

Міжнародна академія культури безпеки, екології та здоров'я
Міжрегіональна Академія управління персоналом
Кафедра публічного управління та адміністрування
Громадська лабораторія методичної культури педагога
Центр управлінсько-методичного супроводу Броварського ліцею № 6

С. С. СИДОРЕНКО

**МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
У СФЕРІ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ:
ПРОФІЛАКТИКА СКОЛІОЗУ В УЧНІВ
З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ**

(поради керівним і педагогічним кадрам
сучасного закладу освіти)

- профілактика сколіозу
- приклади фізкультхвилинок



Безбар'єрна сфера в освіті XXI століття

Міжнародна академія культури безпеки, екології та здоров'я
Міжрегіональна Академія управління персоналом
Кафедра публічного управління та адміністрування
Громадська лабораторія методичної культури педагога
Центр управлінсько-методичного супроводу Броварського ліцею № 6

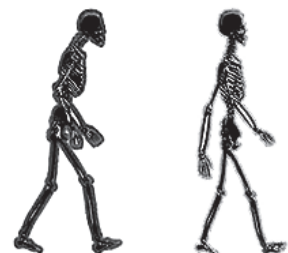


С. С. СИДОРЕНКО

**МЕХАНІЗМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ
У СФЕРІ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ:
ПРОФІЛАКТИКА СКОЛІОЗУ В УЧНІВ
З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ**

(поради керівним і педагогічним кадрам
сучасного закладу освіти)

- профілактика сколіозу;
- приклади фізкультхвилинок



Київ
2023

Безбар'єрна сфера в освіті ХХІ століття

Рецензенти: *І. А. Семенець-Орлова*, д-р наук з держ. упр., проф.,
директор Навчально-наукового інституту управління,
економіки та бізнесу МАУП

Л. М. Приделюк, директор Броварського ліцею № 6

А. М. Клочко, д-р психол. наук, доц., зав. кафедри
психології Білоцерківського національного
аграрного університету

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії
управління персоналом (протокол № 7 від 05.07.23)*

*Рекомендовано до друку президією Міжнародної академії
культури безпеки, екології та здоров'я
(протокол № 79 від 14.05.23)*

Сидоренко С. С.

Механізми публічного управління у сфері інклюзивної освіти: профілактика сколіозу в учнів з особливими освітніми потребами (поради керівним і педагогічним кадрам сучасного закладу освіти). Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2023. 28 с.

У виданні йдеться про механізми публічного управління розвитком безбар'єрної сфери у закладі освіти щодо профілактики порушень вертикального положення тіла людини, спричинених тонічними реакціями, які практично неможливо вловити неозброєним оком у вертикальній позі. Автор об'єктивно оцінює як за допомогою методу спостереження за сколіотичною поставою можна впоратися з хворобами, що пов'язані з ними.

Матеріали стануть у нагоді керівникам закладів освіти, учителям фізичної культури, асистентам учителя, батькам, студентам педагогічних ЗВО.

© С. С. Сидоренко, 2023

© Міжрегіональна Академія
управління персоналом (МАУП), 2023

ПЕРЕДМОВА

Шановні читачі!

Основні ідеї та висновки розширюють наукові уявлення, отримані про механізми публічного управління розвитком безбар'єрної сфери закладів освіти України. У виданні викладено теоретичні положення і практичні рекомендації, що дають змогу сформувати механізми розвитку безбар'єрної сфери простору закладів освіти з урахуванням вимог безперервності та інноваційності. Дослідження полягає в тому, що у ньому реалізований підхід до формування готовності державних службовців до управління збереженням і зміцненням здоров'я молоді, а це стосується всіх суб'єктів у зазначеній сфері; на органічній єдності з цілісним процесом становлення особистості керівних кадрів різних вертикалей, формування їх професійної компетентності.

Вітчизняні документи, що стосуються освіти, насамперед Закони України “Про освіту”, “Про загальну середню освіту”, “Про вищу освіту”, Концепція розвитку післядипломної освіти в Україні, Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки та Концепція Загальнодержавної програми “Здоров'я – 2020: український вимір”, стратегії зі створення безбар'єрного простору. Проаналізовано Розпорядження Кабінету міністрів України від 14 квітня 2021 р. № 366-р. “Про схвалення Національної стратегії зі створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року”, схарактеризовано Державну Стратегію, що орієнтується на провідні документи щодо створення безбар'єрного простору, зокрема Конвенцію про права осіб з інвалідністю, ратифіковану Законом України від 16 грудня 2009 р. № 1767-VI, Європейську соціальну хартію (переглянуту), ратифіковану Законом України від 14 вересня 2006 р. № 137-V, Конвенцію Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, міжнародну ініціативу “Партнерство Біарріц”.

Стратегія поняття та терміни вживає в такому значенні:

- *безбар'єрність* — загальний підхід до формування та імплементації державної політики для забезпечення безперешкодного доступу всіх груп населення до різних сфер життєдіяльності;
- *гендерна рівність* — рівний правовий статус жінок і чоловіків та рівні можливості для його реалізації, що дає змогу особам обох статей брати рівну участь в усіх сферах життєдіяльності суспільства;
- *доступність* — забезпечення рівного доступу всім групам населення до фізичного оточення, транспорту, інформації та зв'язку, інформаційно-комунікаційних технологій і систем, а також до інших об'єктів та послуг як у міських, так і в сільських районах;
- *об'єкти фізичного оточення* — будівлі і споруди, об'єкти благоустрою та транспортної інфраструктури;
- *стала мобільність* — організація переміщення людей, що знижує рівень впливу на навколишнє середовище і передбачає розвиток інтегрованої системи громадського транспорту, мережі пішохідних та велосипедних шляхів;
- *універсальний дизайн* — дизайн об'єктів фізичного оточення, програм та послуг, максимально придатний для використання всіма групами населення без необхідності додаткової адаптації чи спеціального дизайну. Універсальний дизайн не виключає допоміжних пристроїв для конкретних груп осіб з інвалідністю, де це необхідно.

Поняття “маломобільні групи населення” вживається у значенні, наведеному в Законі України “Про регулювання містобудівної діяльності”, поняття “особа з інвалідністю” вживається у значенні, наведеному в Законі України “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”.

Під час констатації та вивчення ініціатив було проаналізовано ряд кращих міжнародних практик створення безбар'єрної сфери, зокрема країн Європейського Союзу, Франції, Канади, Сінгапуру, Японії, Великобританії, США.

Ключові поняття та терміни: сколіоз, деформація хребта, торсія, викривлення хребта, м'язовий корсет.

Постановка та актуальність проблеми. Під поняттям реабілітаційні технології під час формування фізичної культури ми розуміємо сукупність педагогічних і дидактичних прийомів, медичних форм, засобів і методів, спрямованих на побудову психологічно комфортного освітнього середовища, що сприяє формуванню **здорової компетентної у власному житті особистості**.

Як інструментарій освітнього процесу поняття “здоров’я-збережувальні технології реабілітації” об’єднує педагогічні технології навчання, виховання, фізичної культури, які засновані на:

- соціальній моделі здоров’я;
- індивідуалізації навчання і виховання;
- диференціації учнів відповідно до вікових психологічних та психофізіологічних особливостей, особистісних потреб та інтересів;
- інноваційних методах і формах навчання, сприятливих для збереження здоров’я кожного учня;
- створенні емоційно та гігієнічно сприятливого середовища;
- формуванні у школярів самоохоронної поведінки та навичок, які сприяють збереженню здоров’я.

Сколіотична хвороба характеризується багатоплощинною деформацією хребта з ураженням внутрішніх органів і систем організму, виявляється переважно в дітей і підлітків, а її частота перевищує 15 % у структурі патології опорно-рухового апарату, частота виявлення не має тенденції до зниження. Сколіози III–IV ступеня з вираженими косметичними та функціональними вадами становлять від 1,5 до 2 %. Сколіоз виявляється у 2–3 % населення у віці від 10 до 15 років. Це захворювання вражає підлітків і дорослих незалежно від раси чи соціально-економічного статусу. За даними епідеміологічних досліджень, викривлення хребта у дівчаток зустрічається в

10 разів частіше, ніж у хлопчиків. Як зазначає А. Сутула, на сьогодні у структурі захворюваності дітей і молоді шкільного віку одне з перших місць належить порушенням опорно-рухового апарату, а саме порушенням постави та сколіозу.

Характерною особливістю сколіозу є його схильність до прогресування. Найшвидше цей процес проявляється у період статевого дозрівання дитини і пов'язаного з цим бурхливого зростання скелета [8, с. 14]. Прогресування структурних патологічних змін хребта призводить до деформації форми грудної клітки (**грудна клітка**, груди від лат. *Thorax*) — утворюється грудиною, ребрами, грудним відділом хребта, має форму конусу. Основним фактором цих причин є недолік загальної та спеціальної розвивальної рухової активності дитини — гіпокінезія. Фізіологічна потреба дитини в русі при нормальному розвитку — 17–22 тис. рухів на добу. Більшість дітей здійснює реалізацію цієї потреби тільки на 60–70 %.

ЩО ТРЕБА ЗНАТИ ПРО СКОЛІОЗ?

Сколіотична хвороба є одним з найбільш поширених ортопедичних захворювань дитячого та підліткового віку. Специфічні чинники перебігу сколіозу залежать від віку пацієнта та кута викривлення. Специфіка захворювання характеризується високим рівнем інвалідизації, спричиненої ураженнями життєво важливих органів і систем, що прогресує внаслідок порушень, впливаючих на якість життя хворого. Мета нашого видання полягає у вивченні сучасного стану проблеми сколіозу у дітей.

Матеріал і методи дослідження: аналітичний огляд сьогочасних спеціалізованих джерел, запропонованих дослідниками сучасної ортопедії та інших наук допомогли з'ясувати етимологію походження терміна “сколіоз”. Термін “сколіоз” (грец. Σκολιός — “кривий”, лат. *Scoliōsis*) був запропонований у другому столітті нашої ери К. Галеном. Він об'єднує всі види стійкого сколіозу, який буває як набутим, так і від народження (вродженим). Інші види сколіозу найчастіше розвиваються під час росту дитини. Такий сколіоз називається ідіопатичним і становить приблизно 85 % всіх випадків. Дослідження свідчать, що сколіоз частіше зустрічається у дівчаток, ніж у хлопчиків у співвідношенні 4 : 1.

Сколіоз, розвиваючись у дітей, прогресує доти, доки триває зростання дитини. У цей час прогресування найбільш виражене у **препубертатний період** (7–9 років) — період підготовки організму і психіки до наступних змін; пубертатний (перехідний вік) — період, коли відбуваються основні періодичні репродуктивні зміни в асиметрії зростання, на відміну від дорослих, у яких сколіоз розвивається внаслідок дегенерації дисків і явищ остеохондрозу. До 90 % кісткової маси формується до кінця підліткового та початку юнацького періоду, у хлопчиків — до 18 років, у дівчаток — ще раніше. Юнацький вік і перші роки зрілості характеризуються закінченням процесів росту та оста-

точним формуванням морфо-функціональних компонентів основних систем життєзабезпечення. Розвиток сколіотичної деформації супроводжується міжадаптивними поступальними реакціями, що зумовлюють підвищення тонусу та скорочення м'язів одного боку та гіпотонії, розтягуванню симетричних м'язів з іншого боку. В основі розвитку форм структуральних сколіозів, які прогресують, — механізм замкнутого патологічного кола — викривлення хребта створює асиметричний тиск на хребці, зрештою розвивається клиноподібна їх деформація, що посилює викривлення і призводить до ще більшої асиметрії навантаження. Вважається, що наявність кіфотичної або асиметричної постави є одним з провідних факторів, що призводять до виникнення викривлення хребта або його прогресування.

Класифікацію сколіозу досліджували українські та зарубіжні вчені. Наприклад, знаний практик в галузі ортопедії і травматології В. О. Маркс (1978) дослідив залежність від анатомічних особливостей бокового викривлення і розділив сколіози на дві групи: неструктурні (прості) та структурні (складні). До неструктурного сколіозу відноситься просте бічне викривлення хребта, коли немає грубих анатомічних змін хребців і хребта в цілому, зокрема немає фіксованої ротації, яка характерна для структурного сколіозу.

Неструктурні сколіози поділяють на такі види:

- осаночний — виявляється у дітей до кінця першого десятиліття життя, дуга деформації, як правило, звернена вліво, характерне усунення дуги викривлення в положенні лежачи або м'язовому зусиллі в положенні стоячи;
- компенсаторний — обумовлений укороченням однієї з нижніх кінцівок;
- рефлекторний (люмбагоішіалгічний) — відхилення, обумовлене бажанням пацієнта прийняти щадне положення при больовому синдромі;
- запальний — частіше обумовлений запаленням припиркової клітковини;
- істеричний.

Структурні сколіози в залежності від ураженої тканини, первинно, або приблизно первинно, залученої у патологічний процес, поділяються на такі види:

- ідіопатичний сколіоз — велика частина структурних сколіозів;
- невропатичні — при остеомієліті, сирингомієлії, нейрофіброматозі та інших невропатичних захворюваннях;
- міопатичні — обумовлені м'язовою дистрофією, вродженою міопатією і аміоплазією;
- остеопатичний — зустрічаються на ґрунті вроджених аномалій розвитку хребта;
- метаболічні — зустрічаються на ґрунті порушення процесів обміну речовин (рахіт, арахнодактилія, гормональна дисрегуляція);
- рідкісні та незвичайні сколіози — шинний сколіоз у дітей з туберкульозним коксітом і радіаційний сколіоз після глибокої рентгенотерапії одного боку хребта.

При структурному сколіозі характерне просторове викривлення у трьох площинах — фронтальній, горизонтальній (поперечній) і сагітальній, при цьому виокремлюють первинну дугу викривлення та два компенсаторних проти викривлення (одне під первинною кривизною, інше над нею), іноді іменованих вторинними, функціональними або малими викривленнями.

Розвиток структурного сколіозу супроводжується такими анатомічними і функціональними порушеннями:

- порушення просторового положення хребта або його відділів у фронтальній площині і хребців у горизонтальній;
- деформація тіл хребців і хребців у цілому;
- зміна кісткової структури хребців;
- патологічна перебудова міжхребцевих дисків;
- порушення енхондрального розвитку хребців;
- порушення рухової функції залучених у деформацію відділів хребетного стовпа;
- порушення функцій м'язово-зв'язкового апарату хребта.

Класифікація сколіозів за E. Lonstein:

- нейром'язові сколіози;
- вроджені сколіози (при цих видах сколіозів деформація розвивається на ґрунті грубих кісткових аномалій розвитку хребта: клиновидні хребці, напівхребці, порушення сегментації);
- сколіози на тлі нейрофіброматозу;
- сколіози, що викликані ревматичними захворюваннями (найчастіше це ювенільний ревматоїдний артрит);
- сколіози посттравматичного генезу;
- сколіози на тлі контрактур позахребетних локалізацій (наприклад, після емпієми);
- рідко зустрічаються сколіози: остеохондродистрофічні, внаслідок остеомієліту, в результаті метаболічних порушень (рахіт і т. д.), на ґрунті патології попереково-крижового зчленування, внаслідок пухлин, неструктурні сколіози (постуральні, істеричні, антологічні, запальні, сколіози внаслідок контрактури тазостегнового суглоба).

Розглянемо найпоширеніші типи сколіозів. Ідіопатичний сколіоз. Стосується майже 90 % всіх дефектів та постави. Його формування викликане нестачею фізичної активності та неправильною поставою в положенні сидючи. Крім цього, сколіоз диференціюють за: локалізацією (грудний, поперековий, шийний); кількістю викривлених дуг; ступеня механічного згладжування; розміром кута викривлення; віковими групами. Сколіоз, який виникає у дорослих і літніх людей, є результатом дегенеративних змін і зазвичай означає не тільки порушення постави, а й погіршення загального стану хребта.

Наведемо основні причини розвитку вродженого сколіозу — вроджені аномалії сполучної тканини, хребта та ребер, наприклад, додаткові ребра, постійне з'єднання кісток (синостоз) та інші патології, що призводять до розвитку сколіозу та деформації тіл хребців.

У спеціальній літературі донині тривають дискусії про причини виникнення сколіозу, що остаточно не вивчені, але серед