів,
- 5 спроба – 7 слів.

Приклади слів: Кіт, Собака, М’яч, Дім, Мама, Лялька, Тато, Рибка, Сонце, Листок.

2 Кольори, числа, зображення, прості запитання

Мета:

- Перевірка базових когнітивних знань, мовленнєвого розвитку, здатності розпізнавати та називати об’єкти.

Етапи виконання завдання:

- Назви кольорів (4-6 основних);
- Порахувати до 5 або 10 (залежно від віку);
- Впізнати тварин, предмети, частини тіла на картках;
- Відповісти на прості питання:
- «Як тебе звати?»,
- «Скільки тобі років?»,
- «Що ти любиш їсти/робити?»

Що оцінюється:

- Обсяг словникового запасу (активний і пасивний);
- Здатність до сприймання й розуміння мови;
- Увага до мовних стимулів;
- Комунікативна реакція (чи відповідає, чи ініціює розмову).

Кольори: Червоний, Білий, Чорний, Синій, Зелений, Коричневий.

Відповісти на питання:

a. Як тебе звати?
b. Скільки тобі років?
c. Що ти любиш їсти/робити?
d. Де твоя мама?
e. Покажи, де твій носик?

3. Вправи на аналіз, порівняння, логіку

Мета: Розвиток розумових операцій: аналізу, порівняння, класифікації, встановлення логіки.

Типові завдання:

- Зайвий об’єкт: серед 4 предметів знайти той, що не належить до групи (наприклад, 3 тварини і 1 меблі);
- Порівняння: знайти відмінності або спільні риси між двома предметами (великий–малий, круглий–квадратний);

- Логічний ряд: викласти картинки в правильному порядку (напр., «ранок-день-вечір»);
- Причинно-наслідкові пари: що буде, якщо...? (напр., «Що буде, якщо зламається іграшка?»).

Мета оцінювання:

- Розуміння понять «більше–менше», «перший–останній»;
- Здатність класифікувати;
- Абстрактне мислення;
- Уміння будувати причинно-наслідкові ланцюжки.

Зайвий об'єкт

Приклад: Показано дитині чотири предмети: Кіт, Соба́ка, Пташка, Стілець.

Фахівець просить дитину назвати той предмет, який не належить до групи (в даному випадку стілець).

Завдання 2: Порівняння

Приклад: Покажіть дитині два предмети:

- Великий м'яч
- Маленький м'яч

Запитання: «Що відрізняє ці два м'ячі?»

Дитина повинна відповісти: «Один великий, а інший маленький».

Завдання 3: Логічний ряд

Приклад: Надаються дитині картинки з послідовністю: Сонце, Ласкава погода, Літній день.

Запитайте: «Що буде першим, що — другим, а що — останнім?»

Завдання 4: Причинно-наслідкові пари

Приклад: Запитайте: «Що буде, якщо іграшка впаде на підлогу?» Очікувана відповідь: «Іграшка може зламатися».

Інше питання: «Що станеться, якщо не попити води?»

Очікувана відповідь: «Може хочеться пити».

4. Ігрова форма: зорова пам’ять, увага, мислення, мовлення

Мета: Вивчити здатність дитини до концентрації, пам’яті, розуміння інструкцій та мовного супроводу в грі.

Методика проведення:

- Використовуються знайомі дитині іграшки, картки, предмети (наприклад, пазли);
- Дитині пропонують виконати завдання: скласти картинку з частин, запам’ятати розташування карток, відтворити послідовність дій.

Оцінюється:

- Як довго дитина утримує увагу на завданні;
- Як реагує на інструкції;
- Чи намагається повторити, виправити помилку;
- Наскільки активно використовує мовлення під час гри.

Завдання 1: Пазли

Методика проведення:

Потрібно скласти картинку з частин (наприклад, картинка з тваринами).

Завдання: «Склади пазл, щоб на картинці був цілий слон». Оцінка: Оцінюється, як довго дитина зосереджена на завданні і чи правильно вона складає пазл.

Завдання 2: Запам`ятовування карток

Методика проведення : Показ дитині 5 карток з різними предметами, наприклад, зображенням собаки, м'яча, яблука, книжки і машини. Потім заховати картки, запитуючи: «Які картинки ти бачив? Назви їх».

Оцінка: Як добре дитина може запам'ятати картинки і відтворити їх.

Завдання 3: Розташування карток

Методика проведення : Розкласти на столі кілька карток, показати їх дитині протягом 5-10 секунд. Попросіть дитину закрити очі і відтворити, в якому порядку картки були розкладені.

Оцінка: Чи може дитина відтворити розташування карток.

Завдання 4: Виконання інструкцій

Методика проведення: Попросити дитину виконати прості інструкції, такі як: «Візьми червоний м'яч і поклади його на стіл».

Після виконання завдання запитайте: «Що ти зробив?»

Оцінка: Як дитина виконує інструкції і чи може описати свою дію.

2.2.3 Методика дослідження соціальних навичок та поведінки

1. Комунікація, наслідування, соціальні навички

Мета:

- Дослідити, наскільки дитина здатна взаємодіяти з дорослими та однолітками;
- Визначити рівень ініціативи в спілкуванні;
- Перевірити наслідування як ключовий навик соціального навчання.

Завдання:

- Повторити за дорослим просту дію: помахати рукою, покласти іграшку в коробку, постукати по столу;
- Залучити до спільної гри з іншим дорослим або дитиною (наприклад, катати машинку по черзі);
- Виконати соціальні інструкції: «дай руку», «посміхнись», «обійми ведмедика».

Оцінюється:

- Здатність розуміти соціальні сигнали;
- Реакція на звернення;
- Ініціація контакту;
- Наскільки дитина активно наслідує поведінку дорослого без тиску.

Завдання:

1. Повторити за дорослим просту дію: наприклад, помахати рукою, покласти іграшку в коробку, постукати по столу.

Мета: перевірити здатність дитини до наслідування, що є важливим кроком у розвитку соціальної поведінки та взаємодії.

2. Залучити до спільної гри з іншим дорослим або дитиною (наприклад, катати машинку по черзі).

Мета: оцінити, чи здатна дитина до співпраці та соціальної взаємодії в групі.

3. Виконати соціальні інструкції: наприклад, «дай руку», «посміхнись», «обійми ведмедика».

Мета: перевірити здатність дитини розуміти соціальні сигнали та виконувати завдання у відповідь на них.

2. Жести, орієнтація в просторі, емоційна відповід

Мета:

- Виявити, чи використовує дитина невербальну комунікацію;
- Як орієнтується в навколишньому середовищі (в садочку, в кабінеті, вдома);
- Чи розуміє та виражає емоції.

Методика оцінювання:

- Використання жестів у повсякденному спілкуванні: вказування пальцем, помах «до побачення», кивання «так/ні»;
- Чи розуміє знайоме середовище, знаходить потрібні предмети;
- Відповідь на емоції дорослого: усмішка у відповідь, зосередженість при серйозному виразі обличчя педагога;
- Демонстрація власних емоцій — радість, злість, смуток.

Оцінюється:

1. Використання жестів у повсякденному спілкуванні: вказування пальцем, помах «до побачення», кивання «так/ні».

Мета: перевірити, наскільки дитина здатна використовувати жестову комунікацію для вираження своїх потреб чи бажань.

2. Чи розуміє знайоме середовище: знаходить потрібні предмети.

Мета: оцінити здатність дитини орієнтуватися в знайомому просторі, зокрема в домашньому середовищі або в дитячому садку.

3. Відповідь на емоції дорослого: усмішка у відповідь, зосередженість при серйозному виразі обличчя педагога.

Мета: оцінити здатність дитини розпізнавати емоційні сигнали дорослого і відповідати на них.

4. Демонстрація власних емоцій — радість, злість, смуток.

Мета: перевірити, наскільки дитина здатна виражати свої емоції через обличчя, жести або інші невербальні сигнали.

3 Сенсомоторна поведінка

Мета:

• Проаналізувати фізичну активність дитини, її координацію, рухливість та реакції на сенсорні подразники.

Що спостерігається:

• Поза та хода: чи дитина впевнено рухається, чи є хитання, нестійкість;

• Рухи рук: чи рухи контрольовані, чи є стереотипні рухи (махання, трясіння, постукування);

• Сенсорна реакція: надмірна або недостатня чутливість до світла, звуків, дотику;

• Стійкість до змін середовища: чи дитина тривожиться при нових предметах, гучних звуках, дотиках;

• Наявність повторюваних дій: наприклад, ходіння по колу, крутіння предметів, погойдування.

Що спостерігається:

1. Поза та хода: чи дитина впевнено рухається, чи є хитання, нестійкість.

Мета: оцінити здатність дитини підтримувати рівновагу та стабільність під час руху.

2. Рухи рук: чи рухи контрольовані, чи є стереотипні рухи (махання, трясіння, постукування).

Мета: перевірити наявність стереотипних рухів, які можуть бути індикатором сенсорних або розвитку моторних затримок.

3. Сенсорна реакція: надмірна або недостатня чутливість до світла, звуків, дотику.

Мета: оцінити, як дитина реагує на сенсорні стимули. Це може включати в себе чутливість до різних текстур, звуків чи світла.

4. Стійкість до змін середовища: чи дитина тривожиться при нових предметах, гучних звуках, дотиках.

Мета: оцінити, наскільки дитина здатна адаптуватися до нових умов чи змін у навколишньому середовищі. Ці реакції можуть свідчити про рівень сенсорної інтеграції та гнучкість дитини.

2.2.4 Методики обстеження логопедом

1 Візуальна підтримка мовлення

Мета:

- Підсилити розуміння мовлення та сформувати комунікативні навички через використання візуальних матеріалів.
- Допомогти дитині краще сприймати інформацію через візуальні образи.

Методи:

- Використання карток з малюнками, піктограм, схем та інших візуальних матеріалів, що допомагають дитині розуміти значення слів та фраз.
- Візуальні матеріали допомагають дітям з труднощами в мовленні виражати свої думки, запитання, бажання.

Приклад вправ:

1. Картки з зображеннями предметів:

Використовуються картки з зображенням різних предметів (наприклад, «яблуко», «собака», «дерево»). Дитина повинна називати предмети або їх властивості, що допомагає збагачувати словниковий запас.

2. Розклад дня у малюнках:

Дитина може використовувати картки для того, щоб показати послідовність подій дня. Наприклад: "прокинутися" – картка з малюнком будильника, "сніданок" – картка з тарілкою і їжею, "прогулянка" – картка з дітьми на вулиці.

3. Піктограми для пояснення емоцій:

Картки або малюнки, що зображують емоції (радість, сум, здивування). Дитина повинна вказати або показати на малюнок, який відповідає її емоційному стану, що допомагає краще розуміти й висловлювати свої почуття.

2. Методика « Мова жестів»

Мета:

- Розвиток альтернативної комунікації для дітей з затримкою мовлення або тим, хто не може виразити свої думки вербально.

Методи:

- Навчання простим жестам для вираження основних потреб та емоцій.
- Використання жестів замість слів, що дозволяє дитині спілкуватися, навіть якщо вона не може говорити.

Приклад вправ:

1. Жест для "пити":

Використання жесту для позначення бажання пити. Дитина робить рух рукою, як нібито бере стакан і п’є.

2. Жест для "їсти":

Це може бути простий жест: дві руки символічно показують рухи, як при їжі (якщо дитина не може говорити, це дозволяє їй виразити свої потреби).

3. Ігри з жестами:

Дитина може повторювати за дорослим прості жести (наприклад, «помахати рукою», «сказати привіт»). Це покращує комунікацію без використання слів.

Переваги:

- Дає можливість дітям, які не можуть говорити, висловлювати свої потреби.
- Знижує рівень тривожності у дітей з мовними труднощами, оскільки вони можуть ефективно комунікувати через жести.

3. Методика «Збагачення словникового запасу»

Мета:

- Розширення активного та пасивного словникового запасу, формування фразового мовлення, розвиток здатності до більш складного спілкування.

Методи:

- Ігри та вправи, що сприяють вивченню нових слів, складанню речень та розвитку мовлення в цілому.
- Використання карток, книг, пісень та віршів для покращення словникового запасу.

Приклад вправ:

1. Ігри зі словами:

Ігри на складання слів з літер, складання римованих пар або описування предметів. Наприклад, дитина описує предмет, не називаючи його, а інші повинні вгадати, що це.

2. Розглядання карток:

Дитина дивиться на картки з малюнками і відповідає на питання (що це таке, яка це тварина/предмет, де його можна побачити).

3. Складання простих речень:

Дитина вибирає кілька карток з малюнками (наприклад, «собака», «бігає», «в парку») і складає речення: "Собака бігає в парку". Це розвиває розуміння структури мови.

Переваги:

- Спрощує комунікацію з навколишнім світом, оскільки дитина починає більш вільно висловлювати свої думки.
- Допомагає зберігати зацікавленість в мовному розвитку завдяки ігровим методам.

2.3 Організація дослідження

Дослідження проводилося з лютого 2024 року по грудень 2024 у КНП «Павлоградська міська лікарня №1» Павлоградської міської ради. У дослідженні приймали участь 7 дітей віком 5-7 років, які мають легку ступінь розладів аутичного спектру.

Працюють відділенні: фізичний терапевт, психолог, логопед, ерготерапевт, невролог.

Психолог працює з наступними методиками під час дослідження:

- Методика “10 слів” О. Р. Лурії (у варіанті з картками) — для дослідження слухової пам’яті;
- Завдання на вивчення кольорів, чисел, розпізнавання зображень, відповіді на прості питання;
- Вправи на аналіз, порівняння предметів, логічні зв’язки;
- Дослідження зорової пам’яті, уваги, мислення, мовлення у формі гри.
- Завдання на розвиток соціальних навичок, комунікації та наслідування;
- Оцінка жестової комунікації, орієнтування у просторі, емоційного реагування;
- Спостереження за сенсомоторною поведінкою;

Опитувальник M-CHAT-R для батьків – скринінгова методика для виявлення симптомів аутизму у дітей раннього віку.

Фізичний терапевт: Методіка “Терапія через гру”, метод Нейроорієнтованої терапії.

Ерготерапевт: терапія для розвитку дрібної моторики, терапія через гру, сенсорна інтеграція.

Логопед: методика підтримки мови за допомогою візуальних засобів, методика мови жестов, збагачення словникового запасу

Розпорядок дня дитини з РАС під час знаходження у відділенні:

7:45 – Прибуття, адаптація;

8:00-8:30 – Заняття з логопедом;

8:40 – 9:10 – Заняття з психологом;

9:20-9:50 – Заняття з фізичної терапії;

10:00 – 10:30 – Заняття з ерготерапевтом;

10:40 – 11:10 – Масаж

11:15-11:30 – Електростимуляція (за призначенням лікаря)

Діти знаходилися на курсі 2 тижні, коли проводилася робота всієї мультидисциплінарної команди. Визначалися показники на початку та перед випискою. На основі отриманих результатів було сформовано наступний розділ кваліфікаційної роботи.

3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Спеціалізовані відділення (РАС) забезпечують умови для комплексної реабілітації та розвитку дитини. Вони є важливими елементами сучасної медико-соціальної системи підтримки дітей з аутизмом. У таких відділеннях діти отримують необхідну медичну допомогу, психо-соціальну підтримку, а також доступ до індивідуальних і групових занять, що сприяють розвитку їхніх когнітивних і соціальних навичок.

Інфраструктура відділення:

- Медичне обладнання: Спеціалізовані відділення обладнані сучасними медичними приладами для оцінки фізичного та психічного стану дітей. Вони мають кімнати для проведення терапевтичних процедур, масажів, фізіотерапевтичних сеансів. Також є кабінети для медикаментозного лікування, якщо це необхідно.
- Сенсорне середовище: Дітям з аутизмом часто властиві сенсорні порушення, тому важливо, щоб відділення було обладнане таким чином, щоб стимулювати або заспокоювати дитину в залежності від її потреб. До цього можуть входити спеціальні сенсорні кімнати з підсвічуванням, тканинами, що мають різні текстури, звуковими або вібраційними ефектами.
- Зони для відпочинку та ігор: Дітям необхідно мати можливість для фізичної активності та відпочинку. Відділення зазвичай має ігрові кімнати, де використовуються спеціалізовані ігри та іграшки, що допомагають дітям не лише розважатися, а й розвивати соціальні та когнітивні навички.

Психологічна атмосфера:

- Створення затишного та безпечного середовища для дитини є надзвичайно важливим аспектом. Враховуються індивідуальні потреби кожної дитини, а також її чутливість до навколишнього середовища. Важливою частиною є розробка та дотримання індивідуальних планів занять,

що допомагають дитині адаптуватися до відділення і соціального середовища.

- У процесі реабілітації надається велика увага емоційному стану дитини. Це включає роботу з психологами для подолання тривожних проявів, роботи з фобіями та іншими емоційними порушеннями, які можуть виникати у дітей з РАС.

Головне завдання фізичного терапевту під час втручання – це корекція фізичного розвитку дитини з РАС, розвиток гнучкості та координації рухів через застосування ігрового засобу діяльності.

1. Терапія через гру

Мета:

- Розвиток моторних навичок, саморегуляції та соціальних навичок через гру.
- Підвищення фізичної активності та координації, покращення фізичного стану дитини через рухливі та кооперaційні вправи.

Методи:

- Використовуються активні ігри, що допомагають зміцнити загальний фізичний стан дитини, включаючи рухливі вправи, вправи на координацію та вправи для розвитку великої моторики.
- Дитина активно взаємодіє з фізичними об'єктами: м'ячами, канатами, стрибками, бігом, іграми на балансування.

Приклад вправ:

- Ігри з м'ячем: кидання м'яча в ціль, ловлення м'яча, передавання м'яча партнеру.
- Вправи на розвиток координації рухів: перешкоди, стрибки через обручі.
- Ігри на баланс: ходьба по вузьких лініях або лавах.
- Активні гри на свіжому повітрі: лазіння по деревах, біг по лісовій стежці.

Переваги:

- В ігровій формі дитина отримує навички самоконтролю, концентрації, покращує координацію рухів.
- Дозволяє покращити навички соціалізації та комунікації через спільні ігри.

2. Нейроорієнтована терапія

Мета:

- Стимулювання мозкової активності через рух та сенсорне сприймання, що сприяє розвитку когнітивних та моторних навичок.

Методи:

- Застосовуються вправи на рівновагу, координацію та стимулювання різних зон мозку через сенсорні вправи.
- Вправи включають підтримку рівноваги, координаційні вправи та сенсорні стимули (звук, світло, текстури).

Приклад вправ:

- Вправи на рівновагу: стояння на одній нозі, кроки по лінії.
- Скачки на спеціальних м'ячах, що покращують вестибулярну систему.
- Сенсорні вправи: використання різних текстур (гладка поверхня, шершаві матеріали), вправи з різними звуками та світлом.

Застосування:

- Рекомендується при гіперактивності, затримках розвитку, аутизмі для покращення загального розвитку.

Переваги:

- Ці вправи допомагають стимулювати нейропластичність, що дозволяє мозку дитині ефективніше обробляти інформацію та адаптуватися до навколишнього світу.

3 Вправи на координацію та саморегуляцію

Мета:

- Покращити здатність дитини контролювати свої рухи та емоційний стан.

Методи:

- Використання ігор для тренування дрібної моторики, вправи для стабілізації емоцій та фізичних реакцій.

Приклад вправ:

- Гра з м'ячем для покращення моторики: кидок м'яча з метою тренування точної координації рук та очей.
- Ігри, що стимулюють вміння робити паузи та зупинятись на вимогу.

Протягом дослідження з дітьми проводилася програма реабілітаційної корекції, яка спиралася на дані, отримані на початку експериментального тестування за опитувальниками та адаптованими до визначеного віку, шкалами.

Розробка програми реабілітації ерготерапевтом спиралася на результати і висновки скорегованої роботи мультидисциплінарної команди, де чітко визначилися напрями роботи ерготерапевта і представлені нижче за кількома складовими, в основу яких увійшла активізація розвитку моторних та когнітивних функцій дітей з РАС через ігрову діяльність.

1. Виріб намиста з великого бісеру

Матеріал: Великий бісер різних кольорів і товстий шнур. Перші 3 дні: Беремо 20 штук бісеру. Дитина нанизує бісер на шнур. Працюємо на час. Це допомагає розвивати дрібну моторику, увагу та терпіння.

Далі: Поступово збільшуємо кількість бісеру – наприклад, по 5 штук щодня або через день. Можна урізноманітнювати кольори, щоб стимулювати увагу.

Мета заняття:

– Розвивати координацію рук;

– Вдосконалювати увагу та посидючість;

– Підвищувати концентрацію на завданні;

– Працювати з кольорами та формами.

2. Робота на дерев’яна дошка з фігурами

Матеріал: Дерев’яна дошка з отворами та 4 видами фігур:

– Коло

– Трикутник

– Квадрат

– Прямокутник

Кожна фігура має свій колір:

– Рожевий

– Жовтий

– Зелений

– Голубий

На кожній фігурі – певна кількість отворів:

Коло — 1 отвір

Прямокутник — 2 отвори

Трикутник — 3 отвори

Квадрат — 4 отвори

Кожної фігури — по 4 штуки (різні кольори).

Хід заняття: Перші дні (1–3): Працюємо на час (наприклад, 10 хвилин або до таймера). У процесі називається терапевтом фігура за формою і кольором: «Поклади зелений трикутник», «Знайди рожевий квадрат» тощо.

Дитина шукає фігуру і кладе її у відповідний отвір на дошці.

З 4-го дня змінюється порядок фігур, подання завдання стають швидшими, додаються питання: «Скільки отворів має ця фігура?», пропонуємо дитині самій називати фігуру за зразком.

Мета заняття:

– Вивчення форм і кольорів

– Розвиток мовлення (розуміння інструкцій)

– Тренування уваги і мислення

– Робота з дрібною моторикою

– Формування навичок класифікації (за кольором, формою, кількістю отворів).

3. Опрацювання навичок роботи з кольоровими формами та кульками.

Перші 3 дні дитина працює з круглими формами та кольоровими кульками. Використовуємо однакові кольори – наприклад, червоний, жовтий і синій. Завдання виконується на час. Можна просити:

– «Поклади червону кульку сюди»

– «Знайди жовте коло»

– «Візьми синю»

Мета – закріпити назви кольорів, тренувати увагу, виконання інструкцій і роботу з формою.

На 4-й день і далі змінювали послідовність подачі кольорів і форм. Додавали нові кольори або змінювали завдання місцями (спочатку синє, потім червоне тощо). Це допомагало розвивати гнучке мислення і здатність адаптуватися до нових умов.

4. Методика складання пазлів.

Перші 3 дні дитина складала одну й ту саму картинку з пазлів. Це допомагало запам’ятати форму, кольори й розташування деталей. Працювали на час. Якщо потрібно – допомагаємо і підказуємо. Головне – спокійна атмосфера, заохочення і завершення завдання. На 4-й день і далі міняли пазли на іншу картинку, яка трохи складніша (більше деталей, нові кольори або зображення). Це розвиває уважність і навички вирішення нових завдань. Перед початком дитина розглядала нову картинку, щоб знати, що складає. Додавали нові слова в процесі: назви кольорів, предметів, частин тіла тощо.

Мета заняття:

– Тренувати увагу і посидючість;

– Розвивати дрібну моторику;

– Працювати з інструкцією і послідовністю.

Тож, як бачимо з табличних даних, за всіма показниками протягом реабілітаційного курсу отрималі статистично достовірні позитивні зрушення, що свідчить про правильно підібрану методику роботи з дітьми, які мають розлади аутичного спектру легкого ступеня.

Таблиця 3.1 – Дані дослідження дітей 6-7 років з легкою формою РАС

№	Тест (сек)	Початок	Кінець	t	%
1	Складання пазлів	332,28±8,57	275,71±16,17	3,09*	20,52
2	Розкладання кульок по кольорам	272,28±7,54	90,85±10,77	13,80*	66,63
3	Складання пірамідок	212,28±8,57	85,85±8,25	8,62*	59,56
4	Нанизування 20 великих намисток на мотузку	275,71± 16,17	92,85±9,89	9,65*	66,32

Примітка * - вірогідність $p \leq 0,95$

Розвиток дрібної моторики – головна мета роботи ерготерапевта

Мета:

- Покращення моторного контролю, підготовка до письма та розвиток самостійності.
- Розвиток дрібних рухів пальців і кистей, які необхідні для повсякденних завдань, таких як застібання гудзиків, годування себе, малювання, написання.

Методи: використовуються різноманітні вправи, спрямовані на розвиток дрібної моторики та координації між рукою та оком.

Приклад вправ:• Нанизування бусинок: розвиває координацію пальців.

- Застібання гудзиків, шнурівка: допомагає тренувати м’язи рук і пальців, готує до письма.
- Малювання, ліплення: допомагають не тільки розвивати дрібну моторику, але й уяву та креативність.
- Конструювання з блоків, пазлів: покращує координацію рухів і точність.

Переваги:

- Допомагає дітям краще виконувати повсякденні завдання,

покращує здатність до самостійності.

- Підготовка до більш складних завдань у навчанні, таких як письмо.

2 Сенсорна інтеграція

Мета:

- Допомогти дитині правильно обробляти сенсорну інформацію та ефективно реагувати на неї.
- Сформувати вміння управляти своїми емоціями та рухами у відповідь на сенсорні стимули.

Методи:

- Сенсорна інтеграція включає вправи, які стимулюють різні органи чуттів: слух, зір, дотик, рівновагу.
- Використовуються методи та пристосування, які допомагають дитині адаптуватися до різних сенсорних сигналів (шум, текстури, світло).

Приклад вправ:

- Балансування на різних поверхнях: розвиток вестибулярної системи через рухи та рівновагу (гойдалки, тунелі).
- Вправи з різними текстурами: змащення, стиснення матеріалів з різною текстурою для розвитку тактильного сприйняття.
- Гойдалки та тунелі: стимулюють вестибулярну систему та допомагають дитині розслабитись.

Переваги:

- Допомагає дитині краще організувати свої емоції та відповіді на навколишні стимули.
- Покращує здатність до навчання та адаптації у нових умовах.

Впровадження програми ерготерапевтичного втручання та злагодженої роботи фахівців мультидисциплінарної команди дозволила отримати достовірно кращі результати, про що свідчать дані математичного статистичного аналізу, представлені у таблицях нижче.

Таблиця 3.2 – Динаміка показників наявності розладів аутистичного спектру протягом дослідження за шкалою спостереження ADOS

№	Критерії опитувальника	Початок (X±m)	Кінець (X±m)	t	%
1	Соціальна взаємодія	3,29 ± 0,20	4,57 ± 0,19	4,57*	38,91
2	Комунікація	1,86 ± 0,15	3,28 ± 0,20	5,68*	76,34
3	Поведінка і гра	1,71 ± 0,16	3,00 ± 0,22	4,61*	75,44

Примітка * - вірогідність $p \leq 0,95$

Дані таблиці 3.2 показують наявність достовірної різниці між всіма поведінковими показниками і в середньому покращення яких склало 63,56%. Комунікативні навички суттєво змінилися, що вплинуло і на поведінкові складові, так само і у соціальній взаємодії діти почали більш спокійно і довірливо реагувати на фахівців, які проводили з ними терапевтичні та ерготерапевтичні вправи.

Таблиця 3.3 містить аналіз визначення за чотирибальною шкалою розвитку та засвоєння великих моторних функцій.

Статистично достовірні покращення відбулися по всім показникам і в середньому покращилися на 21,36%, що коливалися у межах від 16,52% у навичках стояння до 26,86% (оволодіння навичками лежання та перевертання на горизонтальній поверхні).

Наступна шкала (табл. 3.4) опитування, яка дозволила оцінити наявність дитячої інвалідності показала також достовірні зміни.

Цей опитувальник дозволив, оцінюючи ключові функціональні можливості та види повсякденної соціальної діяльності, активізувати введення дітей з легкою формою РАС у соціум та набуття самостійності через розвиток і користування навичками самообслуговування та особистісної мобільності.

Таблиця 3.3 – Шкала дослідження великих моторних функцій GMFM-88 (%) протягом реабілітаційного експерименту

№	Критерії опитувальника	Початок (X±m)	Кінець (X±m)	t	%
1	Лежання і перевороти	67,57 ± 3,96	85,72 ± 2,14	4,03*	26,86
2	Сидіння	71,52 ± 4,98	86,25 ± 3,17	2,50*	20,60
3	Повзання та на колінах	74,95 ± 3,82	87,82 ± 3,44	2,50*	17,17
4	Стояння	77,71 ± 4,91	90,55 ± 4,11	2,01	16,52
5	Хода, біг, стрибки	59,03 ± 3,16	74,17 ± 3,72	3,10*	25,65
6	Загальна оцінка (середній бал за тестом)	70,16 ± 2,65	84,90 ± 3,14	3,59*	21,01

Примітка * - вірогідність $p \leq 0,95$

Таблиця 3.4 – Оцінка дитячої інвалідності протягом дослідження за шкалою PEDI (бал)

№	Критерії опитувальника	Початок (X±m)	Кінець (X±m)	t	%
1	Самообслуговування	57,85 ± 1,67	62,85 ± 0,75	1,49	8,63
2	Мобільність	44,71 ± 0,76	50,71 ± 0,86	4,55*	13,42
3	Соціальна функціональність	26,14 ± 1,16	32,28 ± 1,09	2,42*	23,49

Примітка * - вірогідність $p \leq 0,95$

Спираючись на дані таблиці можна зафіксувати достовірні покращення у соціальній функціональності та мобільності, а показник розвитку навичок самообслуговування покращився на 8, 63%, але достовірних змін не набув,

зберігаючи позитивну динаміку через недостатню тривалість за часом проведеного втручання.

Не зважаючи на позитивну динаміку досліджуваних показників когнітивного та моторного розвитку дітей з РАС треба подовжити термін реабілітаційного втручання та зробити його систематичним з періодичністю раз на 1,5-2 місяці з наданням батькам під час виписки домашнього завдання роботи з дітьми для подовження терапевтично-реабілітаційного ефекту.

Узагальнення всіх викладених результатів, дозволяє надалі перейти до висновків роботи.

ВИСНОВКИ

1. Вивчення за літературними джерелами особливостей мультидисциплінарного підходу у реабілітації дітей з аутизмом показало, що у команду мають входити логопед, соціальний працівник, психолог, дефектолог, фізичний терапевт та ерготерапевт.

2. У роботі проаналізовано роль кожного зфахівців та надано основні методики та способи втручання кожного у реабілітаційно-корекційний процес роботи з дітьми, що мають розлади аутичного спектру.

3. Описано особливості ерготерапевтичного втручання в комплексній реабілітації, працюючи над великими та дрібними моторними функціями дитини та сферою виконання занять разом із фахівцями в мультидисциплінарній команді. Розкрито ключові моменти роботи ерготерапевта і надано рекомендації щодо поступового ускладнення завдань для розвитку когнітивних функцій у дітей 5-7 років з легкою формою РАС.

4. Узагальнюючи отримані результати дослідження, треба зазначити, що злагоджена робота всіх фахівців мультидисциплінарної команди є ефективними в умовах спеціалізованого відділення, про що свідчать позитивні статистично достовірні результати діагностики досліджуваних показників.

5. У роботі представлені основні методики, які систематизовані фахівцями Павлоградської лікарні і використовуються у повсякденній роботі з дітьми, які мають розлади аутичного спектру, тому можуть бути використані у інших реабілітаційних центрах чи спеціалізованих лікувальних установах.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Багрій І. П. Професійна підготовка майбутніх заняттєвих терапевтів в університетах Канади : автореф. дис. ... канд. пед. наук : спец.13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / І.П. Багрій. Переяслав Хмельницький, 2016. 21 с.

2. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні / За науковою редакцією О.Л. Кононко. Колектив авторів. Київ : Редакція журналу "Дошкільне виховання". 1999. 70 с.

3. Балл Г.О. Орієнтири сучасного гуманізму (в суспільній, освітній, психологічній сферах). Житомир: Вид–во «Волинь» 2008. 232 с.

4. Виггинс О., Шварц М., Норко М. Прототипи, ідеальні типи та особистісні розлади: повернення до класичної педіатрії//http://www.psychology.ru/affective.

5. Гиппенрейтер Ю. Б. Вступ у загальну психологію. Курс лекцій. Київ : «ЧеРо», за участю видавництва «Юрайт», 2012. 336 с.

6. Гренлюнд Е., Оганесян Н.Ю. Танцювальна терапія. Теорія, методика, практика. Харків : Мова, 2004. 288 с.

7. Грендин Т., Скаріано М.М. Відкривая двері надії. Мій досвід подолання аутизму. Львів.: Центр лікувальної педагогіки, 2009. 228 с.

8. Дитяча практична психологія / під ред. Т.Д. Марцинковської. Київ : Гардарики, 2000. 255с.

9. Джерджен К. Рух соціального конструкціонізму в сучасній психології. *Соціальна психологія: саморефлексія маргінальності*. Харків : ІНІОНРАН , 1995. С. 51-73.

10. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку. *Дидактичні та соціальнопсихологічні аспекти колекційної роботи у спеціальній школі*: Наук.- метод. зб.: Вип. 8. / За ред.: В.І. Бондаря, В.В.Засенка Київ : Наук. світ, 2006. С. 85-88.

11. Кравчук Л. С. Фізична терапія, ерготерапія: тлумачення професійної діяльності : зб. наук. пр. Хмельницького ін-ту соціальних технологій ун-ту «Україна». 2017. № 13. С. 37-40.

12. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання / Т. Ю. Круцевич. Київ : Олімп. л-ра, 2008. Т. 2. С. 156-158.

13. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / за ред. С.Д.Максименка. Київ :2002, Т.IY,Ч.3 С.207-215.

14. Психологія життєвої кризи. Київ : Агропромвидав України, 1998. 348 с.

15. Радченко М.І. Особистісні риси батьків, які виховують розумово відсталу дитину. *Проблеми загальної та педагогічної психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Київ, 2002. Т. 4, Ч. 3. С. 207-215.

16. Ранній дитячий аутизм : навчально-методичний посібник. Видання друге: перероблене і доповнене / А. П. Чуприков, М. І. Винник, Я. Т. Багрій. Івано-Франківськ.: Видавництво Івано-Франківської державної медичної академії. 2005. 48 с.

17. Сак Т.В. Психолого-педагогічні основи управління учбовою діяльністю учнів із затримкою психічного розвитку у школі інтенсивної педагогічної корекції. Київ : Актуальна освіта, 2005. 246 с.

18. Скрипник Т.В. Моделювання шкільної ситуації як засіб підготовки до навчання дітей з аутизмом: науково-методичний посібник. Київ : Педагогічна думка. 2008. 104 с.

19. Шевцов А. Г. Кваліфікаційна характеристики окупаціонального терапевта (ерготерапевта) в системі корекційно-реабілітаційної роботи. / А. Г. Шевцов. *Акт. питання корекційної освіти*. 2016. № 7. 16 с.

20. Смоляр Г.Г. Біхевіоральна терапія / Технології психічної інтеграції дітей з аутизмом: У 2-х томах. Т.II. Київ, 249 с.

21. Соколова О. В., Омельяненко Г. А., Тищенко В. О., Конох А. П. Спортивна метрологія : навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти бакалавра спеціальності 014 «Середня освіта» освітньо-професійної програми «Середня освіта (Фізична культура)». Запоріжжя : ЗНУ, 2025. 118 с.

22. Таланчук П.М., Ярема С.Я. та ін. Норми української науково-технічної мови. Львів: Ун -т "Україна", 2006. 664 с.

23. Тарасун В.В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом (програмування, контролю, обробки інформації). *Дефектологія*, 2005, № 1.

24. Тарасун В.В., Хворова Г.М. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Київ : Наук. світ, 2004. 100 с.

25. Фельденкрайз М. Свідомість через рух. Київ. 2000. 150 с.

26. Хворова Г. М. Технологія комплексної психолого-педагогічної корекції та розвитку аутичної дитини. *Дефектологія*.и2008. №3. С.20-27

27. Фінк В.К. Ерготерапія дітей першого періоду дитинства з РАС. У: І Всеукраїнської наукової конференції «Сучасні погляди молоді на фізичну культуру, спорт та здоров'я людини», присвяченої Дню науки в Україні; 18 трав. 2023; Харків, Україна. Харків: ХДАФК; 2023. с. 291.

28. Шкала великих моторних функцій GMFM-88 URL: https://dcp.com.ua/sites/default/files/GMFM-blank-ukr.pdf

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

30. 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.

31. Вітомська М.В. Формування активності повсякденного життя дітей періоду першого дитинства з розладами аутистичного спектра в загальній

програмі ерготерапії. Дис. канд. на здобуття доктора філософії. Київ. 2023. 181 с.

32. Скрипник Т. Комплексна програма розвитку дітей з аутизмом. Науково-метод. посібник. Київ. 2013. 57 с.

33. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / За наук. ред. В.Тарасун. Київ. 2004. – 103 с.

34. Конопляста С.Ю., Косинкіна В.О. Особливості психофізичного та мовленнєвого розвитку дітей раннього віку з аутизмом. *Науковий часопис. НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 89-93. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2014_27_20/

35. TEACCH – терапія як метод психологічної реабілітації дітей з аутизмом та подібними розладами поведінки. URL : https://ioanivcenter.com/teacch-terapiya-yak-metod-psyhologichnoyi-reabilitacziyi-ditej-z-autyzmom-ta-podibnymy-rozladamy-povedinky/.

36. Шкала спостереження для діагностики ADOS. URL : https://www.autism.ua/about-autism/18-diagnostyka/45-shkala-sposterezhennya-dlya-diagnostiki-ados/

37. Питальник оцінки дитячої інвалідності PEDI. URL : https://kozyavkin.com/uk/news/content/pitalnik-ocinki-ditjachoji-invalidnosti-pedi/

Додаток А

ADOS

ПІБ дитини: _____
Дата народження: _____
Вік: _____ років
Дата обстеження: _____

1. **Соціальна взаємодія:**

Поведінка	**Спостерігалося**	**Опис/Приклад**
Зоровий контакт	Так/Ні	Ні
Спільна увага (вказування, обмін увагою)	Так/Ні	Так
Реакція на ім’я	Так/Ні	Так
Усмішка у відповідь	Так/Ні	Так
Використання жестів (вказує, махає тощо)	Так/Ні	Так

2.Комунікація:

Поведінка	Спостерігалося	Опис/Приклад
Використовує мову для спілкування	Так/Ні	Ні
Ехолалії (повторювання чужих слів/фраз)	Так/Ні	Так
Ініціює контакт	Так/Ні	Так
Підтримує діалог	Так/Ні	Ні

3.Поведінка/гра:

Поведінка	Спостерігалося	Опис/Приклад
Уявна або сюжетна гра	Так/Ні	Так
Повторювання або стереотипна поведінка	Так/Ні	Так
Незвичне використання предметів	Так/Ні	Ні
Сенсорні особливості (реакція на звуки, дотик)	Так/Ні	Ні

4.Додаткові нотатки спеціаліста:

Додаток Б

Шкала великих моторних функцій (GMFM)

Тестовий бланк (GMFM – 88 та GMFM-66)

Gross Motor Function Measurement Score Sheet

Пацієнт _____ ID #_____

Дата обстеження _____
/дд/мм/рррр

Дата народження _____
/дд/мм/рррр

Хронологічний вік _____
/років/міс

Обстеження провів _____

Рівень GMFCS

❑ ❑ ❑ ❑ ❑
I II III IV V

Умови обстеження (напр., кімната, одежа, час, присутність інших)

_____

_____

_____

Шкала великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure) це стандартизований та перевірений інструмент для визначення змін великих моторних функцій у дітей з церебральними паралічами. Приведені бали оцінювання є лише загальним орієнтиром. Більшість завдань мають специфічний опис оцінювання. При проведенні обстеження обов'язково потрібно притримуватися вказівок приведених в повному описі тесту.

Бали оцінювання

0 = не пробує виконувати
1 = починає виконувати
2 = частково виконує
3 = повністю виконує
НТ = не тестувалося

Завдання, помічені зірочкою (*) використовуються при проведенні тесту GMFM - 66

Контакти:
Dianne Russell, CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University, Institute for Applied Health Sciences, McMaster University, 1400 Main St. W., Rm. 408, Hamilton, L8S 1C7
Tel: - 1 905 525-9140 Ext: 27850
E-mail: canchild@mcmaster.ca
http://www.canchild.ca

Український варіант
Олег Качмар, Міжнародна клініка відновного лікування
E-mail: okachmar@ic.reha.lviv.ua
http:// www.reha.lviv.ua

© Mac Keith Press

	А. Лежання і перевороти	Бал				н.т
1	**На спині: голова прямо**: повороти голови зі симетричними кінцівками	0❑	1❑	2❑	3❑	1.
* 2	**На спині:** доторкається рукою до руки по середній лінії	0❑	1❑	2❑	3❑	2.
3	**На спині:** піднімає голову на 45°	0❑	1❑	2❑	3❑	3.
4	**На спині**: повністю згинає **праве** стегно і коліно	0❑	1❑	2❑	3❑	4.
5	**На спині**: повністю згинає **ліве** стегно і коліно	0❑	1❑	2❑	3❑	5.
* 6	**На спині**: досягає **правою** рукою іграшку, через середню лінію	0❑	1❑	2❑	3❑	6.
* 7	**На спині**: досягає **лівою** рукою іграшку, через середню лінію	0❑	1❑	2❑	3❑	7.
8	**На спині:** перевертається на живіт через **праву** сторону	0❑	1❑	2❑	3❑	8.
9	**На спині:** перевертається на живіт через **ліву** сторону	0❑	1❑	2❑	3❑	9.
*10	**На животі**: піднімає голову вверх	0❑	1❑	2❑	3❑	10.
11	**На животі**: піднімається з передпліч, лікті випрямляє	0❑	1❑	2❑	3❑	11.
12	На животі: опора на **праве** передпліччя, випрямлення вперед **лівої** руки	0❑	1❑	2❑	3❑	12.
13	На животі: опора на **ліве** передпліччя, випрямлення вперед **правої** руки	0❑	1❑	2❑	3❑	13.
14	На животі: перевертається на спину через **праву** сторону	0❑	1❑	2❑	3❑	14.
15	На животі: перевертається на спину через **ліву** сторону	0❑	1❑	2❑	3❑	15.
16	На животі, розвороти **вправо** на 90 градусів, опираючись на кінцівки	0❑	1❑	2❑	3❑	16.
17	На животі, розвороти **вліво** на 90 градусів, опираючись на кінцівки	0❑	1❑	2❑	3❑	17.
	Загальний бал по А					
В. Сидіння						
*18	На спині, підтягується до сидіння з контролем голови	0❑	1❑	2❑	3❑	18.
19	на спині, перевертається направо і сідає	0❑	1❑	2❑	3❑	19
20	на спині, перевертається наліво і сідає	0❑	1❑	2❑	3❑	20
*21	Сидить при підтримці за тулуб, піднімає голову вверх на 3 сек	0❑	1❑	2❑	3❑	21
*22	Сидить при підтримці за тулуб, піднімає голову вверх на 10 сек	0❑	1❑	2❑	3❑	22
*23	Сидить з опорою на руки 5 секунд	0❑	1❑	2❑	3❑	23
*24	Сидить без опори на руки 3 секунди	0❑	1❑	2❑	3❑	24
*25	Сидить, перед іграшкою, нахил., торкає і повертається без рук	0❑	1❑	2❑	3❑	25
*26	Сидячи доторкається до іграшки, на 45 градусів **справа** позаду	0❑	1❑	2❑	3❑	26
*27	Сидячи доторкається до іграшки, на 45 градусів **зліва** позаду	0❑	1❑	2❑	3❑	27
28	Сидить на **пр.** боці без опори на руки 5 секунд	0❑	1❑	2❑	3❑	28
29	Сидить на **лі.** боці без опори на руки 5 секунд	0❑	1❑	2❑	3❑	29
*30	Сидячи на маті, лягає на живіт, контролюючи рух	0❑	1❑	2❑	3❑	30
*31	Сидить ноги вперед, переверт. у пол. "на чотирьох" через **пр**. сторону	0❑	1❑	2❑	3❑	31
*32	Сидить ноги вперед, переверт. у пол. "на чотирьох" через **лі**. сторону	0❑	1❑	2❑	3❑	32
33	Сидячи на маті, розвороти на 90 градусів без допомоги рук	0❑	1❑	2❑	3❑	33
*34	Сидить на лавочці, без рук та опори ногами 10 сек.	0❑	1❑	2❑	3❑	34
*35	Зі стояння : сідає на маленьку лавочку	0❑	1❑	2❑	3❑	35
*36	З підлоги, сідає на маленьку лавочку	0❑	1❑	2❑	3❑	36
*37	З підлоги, сідає на велику лавочку	0❑	1❑	2❑	3❑	37
	Загальний бал по В					

C. Повзання та на колінах					
38	Лежить на животі, плазує вперед 1,8 м	0❑	1❑	2❑	3❑
*39	Утримується "на чотирьох" 10 сек.	0❑	1❑	2❑	3❑
*40	З положення "на чотирьох" сідає без рук	0❑	1❑	2❑	3❑
*41	Лежить на животі, стає "на 4"	0❑	1❑	2❑	3❑
*42	"на 4", **права** рука вперед, вище плеча	0❑	1❑	2❑	3❑
*43	"на 4", **ліва** рука вперед, вище плеча	0❑	1❑	2❑	3❑
*44	"на 4", повзе або рухається “ривками” вперед 1,8м.	0❑	1❑	2❑	3❑
*45	"на 4", повзе альтернуюче 1,8м.	0❑	1❑	2❑	3❑
*46	"на 4", повзе вверх 4 сходинки на руках і колінах / стопах	0❑	1❑	2❑	3❑
47	"на 4", повзе задом вниз 4 сходинки на руках і колінах / стопах	0❑	1❑	2❑	3❑
*48	Сидячи встає на коліна, піднімаючи таз з допомогою рук 10 сек	0❑	1❑	2❑	3❑
49	На колінах з піднятим тазом, стає на **пр.** коліно з доп.рук. 10сек	0❑	1❑	2❑	3❑
50	На колінах з піднятим тазом, стає на **лів**. коліно з доп.рук. 10сек	0❑	1❑	2❑	3❑
*51	На колінах з піднятим тазом, йде вперед 10 кроків без рук	0❑	1❑	2❑	3❑
	Загальний бал по С				
	D. Стояння				
*52	На підлозі підтягується до стояння за велику лавочку	0❑	1❑	2❑	3❑
*53	Стоїть без рук 3 сек	0❑	1❑	2❑	3❑
*54	Стоїть трим. 1 рукою за велику лавочку, піднімає **пр**. ногу, 3 сек	0❑	1❑	2❑	3❑
*55	Стоїть трим. 1 рукою за велику лавочку, піднімає **лів**. ногу, 3 сек	0❑	1❑	2❑	3❑
*56	Стоїть без рук 20 сек	0❑	1❑	2❑	3❑
*57	Стоїть, піднімає **пр.** ногу, без рук, 10 сек	0❑	1❑	2❑	3❑
*58	Стоїть, піднімає **лів.** ногу, без рук, 10 сек	0❑	1❑	2❑	3❑
*59	Сидячи на маленькій лавочці встає без рук	0❑	1❑	2❑	3❑
*60	На колінах з піднятим тазом: встає без рук через **пр.** коліно	0❑	1❑	2❑	3❑
*61	На колінах з піднятим тазом: встає без рук через **лів.** коліно	0❑	1❑	2❑	3❑
*62	Стоячи контрольовано сідає на підлогу без рук	0❑	1❑	2❑	3❑
*63	Стоячи присідає без рук	0❑	1❑	2❑	3❑
*64	Стоячи: піднімає з підлоги предмет, повертається, без підтримки рук	0❑	1❑	2❑	3❑
	Загальний бал по D				
	E. Хода, біг, стрибки				
*65	Стоїть: 2 руками за велику лавочку, робить 5 кроків вправо	0❑	1❑	2❑	3❑
*66	Стоїть: 2 руками за велику лавочку, робить 5 кроків вліво	0❑	1❑	2❑	3❑
*67	Стоїть за 2 руки, робить 10 кроків вперед	0❑	1❑	2❑	3❑
*68	Стоїть за 1 руку, робить 10 кроків вперед	0❑	1❑	2❑	3❑
*69	Стоїть, робить 10 кроків вперед	0❑	1❑	2❑	3❑
*70	Стоїть, робить 10 кроків вперед, розворот на 180, повертається	0❑	1❑	2❑	3❑
*71	Стоїть, йде 10 кроків задом наперед	0❑	1❑	2❑	3❑
*72	Стоїть, 10 кроків несе 2 руками великий предмет	0❑	1❑	2❑	3❑
*73	Стоїть, 10 кроків обома ногами між лініями на 20см	0❑	1❑	2❑	3❑
*74	Стоїть, 10 кроків обома ногами по лінії 2см	0❑	1❑	2❑	3❑

*75	Стоїть: переступає через палку, на висоті коліна, **пр.** ногою	0❑	1❑	2❑	3❑
*76	Стоїть: переступає через палку, на висоті коліна, **лів**. ногою	0❑	1❑	2❑	3❑
*77	Стоїть: біжить 4,5м, зупиняється і повертається назад	0❑	1❑	2❑	3❑
*78	Стоїть: копає м'яч **пр.** ногою	0❑	1❑	2❑	3❑
*79	Стоїть: копає м'яч **лів.** ногою	0❑	1❑	2❑	3❑
*80	Стоїть: підскакує двома ногами разом на 30см.	0❑	1❑	2❑	3❑
*81	Стоїть: стрибає вперед двома ногами разом на 30см.	0❑	1❑	2❑	3❑
*82	Стоїть на **пр**. нозі: підстрибує на **пр**.нозі 10 раз в колі 60 см.	0❑	1❑	2❑	3❑
*83	Стоїть на **лів**. нозі: підстрибує на **лів**.нозі 10 раз в колі 60 см.	0❑	1❑	2❑	3❑
*84	Стоїть трим. за 1 поручню: вверх 4 сходи, ногами почергово	0❑	1❑	2❑	3❑
*85	Стоїть трим. за 1 поручню: вниз 4 сходи, ногами почергово	0❑	1❑	2❑	3❑
*86	Стоїть: вверх 4 сходинки, ногами почергово	0❑	1❑	2❑	3❑
*87	Стоїть: вниз 4 сходинки, ногами почергово	0❑	1❑	2❑	3❑
*88	Стоїть на сходинці 15 см: зіскакує двома ногами одночасно	0❑	1❑	2❑	3❑
	Загальний бал по E				

Чи це обстеження відображає „звичайні" можливості дитини так ❑ ні ❑

Примітки .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A. Лежання і перевороти = заг. бал по A _____ /51 *100 = _____%

B. Сидіння = заг. бал по B _____ /60 *100 = _____%

C. Повзання та на колінах = заг. бал по C _____ /42 *100 = _____%

D. Стояння = заг. бал по D _____ /39 *100 = _____%

E. Хода, біг, стрибки = заг. бал по E _____ /72 *100 = _____%

Загальна оцінка = %A+%B+%C+%D+%E / 5= _____%

Додаток В

PEDI

Питальник оцінки навичок самообслуговування

А Консистенція їжі, яку споживає.	Ні	Так
1. Їсть пюреподібну, перемелену, протерту їжу однорідної консистенції (дитяче харчування, йогурт, крем-суп); частина їжі може проливатися з рота.		
2. Їсть їжу грудкуватої консистенції (картопляне пюре, яєчня, сир); їжа не випадає з рота.		
3. Їсть їжу, порізану кубиками/поділену на шматки (порізані овочі, м'ясо, порізане маленькими шматочками); їжа не випадає з рота.		
4. Їсть їжу будь-якої консистенції (суп, непорізане м'ясо, таке як стейк чи курча); їжа не випадає з рота.		
В Використання посуду для їжі.	Ні	Так
5. Їсть пальцями. 8. Добре користується виделкою (з мінімальним випаданням їжі).		
6. Зачерпує їжу ложкою і підносить до рота; при цьому може частково проливати їжу.		
7. Добре користується ложкою (з мінімальним проливанням їжі).		
9. Використовує ніж для намазування хліба маслом, нарізання м’якої їжі.		
С Використання ємностей для пиття.	Ні	Так
10. Утримує пляшку чи чашку з кришкою.		
11. Піднімає чашку без кришки, щоб пити, але утримує ненадійно, перехиляє.		
12. Піднімає чашку без кришки, надійно утримуючи її обома руками.		
13. Піднімає чашку без кришки, надійно утримуючи її однією рукою.		
14. Наливає рідину в чашку з картонної коробки або глечика з мінімальним проливанням.		
D Чищення зубів.	Ні	Так
15. Відкриває рот для чищення зубів.		
16. Утримує зубну щітку.		
17. Чистить зуби, однак не надто ретельно.		
18. Ретельно чистить зуби.		
19. Наносить зубну пасту на щітку.		
Е Розчісування волосся.	Ні	Так
20. Утримує голову під час розчісування волосся.		
21. Підносить щітку чи гребінь до волосся.		

22. Розчісує волосся гребенем чи щіткою.		
23. Володіє необхідними навиками, щоб зробити проділ чи зав'язати волосся.		
F Догляд за носом.	Ні	Так
24. Дозволяє витерти ніс.		
25. Видуває ніс в хустинку, яку утримують.		
26. Витирає ніс, використовуючи хустинку на прохання.		
27. Витирає ніс, використовуючи хустинку без нагадування.		
28. Витирає та видуває ніс без нагадування.		
G Гігієна рук.	Ні	Так
29. Утримує долоні, щоб помити.		
30. Розтирає руки разом під час миття.		
31. Включає і виключає воду, використовує мило.		
32. Ретельно миє руки.		
33. Ретельно витирає руки.		
H Миття тіла та обличчя	Ні	Так
34. Намагається мити частини тіла.		
35. Ретельно миє тіло, за винятком обличчя.		
36. Використовує мило (а також губку при потребі).		
37. Ретельно витирає тіло.		
38. Ретельно вмиває та витирає обличчя.		
I Одяг, що одягається через голову/застібається спереду	Ні	Так
39. Допомагає, наприклад, просовує руку в рукав.		
40. Знімає з себе футболку, сукню чи светр без застібок.		
41. Вдягає футболку, сукню чи светр без застібок.		
42. Вдягає і знімає одяг (сорочку чи светр), який застібається спереду, але не використовує застібки (кнопки, ґудзики).		
43. Вдягає і знімає одяг (сорочку чи светр), який застібається спереду, при цьому використовує застібки (кнопки, гудзики)		
J Застібки	Ні	Так
44. Намагається допомогти із застібками..		
45. Застібає/розстібає, але не розділяє/з'єднує замок-блискавку.		
46. Застібає і розстібає кнопки.		
47. Застібає і розстібає ґудзики		
48. Застібає/розстібає та розділяє/з'єднує замокблискавку		
K Штани.	Ні	Так
49. Допомагає, просовує ногу через штанину.		
50. Знімає штани на гумці.		
51. Вдягає штани на гумці.		
52. Знімає штани, включаючи розстібання.		
53. Вдягає штани, включаючи застібання.		
L Взуття/ Шкарпетки.	Ні	Так

54. Знімає шкарпетки та розстібнуте взуття.		
55. Взуває розстібнуте взуття (часто не на ту ногу).		
56. Вдягає шкарпетки.		
57. Вдягає взуття на правильну ногу, справляється із застібками-липучками.		
58. Зав'язує шнурівки.		
M Завдання, пов'язані з туалетом	Ні	Так
59. Допомагає під час одягання в туалеті.		
60. Намагається витерти себе після туалету.		
61. Справляється з сіданням на унітаз, користується туалетним папером і спускає воду.		
62. Роздягається та одягається до і після туалету.		
63. Ретельно витирається після туалету.		
N Контроль функцій сечового міхура.	Ні	Так
64. Інформує, коли підгузок чи труси мокрі.		
65. Деколи інформує про потребу в сечовипусканні завчасно, щоб добратись туалету (в денний час);		
66. В більшості випадків інформує про потребу в сечовипусканні завчасно, щоб добратись до туалету (в денний час).		
67. Самостійно дістається туалету для сечовипускання (в денний час).		
68. Постійно залишається сухою, як вдень, так і вночі.		
O Усвідомлення дефекації.	Ні	Так
69. Інформує про потребу в переодяганні.		
70. Деколи інформує про потребу в дефекації завчасно, щоб добратись до туалету (в денний час).		
71. В більшості випадків інформує про потребу в дефекації завчасно, щоб добратись до туалету (в денний час).		
72. Відчуває різницю між потребою в дефекації та сечовипусканні.		
73. Самостійно справляється у туалеті з приводу дефекації, немає неприємних випадковостей, пов'язаних з цим		

Питальник оцінки мобільності

A Переміщення, пов'язані з туалетом	Ні	Так
1. Сидить з підтримкою чи з допомогою додаткового обладнання на унітазі чи горщику		
. 2. Сидить без підтримки на унітазі чи горщику.		
3. Сідає на низький унітаз або горщик і встає з нього.		
4. Сідає на унітаз дорослих розмірів та встає з нього з допомогою рук.		
5. Сідає на унітаз дорослих розмірів та встає з нього без допомоги рук		
B Сидіння та переміщення в кріслі/ колісному кріслі.	Ні	Так

6. Сидить зі сторонньою підтримкою в кріслі чи на лавці, або в спеціально пристосованому кріслі.		
7. Сидить без підтримки в кріслі чи на лавці.		
8. Сідає та встає з низького крісла чи інших низьких меблів.		
9. Сідає на крісло дорослих розмірів/ колісне крісло та встає з нього, використовуючи руки для підтримки.		
10. Сідає на крісло та встає з нього без допомоги рук.		
C Переміщення в машині	Ні	Так
11. Переміщається по сидінню; може залізти в дитяче автомобільне крісло та вилізти з нього.		
12. Сідає в машину і виходить з неї з мінімальною допомогою (наприклад, з підтримкою за руку).		
13. Сідає в машину і виходить з неї самостійно.		
14. Використовує паски безпеки автомобіля чи дитячого крісла.		
15. Заходить в машину та виходить із неї, а також відкриває та закриває двері машини.		
D Переміщення в ліжку	Ні	Так
16. Піднімається з лежачого положення щоб сісти та лягає з положення сидячи в ліжку чи колисці.		
17. Переміщується, щоб сісти на краю ліжка, може сидіти та лягає з положення сидячи на краю ліжка.		
18. Лягає у своє ліжко та встає із нього, при цьому може допомагати собі руками.		
19. Лягає у своє ліжко та встає із нього без допомоги рук.		
E Переміщення у ванні.	Ні	Так
20. Сидить з підтримкою чи з допомогою додаткового обладнання у ванні .		
21. Сидить без підтримки та переміщується у ванні.		
22. Залазить та вилазить із ванни.		
23. Встає та сідає у ванні (при цьому може спиратись на поручні чи краї ванни).		
24. Залазить та вилазить з ванни дорослих розмірів.		
F Способи пересування в приміщенні.		
25. Перекочується, плазує, рухається стрибкоподібно, повзає по підлозі.		
26. Ходить, але при цьому притримується за стіни, меблі чи людей, або ж використовує спеціальні засоби (ходунці, палиці, милиці)		
27. Ходить без підтримки.		
G Пересування в приміщенні – Відстань/Швидкість.	Ні	Так
28. Пересувається всередині кімнати з труднощами (падає; повільно як для свого віку).		
29. Пересувається всередині кімнати без труднощів.		
30. Пересувається між кімнатами з труднощами (падає; повільно		

як для свого віку).		
31. Пересувається між кімнатами без труднощів.		
32. Пересувається всередині квартири/будинку (15 метрів або більше), закриває та відкриває двері.		
H Пересування в приміщенні – Перетягування/Перенесення предметів	Ні	Так
33. Цілеспрямовано пересувається у напрямку до предмета (іграшки чи їжі).		
34. Пересуває предмети по підлозі.		
35. Переносить однією рукою невеликі предмети.		
36. Переносить обома руками великі предмети.		
37. Переносить крихкі предмети, чи предмети з яких може пролитись вміст.		
I Пересування надворі – Способи.	Ні	Так
38. Ходить, але при цьому притримується за стіни, меблі чи людей, або ж використовує спеціальні засоби (ходунці, палиці, милиці).		
39. Ходить без підтримки.		
J Пересування надворі – Відстань/Швидкість	Ні	Так
40. Пересувається на відстань 3-15 метрів.		
41. Пересувається на відстань 15-30 метрів.		
42. Пересувається на відстань 30-50 метрів.		
43. Пересувається на відстань більшу, ніж 50 метрів, але з труднощами (спотикається; повільно як для свого віку)		
44. Пересувається на відстань більшу, ніж 50 метрів без труднощів.		
K Пересування надворі по різних типах поверхонь.	Ні	Так
45. Рівні прямі поверхні (гладкий тротуар, плитка).		
46. Дещо нерівні прямі поверхні (тротуар з тріщинами, бруківка).		
47. Грубі, нерівні прямі поверхні (газон, польова дорога).		
48. Піднімається вгору та спускається вниз по рівних похилих поверхнях (пандус).		
49. Піднімається вгору та спускається вниз по нерівних похилих поверхнях (узбіччя).		
L Піднімання по сходах.	Ні	Так
50. Повзе вгору по сходах, долаючи лише частину сходового маршу (1-11 сходинок).		
51. Повзе вгору по сходах, долаючи повний сходовий марш (12-15 сходинок).		
52. Проходить вгору частину сходового маршу.		
53. Проходить вгору весь сходовий марш з труднощами (повільно як для свого віку).		
54. Проходить вгору весь сходовий марш без труднощів.		

М Спускання по сходах	Ні	Так
55. Повзе вниз по сходах долаючи лише частину сходового маршу (1-11 сходинок).		
56. Повзе вниз по сходах, долаючи повний сходовий марш (12-15 сходинок).		
57. Проходить вниз частину сходового маршу.		
58. Проходить вниз весь сходовий марш з труднощами (повільно як для свого віку .		
59. Проходить вниз весь сходовий марш без труднощів.		

Питальник оцінки соціального функціонування

А Розуміння значення слів.	Ні	Так
1. Реагує на звук, повертаючи очі та/або голову в сторону звуку.		
2. Реагує на слово «ні» хоча б короткочасною зупинкою діяльності; розпізнає власне ім’я та імена близьких людей (реагує на власне ім’я чи на слова «мама», «тато»).		
3. Розуміє 10 слів (вказує чи дивиться на людей, зображення в книгах, обирає іграшки, коли їх називають).		
4. Розуміє, коли говорять про взаємовідносини між людьми та/або предметами («То іграшка Олі. А ця належить тобі»).		
5. Розуміє, коли говориться про час (минулий, теперішній, майбутній) і послідовність подій («Тато повернеться додому, коли ти вже будеш спати», «Завтра ти знову побачиш Олю»).		
В Розуміння складних речень	Ні	Так
6. Розуміє короткі речення (дієслово/іменник), пов’язані із знайомими предметами та людьми («Тато прийшов», «Кинь м’ячик»).		
7. Розуміє вказівки на виконання 1 дії зі словами, що описують людей чи речі; може вибрати правильний об’єкт з групи («Візьми великий м’яч», «Покажи ведмедика, який спить»).		
8. Розуміє напрямок, який описує, де знаходиться певний предмет (в, на, під, позаду) («М’яч є під столом», «Конструктор є в коробці»).		
9. Розуміє завдання на дві дії, в яких використовуються слова “якщо/то”, “перед/після”, “перше/друге” тощо («Візьми кольорові олівці для Олі, потім попроси в Іванка сік»).		
10. Розуміє два речення, що стосуються одної теми, однак подані в різних формах (наприклад, в стверджувальній та питальній) («Ми йдемо в ігрову кімнату. Що ти будеш там робити?»).		
С Функціональне користування спілкуванням.	Ні	Так
11. Зрозуміло називає хоча б 10 слів: людей, тварин та предмети («мама», «кіт», «пляшка»).		
12. Використовує спеціальні слова чи жести, щоб спрямувати чи попросити щось зробити іншу людину («Соку» - сказано як чітка		

вимога; «Будь ласка, дістань чашку для мене» - дитина вказує на чашку).		
13. Прагне отримати інформацію, задаючи питання («М'яч?» - сказано з питальною інтонацією; «Що це?», «Де інші діти?»).		
14. Описує людину, об'єкт чи дію («Важкий!», «Килимок липкий», «Я йду повільно»).		
15. Розповідає про власні відчуття, емоції, думки та досвід («Я злюся на тебе», «Я голодний»).		
D Складність експресивного спілкування.	Ні	Так
16. Використовує зрозумілі жести (вказує на іграшку, яку хоче; заперечно хитає головою).		
17. Змістовно використовує окремі слова («Мама», «Тато», «Па-па», «Ні»).		
18. Змістовно використовує два слова разом («Бувай мамо», «Дитинка спить»).		
19. Використовує речення з 4-5 слів («Печиво дуже смачне, мамо», «Тато їде на роботу машиною»).		
20. Об'єднує дві чи більше думок, щоб розповісти просту історію («Бачила велику собаку. Страшно гавкала. Втікаєм!», «Вчора моя вчителька розізлилась. Всі шуміли замість того, щоб слухати»).		
E Вирішення проблем.	Ні	Так
21. Намагається показати проблему чи проінформувати про те, що потрібно для вирішення проблеми (дитина кричить, щоб привернути увагу дорослих, після того показує на місце, куди впала іграшка).		
22. Коли трапилась неприємність/проблема, дитині необхідно негайно допомогти, інакше її поведінка погіршується (якщо дитина починає нервувати, що не може зняти з себе сорочку, потрібно одразу допомогти їй роздягнутися, тоді вона може заспокоїтись).		
23. Коли трапилася проблема, дитина намагається знайти допомогу і може зачекати, якщо допомога затримується на короткий час (дитина кричить «В мене не виходить», але заспокоюється, коли їй говорять «Я допоможу тобі за хвильку»).		
24. В звичних ситуаціях дитина може описати проблему та свої емоції з певною деталізацією («Я злюся, бо ти казала, що мені можна малювати, а зараз не дозволяєш»).		
25. Зіткнувшись зі звичною проблемою, може разом з дорослим взяти участь у її вирішенні (дитина вибрала одяг, щоб одягнутися, який є недостатньо теплим. У відповідь на заперечення батьків, дитина каже, що їй дуже подобається ця сорочка і запитує чи можна одягнути светр разом із нею).		
F Соціальні інтерактивні ігри з дорослими	Ні	Так

26. Усвідомлює присутність інших та цікавиться ними (дитина пильно дивиться, посміхається чи вигукує до дорослих).		
27. Розпочинає знайомі їй ігри (дитина підстрибує на колінах дорослого, і каже «коник», просячи «покатати на конику»).		
28. Дитина дотримується черговості у простій грі, коли дорослий підказує їй, що та коли робити (по черзі з дорослим складає кубики або котить м'яч).		
29. Пробує імітувати попередню дію дорослого, коли він змінює гру (після того, як деякий час перекочували м'яч, дорослий кинув його дитині, і дитина теж кинула м'яча дорослому).		
30. Протягом гри дитина може пропонувати нові дії, або відповідати на пропозиції дорослих іншою ідеєю (під час складання конструктора дитина говорить «Давай зробимо зараз двері», дорослий починає складати, а дитина говорить «Ні, давай тут»).		
G Взаємодія з однолітками.	Ні	Так
31. Помічає присутність інших дітей; може вигукувати чи жестикулювати в їхню сторону.		
32. Взаємодіє з іншими дітьми; ці взаємодії прості та нетривалі (бавиться машинками, коли інші діти поряд також бавляться машинками, може дуже короткотривало перешкоджати руху або переслідувати машинки інших дітей).		
33. Намагається втілити простий план гри з іншими дітьми (дитина пропонує однолітку зробити замок з кубиків, кожен з них будує, але майже без обговорення).		
34. Планує і здійснює спільну складну гру більше кількох хвилин з іншими дітьми (вигадує і розігрує якусь історію з іншими дітьми; співпрацює з однолітками, щоб побудувати замок з конструктора).		
35. Бавиться в ігри з визначеними правилами (бавиться у прості настільні чи карткові ігри, такі як шашки або ігри, де гравці пересуваються по полю, кидаючи кубик; бавиться у групову гру, таку як копання м'яча).		
H Гра з предметами	Ні	Так
36. Цілеспрямовано маніпулює іграшками чи об'єктами (натискає на кнопку, щоб ввімкнути звук; штовхає іграшкову машинку, щоб вона поїхала).		
37. Використовує справжні чи підставні об'єкти в простій рольовій грі (годує ляльку, говорить по іграшковому телефону, використовує серветку як покривало для ляльки).		
38. Збирає разом матеріали (більше 3 частин), щоб зробити щось (дитина будує вежу чи складає кубики, складає великі кубики у різних комбінаціях).		

39. Грається у складні рольові ігри, пов'язані з власним досвідом дитини (йде в магазин, відвідує друзів).		
40. Вигадує складну історію, використовуючи уяву, а не власний досвід (придумує і реалізовує вигадані історії – наприклад, про монстрів, принцес; не просто дії з певної казки, книги чи телевізійної передачі).		
I Інформація про себе.	Ні	Так
41. Може назвати своє ім'я.		
42. Може назвати свої ім'я та прізвище.		
43. Називає імена та надає певну інформацію про членів своєї родини (коли запитують «Хто є в твоїй сім'ї ?», дитина відповідає «Мама, Тато, Оленка». Коли запитують «Чи Оленка старша за тебе?», дитина відповідає: «Ні, вона ще маленька»).		
44. Може назвати повну домашню адресу; місто, вулиця, номер квартири (Львів, вулиця Паркова 17, кв. 3).		
45. Може вказувати напрямок, щоб дорослі допомогли їй дістатись додому (коли дитина в машині - вона може показати, куди повертати).		
J Орієнтація в часі.	Ні	Так
46. Має загальне розуміння часу прийомів їжі та повсякденних справ протягом дня (дитина знає, що після вечері час почистити зуби, помитись та одягнути піжаму).		
47. Усвідомлює послідовність знайомих подій протягом тижня (дитина запитує «Чи сьогодні треба йти до школи?»; знає, що після будніх днів, коли треба ходити до школи чи садочку, будуть вихідні, коли можна залишитись вдома).		
48. Має просте уявлення про поняття часу (відрізняє «через декілька хвилин» та «сьогодні пізніше»; знає такі означення часу як ранок, обід і вечір).		
49. Асоціює визначений час з певними подіями (знає час свого улюбленого телешоу).		
50. Регулярно звіряє годинник, або запитує про час для того, щоб відстежувати власний графік.		
K Домашні обов'язки.	Ні	Так
51. Починає допомагати дбати про свої особисті речі, якщо отримує чіткі вказівки та скерування (допомагає позбирати іграшки, якщо подавати їх дитині одну за одною і показувати, де вони мають лежати).		
52. Починає допомагати з простими домашніми обов'язками, якщо надати чіткі вказівки та роз'яснення (несе чашки та серветки до столу).		
53. Іноді розпочинає прості дії з догляду за власними речами; може потребувати фізичної допомоги чи нагадування, щоб їх завершити (дитина починає вішати куртку, коли заходить в		

приміщення).		
54. Іноді розпочинає виконувати прості домашні обов'язки; може потребувати фізичної допомоги чи нагадування, щоб їх завершити (дитина пропонує сама накрити стіл, але може потребувати нагадування про те, що і куди треба поставити).		
55. Регулярно розпочинає та здійснює щонайменше один домашній обов'язок, який складається з кількох етапів та рішень; може потребувати фізичної допомоги (дитина отримує стопку чистого одягу і розкладає його в шафі		
L Самозахист.	Ні	Так
56. Демонструє відповідну обережність, пов'язану з ходінням сходами.		
57. Демонструє відповідну обережність в поводженні з гарячими чи гострими предметами.		
58. При переході дороги в присутності дорослих, дитина не потребує нагадування з приводу правил безпеки.		
59. Знає про те, що не можна йти з незнайомцями, брати їжу чи гроші від незнайомців. 60. Безпечно переходить дорогу з інтенсивним рухом без допомоги дорослих.		
M Функції в соціумі.	Ні	Так
61. Дитина може безпечно бавитись вдома без постійного нагляду (дитина бавиться у своїй кімнаті, поки дорослі розмовляють в сусідній кімнаті).		
62. Дитина може безпечно бавитись у знайомому оточенні поза домом з періодичним наглядом (дитина бавиться іграшками в домі родичів, поки батьки говорять в сусідній кімнаті, і бавиться тільки відповідними предметами, не потрапляючи в небезпечні ситуації).		
63. Дотримується правил/очікувань в школі та громадських місцях, наприклад дотримується правил в класі чи в садочку (дитина знає, що потрібно почекати в черзі, щоб покататись на гойдалці чи що треба ділитись іграшками; дитина зазвичай добре поводиться в класі).		
64. Орієнтується в знайомому оточенні без нагляду: свій район чи територія садочку, школи (дитина може самостійно піти та повернутись зі школи; гуляти у своєму районі; не губиться).		
65. Може здійснити покупку в магазині поблизу без допомоги (дитина може піти в магазин і без допомоги дорослих придбати жувальну гумку).		