

450.76

Б23

Катерина Бандуріна

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

**ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В УМОВАХ СПЕЦІАЛЬНОЇ
ШКОЛИ**

ЧИТАЛЬНА ЗАЛА
ЛДУФК₂₁

КЛАСИЧНИЙ ПРИВАТНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІНСТИТУТ ЗДОРОВ'Я, СПОРТУ ТА ТУРИЗМУ

Катерина Бандуріна

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В
УМОВАХ СПЕЦІАЛЬНОЇ ШКОЛИ**

Методичні рекомендації для студентів вищих навчальних закладів
фізкультурного профілю

Запоріжжя 2009

РЕЦЕНЗЕНТ: Віндюк А. В. кандидат наук з фізичного виховання та спорту,
доцент, завідувач кафедри туризму та готельного господарства
Класичного приватного університету.

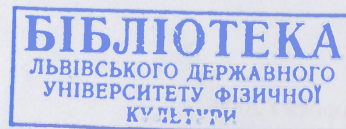
Рекомендовано до друку вченою радою Інституту здоров'я спорту та туризму
Класичного приватного університету (протокол № 6 від 19 березня 2009 року)

Бандуріна К. В.

Фізична реабілітація дітей з церебральним паралічем в умовах спеціальної
школи: Метод. рек. – Запоріжжя : Вид-во Класичного приватного університету,
2009. – 103 с.

Методичні рекомендації присвячено проблемам фізичної реабілітації дітей
з церебральним паралічем в умовах спеціальної школи. Розглянуто методи
обстеження цього контингенту дітей, подано авторську програму самостійних
занять фізичними вправами в умовах спеціальної школи.

Рекомендується працівникам вищої школи, студентам і викладачам
факультетів та кафедр фізичної реабілітації.



ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

В.п. – вихідне положення

ЗПР – затримка психічного розвитку

КПУ – Класичний приватний університет

Л – ліва сторона

ЛФК – лікувальна фізична культура

ММТ – мануально-м'язовий тест

НВД – на взаємодію

НЗ – на завдання

НС – на себе

ОРА – опорно-руховий апарат

П – права сторона

ЦП – церебральний параліч

ВСТУП

Понад 150 років минуло відтоді, коли в 1853 р. Littl [84] уперше опублікував свої спостереження за дітьми, у яких після родової травми розвивалися різні паралічі в кінцівках. З того часу багато дослідників зверталися до цієї проблеми, однак дотепер вона залишається однією з найважливіших у дитячій неврології і психіатрії та в реабілітаційному плані (Козьякін В.І., 1999 [34]; Азарський І.М., 2001 [1]; Шипіцина Л.М., Мамайчук І.І., 2003 [22]; Вісковатова Т.П., 2008 [9]).

Церебральний параліч (ЦП) – комплексне поняття, яке об'єднує низку синдромів, котрі виникають у зв'язку з ураженням мозку. ЦП розвивається в результаті ураження головного і спинного мозку через різні причини на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку плода і в пологах. Основним клінічним симптомом ЦП є порушення рухової функції, до якого у ряді випадків додається порушення психіки, мови, слуху, зору (Семенова К.А., 1979 [62]; Сермеєв Б.В., 1983 [63]; Шелкова Л.Н., 2000 [75]; Мерзлікіна О.А., 2002 [44]).

Згідно з державною звітністю МОЗ України, питома вага дітей із ЦП у 90-х роках ХХ ст. склала 41,9% від загальної кількості дітей із вродженими вадами розвитку (Гойда Н.Г., Мартинюк В.Ю., 1993, 1994 [13, 14, 48]). Частота захворюваності на ЦП коливається від 1,6 до 4,2 випадка на 1 тисячу новонароджених. Церебральний параліч (ЦП) посідає третє місце після вроджених деформацій і поліомієліту.

В Україні кожного року реєструють біля 3 тисяч діагнозів ЦП, поставлених уперше в житті (Москаленко В.Ф., 2001 [20, 65]). Чисельність інвалідів в Україні з кожним роком зростає і на сьогодні складає близько 2,8 млн, з яких 153,4 тис. дітей-інвалідів (Скрипка Н., Масленнікова В., Астаф'єва Л., Росолович А. 2007 [57]).

Вирішальний період фізичного, розумового та емоційного розвитку, що зумовлює успіх усебічного розвитку дитини, припадає на дошкільний вік. Проте переважна більшість дітей з вадами у розвитку не отримує до школи

спеціального корекційного навчання, а тому вся турбота за дитину з особливими потребами лягає на сім'ю або на інтернатні заклади (спеціальні школи), куди потрапляє дитина.

На сучасному етапі в Україні функціонують 689 шкіл-інтернатів: з них 184 – загального типу, 390 – спеціальні для дітей з вадами фізичного або розумового розвитку, 64 – санаторні, 39 – для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, 11 – школи соціальної реабілітації [64, 72].

Головне завдання шкіл-інтернатів – забезпечити поєднання загальноосвітньої підготовки в обсязі державних вимог до освіти з необхідним лікуванням, оздоровленням та реабілітацією хворих дітей (Наточій А.М., 1995 [47]).

Систематичне комплексне лікування в умовах школи-інтернату протягом тривалого часу викликає покращення рухових можливостей дитини та результатів навчання. Велика кількість авторів (Бортфельд С. А., 1986 [4]; Штеренгерц А.Є., 1989 [78]; Чепурна Л.Ф., 2003 [60]; Хуснутдінова З.А., 2003; Шанько Г.Г., 2007 [73]) радять протягом дня використовувати різні форми фізичної активності, ранкову гімнастику, лікувальну гімнастику, ходьбу, працетерапію тощо, однак у доступній літературі не знайшли інформації про самостійні заняття дітей фізичними вправами в умовах спеціальної школи.

Сьогодні в Україні для реабілітації дітей із ЦП використовуються різноманітні методики в різних лікувальних, санаторних закладах і центрах (Вісковатова Т.П., 2008 [9]). Але у школах-інтернатах підходи до реабілітації дітей із ЦП вже довгий час лишаються незмінними. Така ситуація вимагає пошуку нових ефективних заходів фізичної реабілітації для дітей із ЦП, що і спонукало нас до вивчення цієї проблеми

РОЗДІЛ 1

ПРОБЛЕМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В УМОВАХ СПЕЦІАЛЬНОЇ ШКОЛИ

1.1. Сучасний стан фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем

В останні роки 65 – 70% дітей в Україні народжуються з патологією нервової системи. Більшість таких немовлят переносять перинатальну енцефалопатію, що призводить до різних фізичних і психічних порушень. Серед цих захворювань особливо виділяється церебральний параліч (ЦП), що виникає в результаті ураження мозку в період внутрішньоутробного розвитку, під час пологів чи у період новонародженості [25, 49, 59]. На жаль, поширеним є переконання, що такі діти цілком неповноцінні і “некорисні” для суспільства. Така позиція – наслідок невігластва. Лише у 50% дітей із ЦП спостерігається затримка психічного розвитку, що може бути компенсована до 3-5-10 років, тобто тим швидше, чим раніше почато корекцію. У 75% хворих на ЦП спостерігаються розлади мовлення, у 100% випадків – порушення довільної моторики (тілорухливості), і лише у 30% – порушення розумового розвитку. Переважна більшість дітей з ЦП мало чим відрізняються від здорових однолітків. Зовні помітні прояви патології з’являються тільки в 1 – 2 роки. На сьогодні відомо понад 400 шкідливих чинників, які можуть спричинити цю патологію [33, 34, 45].

За визначенням ВООЗ (1980), ЦП – це група психомовних і моторних непрогресуючих синдромів, які є наслідком ураження мозку у внутрішньоутробному, інтранатальному і ранньому постнатальному періодах [23].

Існує чимало визначень церебрального паралічу, однак дотепер серед фахівців немає спільної думки не тільки щодо причин і умов виникнення,

перебігу і результату цього захворювання, але й щодо змісту самого поняття “церебральний параліч” [34].

Церебральний параліч— це органічне непрогресуюче ураження мозку, яке виникає в період внутрішньоутробного розвитку, під час пологів або в період новонародженості та супроводжується руховими розладами типу паралічів або парезів, рідше гіперкінезів і атаксії, а також порушенням мови та психіки [61].

Велике медичне і соціальне значення проблеми церебрального паралічу (ЦП) зумовлене не тільки важким характером цього захворювання, що часто призводить до інвалідизації хворих, але й значною його поширеністю. Частота ЦП коливається від 2 до 10 випадків на 1000 немовлят за даними різних авторів [1, 11, 12]. Розкид даних за показниками поширеності ЦП деякою мірою пов’язаний з відмінностями у методиках обстеження, які вони застосовували, а також із відсутністю уніфікованих підходів до класифікації органічних уражень нервової системи у дітей.

Згідно з класифікацією К. А.Семенової [62], виділяють такі форми цього захворювання:

1. Подвійна геміплегія. Вважається найважчою формою ЦП. У період внутрішньоутробного життя виявляються важко порушеними всі найважливіші функції людини: рухові, психічні, мовні, що спричиняє тяжке ураження мозку. Психічний розвиток дітей знаходиться зазвичай на рівні олігофренії в ступені імбецильності або ідіотії.

2. Спастична диплегія. Таку форму ЦП мають 50% інвалідів. За характером рухових порушень спастична диплегія є тетрапарезом (тобто вражені верхні та нижні кінцівки), але нижні кінцівки вражені більшою мірою. У таких дітей у 70% випадків спостерігаються мовні порушення у формі дизартрії та у 60 –80% – розумові. Залежно від міри вираженості рухових порушень розрізняють важкий, середній та легкий ступінь ураження.

Діти з важким ступенем самостійно не пересуваються або пересуваються з допомогою. У 70 – 80% дітей спостерігаються мовні порушення, психічний розвиток затриманий у 50 – 60% та у 25 – 35% спостерігається олігофренія.

Діти з середнім ступенем ураження пересуваються самостійно, хоч і з дефектною статурою. Мовні порушення спостерігаються у 65 – 75% дітей, психічний розвиток затримано у 45 – 55%, у 15 – 25% виявлено олігофренію.

Діти з легким ступенем ураження самостійно пересуваються, але хода залишається дещо порушеною. Розлади мовлення спостерігаються у 40 – 50% дітей, затримка психічного розвитку – у 20 – 30%, олігофренія – у 5%.

3. Гіперкінетична форма спостерігається у 20 – 25% усіх неповносправних з указаною патологією та характеризується наявністю насильницьких рухів, різноманітних за видами; найчастіше зустрічаються подвійний атетоз, хореоатетоз, хореїчний гіперкінез. Порушення мовної функції спостерігається у 90% хворих, затримка психічного розвитку – у 50%, порушення слуху – у 25 – 30%. Розрізняють три ступені важкості: важкий, середній та легкий.

4. Геміпаретична форма. Ця форма характеризується ураженням однойменних верхньої та нижньої кінцівок. Більше виражений парез верхніх кінцівок, нерідко спостерігається затримка психічного розвитку (ЗПР) або олігофренія, а також розлади мовлення, судомні напади. Розрізняють важкий, середній та легкий ступінь ураження.

5. Атонічно-астатична форма ЦП характеризується поєднанням патологічних тонічних рефлексів з низьким тонусом м'язів та розладом координації. У 60 – 70% дітей спостерігаються мовні розлади і ЗПР. За даними більшості авторів, які займалися вивченням ЦП, розлади інтелекту зустрічаються досить часто. Клінічна картина інтелектуальних розладів у інвалідів із ЦП доповнюється характерними особливостями розвитку особистості. Так, наприклад, у підлітковому віці часто формуються довготривалі реактивні стани, пов'язані з переживаннями через свій фізичний дефект.

Розрізняють три ступені важкості рухових порушень: I ступінь (легкий) дозволяє самостійне пересування; II ступінь (середній) – пересування з порушеною статурою, зі сторонньою допомогою чи в ортопедичних пристроях;

III ступінь (важкий) унеможлиблює пересування хворого та характеризується вкрай тяжким його станом [51].

Виділено три стадії ЦП:

1. Початкова стадія захворювання, яку констатують відразу після народження (якщо захворювання розвивалося внутрішньоутробно, то справжній його початок невідомий), характеризується важким загальним станом дитини, порушенням тону м'язів, ригідністю або гіпотонією, тремором, ністагмом, порушенням смоктального рефлексу й т. ін. При постнатальних захворюваннях це гострий період.

2. Рання резидуальна стадія, початок якої у випадку внутрішньоутробного ураження або ураження під час пологів треба віднести до кінця другого місяця життя. При постнатальних ураженнях мозку ця стадія розвивається незабаром після гострого періоду захворювання або відразу ж після нього.

3. Пізня резидуальна стадія захворювання. Перебіг цієї стадії, крім перерахованих особливостей, характеризується наявністю контрактур і деформацій, фіброзним переродженням м'язової тканини, на основі чого створюється патологічний пропріоцептивно-руховий стереотип, у рамках якого формуються всі рухи дитини.

У спеціальних школах навчаються діти саме з пізньою резидуальною стадією захворювання.

На сьогодні в Україні понад 30 тисяч хворих потребують довготривалої реабілітації [2, 23].

Термін "реабілітація" у перекладі з латинської мови означає "відновлення". У медицині поняття реабілітація використовують для визначення комплексу заходів, що спрямовані на відновлення функціональних можливостей, здоров'я і працездатності хворої людини та інваліда [43].

Фізична реабілітація – це складова частина медичної та соціально-трудової реабілітації, яка використовує засоби та методи фізичної культури, масаж та фізичні чинники.

Фізичну реабілітацію слід розглядати як лікувально-педагогічний і виховний процес. Основним засобом фізичної реабілітації є фізичні вправи та елементи спорту, а їх застосування – завжди педагогічний освітній процес. [55, 69].

Сьогодні проблему реабілітації при ЦП вивчають у різних аспектах: увагу приділяють хірургічному лікуванню, мануальній терапії, медикаментозній терапії хворих з ЦП, фізіотерапевтичним методам реабілітації, бальнеолікуванню, фізичній реабілітації в умовах санаторно-курортного лікування та спеціалізованих стаціонарів, фізичній реабілітації засобами фізичного виховання, ЛФК, масажу. Однак недостатньо вивченою залишається проблема фізичної реабілітації за допомогою фізичних вправ дітей з ЦП в умовах спеціальних шкіл.

Особи з обмеженими можливостями не повинні відчувати себе обмеженими в можливостях досягнення поставленої мети в житті [24].

На сьогодні відомо багато різноманітних методик, які використовуються для реабілітації при церебральному паралічі.

Методика К. А. Семенової [62] заснована на знаннях про закономірності рухового розвитку здорової дитини і механізми формування рухової патології у дітей із ЦП. Важливим, на думку автора, є розвиток мовної, зорової та слухової функції в процесі занять.

А. Е. Штеренгерц [78] розробив методику ЛФК для дітей, що ґрунтується на використанні анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму з урахуванням біомеханіки кожного руху, важкості ураження, віку дитини. Особлива увага приділяється емоційному фону на заняттях і навчанню трудових навичок. Широко застосовуються рухливі адаптовані спортивні ігри.

Лікувальна гімнастика С. А. Бортфельд [4] поєднується з педагогічними заходами. Важлива роль відводиться використанню рефлексорних механізмів.

Методика Лі Єн Сана [40] базується на міжнародному досвіді і являє собою систему багатоцільового тестування, яка дозволяє дати об'єктивну оцінку функціональному стану інвалідів на основі трьох батарей тестів: тест

“Управління основними рухами”; тест “Психомоторні функції”; тест “Вимірювання рухових функцій”. Ефективність розробленої Лі Єн Саном модифікованої методики оздоровлення неповносправних підтверджує покращення показників рухових функцій у ходьбі, бігові та стрибках; значне зростання показників психомоторних функцій неповносправних із ЦП [20].

О. А. Стерник використовує прийоми хореографії з лікувальною метою. Автор вважає, що під час виконання танцювальних рухів необхідно звертати увагу на положення голови.

Для дітей молодшого віку і дітей із затримкою психічного розвитку корисна гімнастика за методикою І. Ботта і П. Ботта [78], що полягає в пересуванні тільки після нормалізації м'язового тону. У першу чергу застосовуються вправи для виховання навичок утримання голови і тулуба. Використовується велика кількість фіксуючих пристосувань, апаратів, меблів. Тільки після освоєння правильної роботи м'язів, навчання збереження рівноваги автори рекомендують переходити до стояння і ходьби.

Методика П. Беаман, А. Обхольцер [78] полягає у виконанні вправ до граничної втоми. Найчастіше її застосовують у разі підвищеного м'язового тону за гіперкінетичним типом.

В. В. Польський [78] вважає, що дітям молодшого віку, крім позиціювань у положення корекції з додаванням правильних співвідношень для різних частин тіла, для збереження досягнутих результатів нормалізації м'язового тону необхідно застосовувати спеціальні позиціювання для гасіння тонічних рефлексів у такі позиції, які унеможливають рефлекс. Дитину вкладають у позу, зворотну типу розподілу патологічного м'язового тону, що приводить до поступового руйнування патологічного рухового стереотипу, зниження патологічної еферентації з рецепторних полів патологічно активного рефлексу дитини і, зрештою, до нормалізації регуляції м'язового тону у спокої та довірливих рухах. Виконання комплексу вправ практикують одночасно з вібраційним впливом на напружені м'язи. Терапевтичний вплив здійснюється курсами по 5-10 днів. Після перерви в 1-3 місяці серію повторюють. Швидкість

відновлення залежить як від ступеня ураження ЦНС, так і від наявності стійких аномальних рухових стереотипів. Темпи поліпшення стану між курсами залежать від власних зусиль пацієнта з освоєння нових рухів [39].

За методикою В. І. Козьякіна комплексне відновлювальне лікування резидуальних проявів ЦП передбачає два етапи: етап інтенсивної корекції, що проводиться стаціонарно в умовах реабілітаційного центру протягом двох тижнів, та етап стабілізації і потенціювання ефекту, що здійснюється амбулаторно, триває від 6 до 12 місяців і спрямований на активізацію внутрішніх мотивацій, оптимізацію біомеханічної моделі руху, розвиток м'язового корсета і соціально-побутову адаптацію. У комплексі використовують метод мануальної терапії. Після застосування цього методу спостерігається значна міорелаксація синергістів, зменшення контрактур у суглобах [33].

Також про позитивний вплив мануальної терапії говорить В. Н. Шевага. Він вважає, що мануальний вплив на хребет таких хворих усуває вогнища патологічної ірритації з кістково-зв'язкової і м'язової структур на рухові порушення у хворих [74].

Ряд науковців для відновного лікування та профілактики захворювань інвалідів широко застосовують оздоровче плавання та гідрокінезотерапію. І плавання, і гідрокінезотерапія поєднують у собі тренувальний і загартовувальний ефект, що дає позитивні результати у реабілітації дітей з ЦП [5, 35].

Але треба зазначити, що не всі згадані методики можна використовувати в умовах спеціальних шкіл для дітей 13-15 років з церебральним паралічем, тому що деякі з них потребують спеціального обладнання, більшість рекомендована для застосування у ранньому віці.

Значний інтерес становить зарубіжний досвід реабілітації дітей з ЦП. Так, К. Bobath і В. Bobath [80] в основу системи реабілітації хворих із ЦП поклали принцип гальмування патологічної безумовнорефлекторної активності та торування шляхів для вироблення основних рухів і поз на базі нормалізації м'язового тону. На думку цих авторів, патологічні механізми рухових пору-

шень при ЦП пов'язані з наявністю нередукованих тонічних рефлексів стовбура мозку, патології антигравітації. На їхню думку, перш ніж навчати хворого нормальних рухів, необхідно змінити патологічний руховий стереотип. При цьому основним прийомом є позиціонування дітей у положення ембріона, в якому формується правильна реакція опори. Позиціонування, за В. і К. Vobath, має велике значення для нормалізації схеми тіла і рухів. Додатково необхідно включати в комплекс вправи з розвитку реакції рівноваги й опори. Ця методика реабілітації дітей із ЦП поширена в усьому світі, завдяки своїй унікальності. Автори підкреслюють, що нормальному рухові має передувати нормальний м'язовий тонус. Для досягнення цієї мети терапевтичні зусилля мають бути спрямовані на релаксацію, зниження м'язового тону. До основних компонентів методики належать: 1) нормалізація м'язового тону, порушення якого завжди наявні у дітей із ЦП; 2) приглушення активності ненормальних примітивних рефлексів; 3) полегшення автоматичних реакцій: випрямлення, рівноваги й захисної екстензії (чому сприяє попереднє зниження м'язового тону) та корекція ненормальних примітивних рефлексів.

К. Vobath і В. Vobath підкреслювали, що незалежно від стадії захворювання і віку дитини треба починати роботу з того рівня рухового розвитку, на якому він зупинився чи пішов патологічним шляхом.

Методику Н. Kabat [83] називають методикою пропріоцептивного полегшення. Для тренування ослаблених м'язів застосовують комплексні рухи, тобто у процесі виконання руху беруть участь декілька суглобів і великі м'язові комплекси. Також приділяється увага вихованню статичних функцій і гальмуванню гіперкінезів, установленню ритмічності й закономірності рухів, розвитку м'язової сили.

Автор широко застосовує вправи з вибірковим опором для певних м'язів. Відновлення скорочувальної здатності м'язів - один з найважливіших принципів методики Н. Kabat.

Використання вихідних положень тіла лежить в основі методики V. Vojta [87]. Згідно з цією методикою, частину кінцівки фіксують. На початку рухи

можна виконувати пасивно. Окремо тренують рухи руками і ногами, потім одночасно виконують з додатковою допомогою рухи верхніми і нижніми кінцівками та вправи в положенні лежачи на животі. Автор звертає особливу увагу на те, що починати лікування потрібно тоді, коли у дітей із ЦП ще є зворотність рефлексів.

G. Doman [82] розробив методуку відновлення фізичних функцій з урахуванням психомоторного руху. Він пропонує лікування вказаної функції мозку. У цій методиці велика увага приділяється корекції психомоторної і рухової функції у процесі занять і навчання.

Тардье розглядає гіперкінези (атетоїдні рухи – за Тардье) як патологічні відповіді на різні подразники, які надходять або з навколишнього середовища, або під час зміни умов діяльності рухового апарату. До таких він зараховує зміну пози, довільні рухи, больові відчуття, емоційні переживання і т. ін.

Тому найголовнішим автор вважає визначення причин, які викликають мимовільні рухи у конкретного хворого, та відповідного напрямку лікування, що дозволить зробити дитину нечутливою до провокаційних чинників, посилити її контроль над ними [86].

Знову ж таки треба зазначити, що в умовах спеціальної школи можна використовувати лише деякі елементи згаданих методик.

Реабілітаційна допомога сьогодні в основному зводиться до медикаментозного лікування, ортопедо-хірургічних і нейрохірургічних втручань, які часто не дають реальних результатів. Триває інтенсивний пошук шляхів удосконалення відновлювальних заходів для дітей з діагнозом “ЦП”. Все частіше акцентують увагу на ранньому втручанні [73].

Майже всі класичні і нові методики побудовані на цьому принципі, і це, безперечно, правильний підхід. Але не всі діти, хворі на ЦП, мають змогу починати лікування і реабілітацію в ранньому віці з різних причин, тому варто посилити увагу до тих дітей, які опинилися у спеціальній школі, і тільки тут почався процес їх реабілітації. Саме в пізній резидуальній стадії на перший

план виходить фізична реабілітація у вигляді фізичних вправ. На жаль, сьогодні цьому питанню приділяється недостатньо уваги.

Багато спеціалістів, керівників різних рангів і навіть батьків, які налаштовані тільки на медикаментозне лікування ЦП, не усвідомлюють ролі та місця реабілітації засобами виховання, освіти, психології. У більшості випадків професійно некомпетентно визначається і зміст цих компонентів реабілітації [15].

Різнобічна реабілітація дітей з церебральним паралічем в Україні здійснюється у центрах реабілітації та адаптації дітей-інвалідів; у вигляді санаторно-курортного лікування; лікування в стаціонарі, відділеннях реабілітації; в умовах сім'ї тощо і майже завжди є лише епізодичною.

Більшість дітей, які перебувають у спеціальних школах, позбавлені піклування батьків. Зазвичай 20-30% батьків відвідують своїх дітей у школі-інтернаті, однак для значної частини дітей справжнім домом і сім'єю стає інтернат [20]. Практика свідчить, що в 70% випадків діти, хворі на ЦП, – з неповних та неблагополучних сімей.

За кордоном існують різні моделі організації лікувально-педагогічної допомоги дітям із ЦП. Слід зазначити, що в багатьох країнах немає спеціальних лікувальних і навчальних закладів для таких дітей (наприклад, у Болгарії, Чехії, Ірландії). Там діти одержують лікування в невропатолога й фізіотерапевта, а навчаються залежно від рівня інтелектуального розвитку в загальноосвітніх школах або школах для розумово відсталих.

У багатьох країнах створено мережу реабілітаційних центрів для дітей-інвалідів. У таких центрах звичайно використовується так званий бригадний метод: з дитиною працює група фахівців різного профілю (методист ЛФК, фізіотерапевт, психолог, педагог та ін.), які реалізують індивідуальну комплексну реабілітаційну програму, розроблену відповідно до можливостей і психофізичних особливостей цієї дитини. Інваліди з наслідками ЦП відвідують ці центри разом із дітьми, що мають інші проблеми в розвитку.

У Німеччині існує система, подібна до російської та української. Для дітей із ЦП працюють спеціальні школи, у яких поряд з навчанням діти одержують лікування, ЛФК, логопедичну допомогу, трудову підготовку. У таких школах працюють педагоги з дефектологічною освітою. Відмінним є те, що, по-перше, діти перебувають у школі тільки в денний час, тому що вважається недоцільним відривати дитину від родини на весь робочий тиждень. Доправляють дітей у школу й зі школи працівники школи на спеціально обладнаному транспорті. По-друге, і це безсумнівна перевага, у школу приймають дітей незалежно від тяжкості рухових та інтелектуальних порушень. З ними працюють диференційовано, враховуючи прояви рухової патології та рівень психічного розвитку. Звичайно, при такому різноманітному й важкому контингенті постає проблема персоналу. У Німеччині її вирішують шляхом залучення до роботи в школах для дітей із ЦП призовників, що проходять альтернативну службу. Це не тільки допомагає вирішити проблему кадрів для роботи з найважчими дітьми, а й має велике соціальне значення. Призовники знайомляться з проблемами інвалідів, що мають відхилення у фізичному й психічному розвитку. У молодих людей формується позитивне ставлення до них. Частина призовників після закінчення служби усвідомлено вибирає медичні або педагогічні професії [38].

В останнє десятиліття найбільшу популярність одержала ще одна модель корекційно-педагогічної роботи з дітьми із ЦП, яка називається кондуктивною педагогікою. Цей напрямок виник в Угорщині наприкінці 40-х років і одержав широке застосування в усьому світі. Метод кондуктивної педагогіки розробив Петьо в 1945 – 1967 рр., далі він розвивався у школі М. Харі (1971). Кондуктивну педагогіку в цей час вважали однією з найефективніших методик для подолання рухових порушень у дітей із ЦП без виражених відхилень у психічному розвитку. Широке застосування цієї системи в нашій країні гальмується тим, що право на підготовку фахівців з кондуктивної педагогіки має тільки Асоціація кондуктивних педагогів.

Термін “кондуктивна педагогіка” означає “навчання, яке організовує кондуктор”. В основі методу лежить системний педагогічний підхід до виховання функцій, у якому основна увага приділена медико-педагогічній корекції, спрямованій на вироблення самостійної активності й незалежності дитини. Кондуктор-фахівець, що знає проблеми медицини, педагогіки, лікувальної фізкультури, логопедії, психології. Він є єдиним фахівцем, що працює з дитиною. Педагог-кондуктор, займаючись із дітьми протягом усього дня, приділяє увагу тренуванню рухів, мови, психіки, емоційних реакцій. Кондуктор прагне розбудити в дитині активність, мотивацію, опираючись на орієнтовні пізнавальні рухові реакції, розвиток яких хоча й затримано, але не втрачено зовсім [70].

Інша система допомоги дітям і дорослим інвалідам існує в США. Реабілітація проводиться як у центрах, спеціально для цього оснащених, так і в безлічі приватних і державних агентств, де займаються в основному професійною підготовкою. Зараз у США налічується близько 300 реабілітаційних центрів для інвалідів з наслідками ЦП; це одна з найрозвиненіших мереж у країні. Настільки велике їх число пояснюється тим, що після перемоги над поліомієлітом ЦП являє собою найпоширенішу групу нервово-м'язових розладів. Крім того, там, де особам з іншими порушеннями (м'язовою дистрофією, розсіяним склерозом, розумово відсталістю або хворим із множинною патологією) служб допомоги бракує або вони малоефективні, ці центри пропонують свої послуги. Центри підтримують зв'язок з реабілітаційними агентствами, а також з місцевими органами освіти, таборами для інвалідів, найближчими лікарнями, коледжами й університетами, чії студенти нерідко працюють добровільними помічниками.

Співробітники центрів переконані, що реабілітація – це глобальний процес, що охоплює кожний аспект життєдіяльності: фізичний, соціальний, емоційний, рекреаційний, освітній і професійний. Типова реабілітаційна програма в такому центрі містить такі складові: програма фізичної терапії (або реабілітації), що включає оцінку здатності до повзання, ходи й стояння;

вправи для розвитку моторних навичок і функціональної активності (хворий учиться переходити з ліжка в крісло, підніматися по сходах і т.д.).

Мета програми – розвинути м'язову силу, координацію рухів, здатність утримувати рівновагу, навчити користуватися допоміжними ортопедичними засобами – милицями, тростиною та ін. Також додаються програми побутового пристосування; рекреаційна програма; програма професійної підготовки; програма корекції мови і слуху; психологічна програма; програма соціальної допомоги; освітня й тренувальна програма. Ще одним напрямком у профілактиці інвалідизації дітей є адаптивне фізичне виховання, яке виникло у 70-х роках ХХ ст. у США [72].

Американські дослідники, шукаючи способів допомоги людям, що постійно зайняті доглядом своїх хронічно хворих рідних, дійшли висновку, що для них найефективнішим способом зберегти душевну рівновагу і підтримувати власне психічне здоров'я є зустрічі з людьми, які мають таку саму життєву ситуацію. Ці зустрічі приносять вітху, допомагають подолати ізолюваність [8].

У багатьох країнах світу (Австрія, Німеччина, Франція, Японія, Нідерланди) існують інтегровані структури (мейстрімінг) – спільне навчання дітей-інвалідів зі здоровими дітьми. Показовим є досвід Австрії, де уряд 1993 року ухвалив закон, який дозволяє батькам обирати навчальний заклад: спеціальну чи загальноосвітню початкову школу. Під егідою міністерства освіти Австрії було розроблено експериментальну інтеграційну програму, в основу якої покладено ідеї соціальної інтеграції, тобто створення такого середовища, де діти з особливими освітніми потребами могли б працювати, грати і жити поряд із звичайними людьми. Кожна дитина при цьому займається за індивідуальною програмою, яка забезпечує максимальний розвиток природного потенціалу. У Нідерландах прийнято наказ (1985 р.) про освіту, який об'єднав дитячі садки з початковими школами. Також ще у 60-х роках у Нідерландах батьки виявили ініціативу виховувати дітей вдома, а не у спеціальних закладах. У 70-х роках держава починає визнавати, що головним

оточенням дитини є сім'я, і розуміти наскільки важливо оптимізувати можливості цього оточення.

У Польщі практика підготовки дітей з обмеженнями до інтеграції у систему загальної освіти здійснюється в родині або у спеціалізованих денних центрах. У Кракові діють три школи, де є інтеграційні класи: серед 15-16 здорових дітей навчаються 4 – 5 з відхиленнями. До інтеграційних класів підбирають дітей із благополучних сімей.

У Португалії допомогу сім'ї надають неурядові організації. У країні функціонує кілька асоціацій батьків, які відіграють важливу роль у реабілітації та інтеграції дітей з обмеженнями у розвитку, особливо щодо інформування та допомоги батькам для досягнення адекватної інтеграції у сім'ї та соціальному середовищі.

В Іспанії та Швеції діє система курсів для батьків, які мають дітей з потребами розвитку. Сімейні курси організовані на базі центрів і можуть відбуватися у спеціальних школах. Муніципальні органи відповідають за соціальні послуги, домашню допомогу, інформаційну та фінансову підтримку. Інформацію також надають реабілітаційні установи для хворих дітей та дітей-інвалідів [28, 46].

У Швейцарії інформація для батьків дітей з особливими потребами, про їхні права та обов'язки подається під заголовком “Якщо неспроможні діти можуть залишатися в сім'ї, батьки повинні отримати інформацію про ситуацію та про свої обов'язки”. У країні функціонує Швейцарська асоціація – приватна благодійна організація, яку підтримує держава. Її завдання – допомога дітям з особливими потребами та їхнім батькам у вирішенні сімейних проблем, полегшенні труднощів, з якими стикаються батьки у своєму житті.

В Італії запроваджується політика деінституалізації спеціальних закладів для дітей-інвалідів. Щоб запобігти інституалізації неповносправних дітей на тривалий термін, уряд пропонує послуги, пов'язані з домашньою допомогою і доглядом за дітьми, особливо сім'ям з дуже низьким прибутком і тяжкохворими дітьми, яку надають в основному волонтери [28].

У Росії існує така сама в цілому, як і в Україні, система освіти неповносправних дітей, тобто спеціальні заклади, в яких, за результатами опитування завучів шкіл-інтернатів у різних регіонах Росії [67], на найвищому рівні знаходиться побутова реабілітація, на другому місці – професійна реабілітація, а на останньому – медична (складовою частиною якої є фізична реабілітація). Причина – відсутність матеріальної бази.

В Україні залишаються невирішеними питання раннього виявлення, діагностики й обліку дітей, які потребують спеціальної допомоги та реабілітації, недостатньо вивчені причини виникнення різних аномалій розвитку, не забезпечений достатній рівень консультативної допомоги, відсутня єдина система соціальної підтримки дітей з особливими потребами [20].

Як бачимо з вищевикладеного, за кордоном у реабілітації соціальної, фізичної, професійної та ін. дотримуються принципу рівних можливостей дітей-інвалідів та здорових дітей [57, 66].

1.2. Роль спеціальної школи у вихованні неповносправних дітей

Усесвітня декларація прав людини гарантує особам з обмеженими фізичними чи інтелектуальними можливостями (а їх, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у світі понад 450 мільйонів, а в нашій країні кожний сьомий) право на повну і рівну участь у всіх сферах життя суспільства. Але реально ці люди часто позбавлені можливості такої участі через байдуже ставлення до них з боку суспільства, відсутність необхідних умов (засобів пересування, належного матеріального забезпечення, ліків тощо), і тому перетворюються в неповноцінних членів суспільства [20].

Лікування дітей з церебральними паралічами триває багато років і не обмежується перебуванням дитини в стаціонарі, санаторії чи прийомом окремих процедур у поліклініці. Повсякденна організація життя хворої дитини сприяє правильному розвитку її рухів, психіки і мови. Першими помічниками

лікаря в організації лікувального підходу в домашніх умовах є батьки або, якщо дитина навчається у спеціальній школі, працівники цієї спеціальної школи (вчителі, вихователі, інструктори ЛФК та ін.).

Патологія рухів при церебральних паралічах різноманітна, і для одержання оптимальних результатів доцільно різноманітиту лікувальну стимуляцію, не обмежуючи її якимось одним методом. Лікування треба проводити не курсами, а безупинно протягом багатьох місяців і років до досягнення максимальної компенсації дефекту та соціальної адаптації. Успіх лікувальних заходів залежить від спільної роботи фахівців різного профілю [7, 21].

На жаль, діти з церебральним паралічем, які потрапляють до спеціальних шкіл-інтернатів, починають своє лікування саме там, тобто вже в сім років (пізня резидуальна стадія захворювання). Більшість дітей у дошкільному віці не отримують лікування взагалі або отримують його епізодично.

В Україні, починаючи з 1956 року, розпочали організовувати і створювати перші загальноосвітні школи-інтернати [54].

Навчальна робота в школах-інтернатах складалася з уроків, підготовки домашніх завдань та різної позаурочної роботи, спрямованої на поглиблення набутих знань, вдосконалення умінь і навичок та застосування їх на практиці. Інше місце у навчально-виховному процесі школи-інтернату займала позакласна і позашкільна виховна робота. Метою виховної роботи було подальше вдосконалення знань, умінь і навичок учнів, підвищення їхнього морального і культурного рівня, психологічної і практичної підготовки до самостійного життя, фізичне загартування. Характерною ознакою позаурочної виховної роботи в школі-інтернаті була її різноманітність. Виховну роботу здійснювали у формі занять різних гуртків, секцій, клубів, конкурсів, вечорів підночнику, спортивно-оздоровчих заходів.

Першим етапом підготовки учнів шкіл-інтернатів до праці і самостійного життя було самообслуговування. Самообслуговування організовували з урахуванням віку, статі, фізичних можливостей дітей, санітарно-гігієнічних вимог та правил охорони здоров'я [53].

У наш час багато науковців присвятили свої праці розробці організаційно-педагогічних принципів діяльності окремих типів інтернатних установ; питанням санітарно-гігієнічного режиму навчально-виховного процесу інтернатних закладів; аналізу соціальної сутності дитячих інтернатних установ (Кобзар Б. С. [31], Слісаренко В. Г. [64], Постовойтов Є. П. [32], Покаш В. П. [52], Голуб О. В. [16]).

У певній частині перерахованих праць ідеться про те, що школа-інтернат має виховувати всебічно розвинену, самостійну особистість, але аналіз наявної літератури, дисертаційних досліджень свідчить про недостатнє опрацювання проблеми формування самостійності у вихованців інтернатних закладів. Деякі науковці розглядають проблему формування самостійності у психолого-педагогічному аспекті, через позаурочні заняття у різноманітних гуртках широкого профілю, у спортивних секціях, вечори відпочинку, екскурсії і т.п. Зазначено також, що певна частина дітей позитивно ставиться до занять фізичною культурою і спортом. Фізичні вправи мають велике значення у вихованні дітей з ЦП в умовах школи-інтернату, бо вони сприяють покращенню здоров'я дітей, розвитку фізичних якостей, оволодінню життєво необхідними вміннями і навичками [56, 79].

Переважає більшість дітей, що прибувають до шкіл-інтернатів, виявляють схильність до психоневрологічних розладів, психічну і фізичну ослабленість, відсутність природного загартування. У зв'язку з цим важливою соціально-педагогічною функцією інтернатних закладів є створення оптимальних педагогічних умов для гармонійного психофізичного розвитку вихованців цих установ. У процесі формування всебічно розвинутої, гармонійної особистості позаурочна робота в школі-інтернаті є необхідним і систематичним доповненням до занять. Її слід розглядати як одну з умов формування всебічно розвинутої особистості. У школі-інтернаті зазвичай час усієї позаурочної діяльності – 3 – 5 годин щоденно. Набуті у позаурочній діяльності знання, вміння, навички і звички є органічною складовою всебічного розвитку дитини [31].

Різноманітність умов, у яких перебувають школи-інтернати, не дає можливості розробити єдиний режим дня для всіх шкіл такого типу в Україні. Проте є деякі науково обґрунтовані вимоги до визначення денного та тижневого бюджету часу дітей, на які адміністраціям шкіл слід зважати, складаючи режим роботи школи. Зокрема, режим повинен бути диференційованим з урахуванням вікових особливостей і властивості організму людини періодичності фізіологічних функцій, у тому числі й працездатності; передбачати доцільне чергування всіх видів діяльності учнів упродовж дня, тижня, навчального року, оздоровчої кампанії влітку, перебування на свіжому повітрі від 3 до 3,5 годин на добу; сон 9 – 10 годин; регулярне харчування; підвищення рухової активності шляхом збільшення занять фізичними вправами і спортом (1,5 – 2 години щоденно). Організовані заняття, що вимагають розумового напруження, являють собою уроки і самопідготовку від 5 до 6 годин; суспільно корисну і виробничу працю упродовж 3 – 3,5 годин щоденно, починаючи з різноманітних форм обслуговування. Решту часу треба витратити на різні види відпочинку, а також на заняття за індивідуальними інтересами учнів [32].

Саме у позаурочний час діти з ЦП можуть займатися фізичними вправами самостійно. Самостійність передбачає оволодіння певними вміннями, а саме: умінням визначити мету діяльності; умінням розуміти завдання; умінням обирати шляхи і засоби розв'язання завдання; умінням контролювати, оцінювати і передбачати результати своєї праці; умінням застосовувати знання, вміння, накопичений досвід діяльності [17]. У доступній нам літературі не виявилося робіт, присвячених організації самостійних занять фізичними вправами в умовах спеціальної школи.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Для складання індивідуальної програми самостійних занять фізичними вправами проводиться реабілітаційне обстеження дітей з церебральним паралічем.

2.1. Мануальний м'язовий тест

Мануально-м'язовий тест (ММТ) дозволив встановити, чи бере м'яз участь у русі, а також встановити силу м'язового скорочення.

Під час мануального м'язового тестування для кожного м'яза або групи м'язів використовували специфічний тестовий рух, який треба було виконувати у певному специфічному вихідному положенні. Критерієм оцінки м'язового зусилля було додання сили тяжіння частини тіла (гравітації) під час виконання тестового руху або додання мануального опору, який чинить особа, котра тестує досліджуваного.

Для визначення сили м'язових скорочень використовували відому методику – модифіковану 6-бальну шкалу Ловетта, дещо розширену (9-бальну), яка дозволила оцінити рівень сили м'язів:

- 0 балів – відсутність активних ознак вольового, свідомого скорочення м'язів;
- 1 бал – візуально і пальпаторно встановлене скорочення м'язів, яке, однак, є недостатнім для виконання руху;
- 2 бали – здатність виконати рух за умови виключення сили тяжіння цього сегмента тіла або зі сторонньою допомогою;
- 2,5 бали – рух сегмента тіла до половини амплітуди, долаючи силу

- тяжіння;
- 1 балл – здатність м'яза виконувати антигравітаційні рухи до 2/3 амплітуди руху, тобто виконувати рух сегментом тіла, долаючи силу тяжіння цієї частини тіла;
 - 1.5 балл – виконання руху з усією амплітудою та долаючи силу тяжіння;
 - 4 балл – здатність виконати рух з повною амплітудою, долаючи мінімальний мануальний опір;
 - 4.5 балл – здатність виконувати рух з повною амплітудою, долаючи силу тяжіння та середній мануальний опір;
 - 5 балл – функція здорового м'яза.

Вимірювання сили м'язів виконували зі спеціальних вихідних положень. Вимірювали силу м'язів верхніх кінцівок, а саме: середнього дельтоподібного м'яза, триголового м'яза плеча, розгиначів кисті і пальців, а також нижніх кінцівок: клубово-поперекового м'яза, великого і середнього сідничних м'язів, чотириголового м'яза стегна, переднього великогомілкового та малогомілкових м'язів.

Результати вимірювання сили м'язів заносили в картку обстеження в таблицю тестування м'язової сили (додаток А, табл. А.1).

2.2. Вимірювання амплітуди рухів у суглобах (гоніометрія)

Вимірювання обсягу рухів у суглобах кінцівок (гоніометрію) виконували за допомогою гоніометра, який складається з двох плечей (рухомого і нерухомого), з'єднаних з вимірювальною шкалою, градація якої від 0 до 360 градусів або від 0 до 180 градусів. Визначали амплітуду активного руху, коли досліджуваний виконував рух самостійно, без сторонньої допомоги, і пасивного руху у суглобі виконувався з допомогою екзаменатора згідно з фізіологічним спрямуванням досліджуваного руху.

Вимірювання амплітуди рухів у суглобах кінцівок дітей з ЦП виконували зі спеціальних вихідних пологень. Вимірювали амплітуду рухів верхніх кінцівок: згинання, розгинання, відведення плеча; внутрішню і зовнішню ротацію плеча; згинання-розгинання ліктя; супінацію-пронацію передпліччя; згинання-розгинання кисті і нижніх кінцівок: згинання-розгинання стегна; абдукцію (відведення) і аддукцію стегна (приведення); ротацію стегна; згинання-розгинання коліна; згинання - розгинання стопи.

Результати вимірювання активної і пасивної амплітуди рухів вносили до картки обстеження в таблиці тестування амплітуди рухів у суглобах (додаток А, табл.А. 3, А. 4).

2.3. Вимірювання тонусу м'язів (за шкалою Ашфорта)

Вимірювання тонусу м'язів виконували шляхом пальпації м'яза. Під час пальпації визначали їхню пружність, при цьому кінцівка знаходилася у найзручнішому положенні, що сприяло розслабленню м'язів. У нормі під час пальпації м'яза спостерігається легка пружність, а під час пасивних рухів у відповідних суглобах відчувається невелике напруження м'яза.

У разі зниження м'язового тонусу це напруження зменшується, у разі підвищення тонусу пасивні рухи зустрічають значний опір.

Модифікована шкала спастичності м'язів (за Ашфортом)

Бали	М'язовий тонус
0	Немає підвищення
1	Легке підвищення тонусу, що з'являється під час згинання або розгинання сегмента кінцівки у вигляді незначного опору наприкінці
2	Середнє підвищення тонусу у вигляді опору, що виникає після виконання половини амплітуди руху

Помірне підвищення тонусу, що виявляється протягом усього руху, але не утруднює виконання пасивних рухів

Значне підвищення тонусу, що утруднює виконання пасивних рухів

Уражений сегмент кінцівки фіксований у положенні згинання або розгинання

Результати вимірювання тонусу м'язів заносили до картки обстеження в таблицю тестування тонусу м'язів (додаток А, табл.А. 2) [30, 36, 81, 85].

2.4. Оцінка ступеня порушення функцій (за шкалою Ренкін)

Ця методика допомагає виявити не тільки рівень порушення функцій, а й порушення життєдіяльності [3, 41].

Оцінка ступеня порушення функцій (за шкалою Ренкін)

Бали	Прояви порушення життєдіяльності
1	Немає симптомів
2	Відсутність істотних порушень життєдіяльності, незважаючи на наявність деяких симптомів хвороби; здатний виконувати всі звичайні повсякденні обов'язки
3	Легке порушення життєдіяльності; нездатний виконувати деякі обов'язки, але дає собі раду із власними справами без сторонньої допомоги
4	Помірне порушення життєдіяльності; потребує деякої допомоги, але ходить без сторонньої підтримки
5	Виражене порушення життєдіяльності; нездатний ходити без сторонньої допомоги, нездатний упоратися зі своїми

6 тілесними (фізичними) потребами без сторонньої допомоги
Грубе порушення життєдіяльності; прикутий до ліжка,
потребує постійної допомоги медичного персоналу

Результати тестування проявів порушення життєдіяльності фіксували і заносили, визначаючи кількість балів, у картку обстеження до таблиці тестування проявів порушення життєдіяльності (додаток А, табл. А. 5).

2.5. Оцінка великих моторних функцій (за методикою Chedoke-McMaster Hospital)

Дослідження моторики і статики пацієнта, згідно з методикою, ділять на декілька підтестів: у положенні на спині; у положенні на животі; перевороти через бік; повзання на колінах; сідання і сидіння; стояння і вставання; хода; підстрибування на одній нозі. Успішність виконання кожного завдання оцінюють за трибальною шкалою і підраховують суму балів, набраних пацієнтом, та суму балів за кожним розділом.

Така методика дає можливість кількісно оцінити загальний розвиток моторики і статики пацієнта, а також відносний розвиток окремих груп моторних функцій.

Результати оцінювання великих моторних функцій заносили до таблиці тестувань (додаток Б).

2.6. Шкала тривожності Кові

Емоційно-вольові розлади притаманні хворим реабілітаційних закладів і часто заважають проведенню реабілітаційних заходів, соціальної адаптації хворих та інвалідів. Оцінка цих порушень є важливою як для їх виявлення, так і для встановлення ефективності процесу реабілітації.

Шкалу тривожності Кові використовували для виявлення глибокої оцінки тривожності [3, 77].

Шкалу заповнюють під час розпитування хворого. Кожний з трьох пунктів шкали оцінюють за 5-бальною шкалою (від 0 до 4 балів); загальний бал, що дорівнює сумі всіх балів, може мати значення від 0 до 12 балів. 0-2 бали відсутність тривожності, 2-5 балів - наявність симптомів тривожності, 6 і більше - тривожний стан (додаток А, табл. А. 6).

2.7. Тестування спрямованості особистості

Відповіді на питання анкети дають отримуюмо орієнтовну інформацію про певні особливості особистості досліджуваного. На кожен пункт можливі три варіанти відповіді (а, б, с). З них обирають той, який найбільшою мірою відповідає точці зору опитуваного, найцінніший або найправдивіший. Відповідь записують у графі „більш за все” – „+”. Потім обирають найменш цінну відповідь і зазначають „+” у графі „менш за все” [26].

„Ключ” обробки результатів:

Спрямованість:								
на себе (НС)			на взаємодію (НВД)			на завдання (НЗ)		
1А	11В	21С	1С	11С	21А	1В	11А	21В
2В	12В	22С	2С	12А	22А	2А	12С	22В
3А	13С	23В	3С	13А	23С	3В	13В	23А
4А	14С	24С	4В	14А	24А	4С	14В	24В
5В	15А	25В	5А	15С	25А	5С	15В	25С
6С	16В	26В	6А	16С	26А	6В	16А	26С
7А	17А	27А	7С	17С	27В	7В	17В	27С
8С	18А	28В	8В	18С	28С	8А	18В	28А
9С	19А	29А	9А	19В	29С	9В	19С	29В
10С	20С	30С	10В	20С	30А	10А	20А	30В

Якщо зазначена в „ключі” буква занесена у графу „більш за все” – 2 бали, якщо „менш за все” – 0 балів. З кількості двійок віднімають кількість нулів і до цієї різниці додають число 30; загальна сума 90.

Спрямованість особистості на себе: відображає, наскільки респондент описує себе як людину, яка чекає на пряму винагороду і задоволення безвідносно до роботи, яку виконує, або безвідносно до співробітників, з якими працює. В увявленні такої людини група є буквально „театром”, у якому можна задовольнити певні загальні потреби. Інші члени групи є одночасно акторами і спостерігачами, перед якими така людина може демонструвати свої особисті труднощі, набувати достоїнства, поваги або суспільного статусу, бути агресивною чи панувати. Така людина владна і не реагує на потреби навколишніх людей. Вона займається переважно собою, ігнорує людей і роботу, яку зобов’язана виконувати.

Спрямованість на взаємодію: відображає інтенсивність, з якою людина намагається підтримувати добрі стосунки з людьми, але лише „на поверхні”, що часто стає на заваді виконанню конкретних завдань або наданню справжньої, щирої допомоги людям. Така людина проявляє велику увагу, коли мова йде про колективну діяльність, але по суті сама не робить жодного внеску у виконання трудових завдань групи.

Спрямованість на завдання: відображає інтенсивність, з якою людина виконує завдання, вирішує проблеми, і наскільки вона зацікавлена виконати свою роботу найкраще. Незважаючи на свої власні інтереси, така людина буде охоче співпрацювати з колективом, якщо це підвищить продуктивність групи. У колективі вона намагається відстояти своє судження, яке сама вважає правильним і корисним для виконання завдання.

За анкетами Р. Каттелла і Г. Айзенка [26] можна зробити такі доповнення:

Спрямованість особистості на себе (НС): такі люди характеризуються як неприємні, агресивні, ревнівні, напружені, роздратовані, тривожні, з недостатнім самоконтролем, консервативні, невпевнені;

Спрямованість на взаємодію (НВД): такі люди потребують симпатії та дружба, чекають турботи від інших, не мають агресивних тенденцій;

Спрямованість на завдання (НЗ): такі люди самостійні і рішучі, не потребують спілкування, агресивні і врівноважені, спокійні (додаток В).

2.8. Оцінка мотивації до відновлення (опитувальник “Відновлення локусу контролю”)

Тест ґрунтується на врахуванні думки пацієнта щодо його власної ролі у відновленні. Хворий, прочитавши висловлювання, повинен висловити ступінь згоди людини з кожним із поданих в опитувальнику тверджень [3, 77]. Відповіді на питання 1 - 5 оцінюють у такий спосіб:

- «абсолютно згодний» - 4 бали;
- «згодний» - 3 бали;
- «не знаю» - 2 бали;
- «не згодний» - 1 бал;
- «абсолютно не згодний» - 0 балів.

Відповіді на питання 6-9 оцінюють у «дзеркальному» порядку:

- «цілком згодний» - 0 балів;
- «згодний» - 1 бал;
- «не знаю» - 2 бали;
- «не згодний» - 3 бали;
- «абсолютно не згодний» - 4 бали.

Сумарний бал може становити від 0 до 36 балів. Вищі бали свідчать про вищий рівень мотивації до покращення власного стану.

Результати тестування рівня мотивації заносили до таблиці (додаток Г).

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ ДІТЕЙ 13-15 РОКІВ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В УМОВАХ СПЕЦІАЛЬНОЇ ШКОЛИ

3.1. Обґрунтування необхідності самостійних занять фізичними вправами дітей з церебральним паралічем

2005 року в Запорізькій області набрала чинності обласна Програма комплексної реабілітації дітей з особливими потребами і дітей-інвалідів (затверджена рішенням обласної ради від 16.09.2005 № 4) [71]. Метою програми було створення умов, за яких кожна дитина могла б досягнути максимально можливої корекції та компенсації окремого і комбінованого дефектів та здійснити профілактику шляхом включення у створений реабілітаційний, корекційно-розвивальний соціокультурний простір регіону. Програма рекомендує поєднувати медичні, психологічні, педагогічні та соціальні аспекти, звертаючи увагу на саморегуляцію поведінки, самореабілітацію, розвиток і саморозвиток дитини як суб'єкта життєдіяльності, а також проводити заходи соціальної, фізичної реабілітації, удосконалювати методи допомоги дітям-інвалідам із соматичною патологією та дітям з обмеженням фізичних і розумових можливостей.

Основні завдання програми спрямовані на реалізацію державної політики щодо здійснення комплексної реабілітації та інтеграції дітей з особливими потребами.

Реабілітаційні заходи мають охоплювати всі сфери життєдіяльності молодшої людини, щоб сформувати в неї здатність до самостійного творчого життя. Вони покликані підготувати всіх дітей до складних і суперечливих життєвих умов, допомогти кожній дитині оволодіти мистецтвом самореалізації,

мобілізації, здатністю до самопомоги. Велике значення для розвитку дитини має всебічне здоров'я, стан повного фізичного, соціального і особистісного добробуту [6].

Основою особистісного зростання є саморозвиток особистості – творче ставлення індивідуума до самого себе, створення самого себе у процесі активного впливу на внутрішній і зовнішній світ [68].

Методи лікування, які застосовують при ЦП, є альтернативними і підкріпками, що ще раз відображає багато спірних і невирішених питань з проблеми реабілітації [27, 29]. Сьогодні у роботі з неповносправними роблять акцент на те, як допомогти їм, і не порушують питання, яким чином зробити так, щоб неповносправні самі були здатні інтегруватися в суспільство і самостійно жити в ньому [18].

Рішоманітні методи реабілітації є другорядними прийомами, оскільки головна участь самого хворого, як свідчать наукові дослідження, лишає головний слід у пам'яті людини і формуванні особистості. Фізична реабілітація необхідна без свідомого ставлення до неї безпосередньо хворого. Все частіше у наукових працях, які стосуються психологічної, медичної, фізичної та інших видів реабілітації дітей з особливими потребами, ставиться наголос на підвищенні самостійності, активній участі самої дитини у процесі відновлення [68].

Із огляду на вищевикладене виникла необхідність пошуку нових шляхів організації фізичної реабілітації дітей з ЦП та їх експериментального обґрунтування.

Вважається, що заняття фізичними вправами – найважливіша частина психічного розвитку людини, розвитку фізичної сили, волі, розумових здібностей. Активізація та оптимізація рухового режиму, формування мотивації до занять фізичними вправами дітей з церебральним паралічем в умовах спеціальної школи належить до актуальних проблем фізичної реабілітації. Шляхом організації самостійних занять фізичними вправами дітей з ЦП в

умовах спеціальної школи можна підвищити ефективність впливу фізичних вправ на стан фізичних функцій та психоемоційну сферу дітей.

Першим кроком до самоствердження в суспільстві для дітей 13-15 років з ЦП – вихованців спеціальної школи є вдосконалення свого фізичного і психічного стану до максимально можливої корекції за допомогою самостійного виконання фізичних вправ, які є основним засобом фізичної реабілітації. ЦП – це хвороба, яка потребує постійних занять фізичними вправами тому, що їх припинення веде до погіршення стану здоров'я дітей. Самостійні заняття передбачають індивідуальну свідому активність дітей за допомогою власних зусиль без стороннього втручання. Ефективність самостійних занять фізичними вправами залежить від правильної їх організації.

Для успішної побутової, навчальної, трудової та соціальної адаптації до реальних умов життя необхідні постійні, наполегливі заняття корекційними фізичними вправами. Вітчизняні та зарубіжні спеціалісти переконливо довели, що руховий розвиток дитини має потужний вплив на загальний розвиток, а саме на формування мови, психіки, інтелекту, аналізаторних систем [10]. Основною метою застосування фізичних вправ у пізній резидуальній стадії церебрального паралічу є нормалізація рухової діяльності. Пізня резидуальна стадія характеризується наявністю контрактур і деформацій, фіброзним переродженням м'язової тканини, на основі чого створюється патологічний пропріоцептивно-руховий стереотип, у рамках якого формуються всі рухи дитини. Застосовуючи самостійні заняття фізичними вправами, цей стереотип можна змінити.

3.2. Основи організації самостійних занять фізичними вправами дітей з церебральним паралічем в умовах спеціальної школи

Організацію фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах школи-інтернагу здійснювали за традиційною методикою, що прийнята у цьому навчальному закладі.

Робочий навчальний план складався з двох частин: інваріантної і варіативної. В інваріантну складову робочого навчального плану входили корекційно-розвиткові заняття. Вони у свою чергу поділялися на два блоки: корекцію розвитку, яка передбачала заняття з психологом і логопедом, та лікувальну фізичну культуру. Блок лікувальної фізичної культури був представлений у спеціальній школі фізіотерапевтичними процедурами, лікувальним масажем та безпосередньо заняттями фізичними вправами (рис. 3.1).

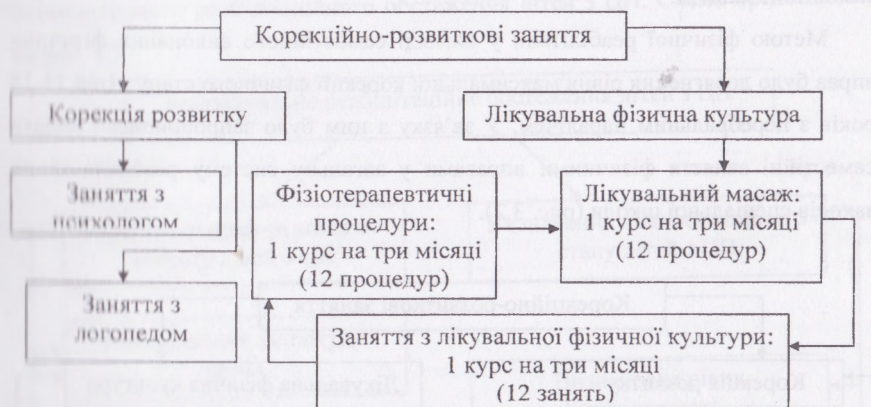


Рис. 3.1. Схема розподілу реабілітаційних заходів у спеціальній школі

Сутність організації полягала в тому, що певний клас приходив у медичний корпус і ділився на три групи. Одна група займалася лікувальною фізичною культурою, друга проходила сеанс масажу, третя приймала фізіотерапевтичні процедури. Склад груп був постійним. Упродовж місяця кожна група проходила тільки певний вид фізичної реабілітації. Через місяць групи мінялися між собою.

Отже, заняття безпосередньо фізичними вправами (у цьому випадку лікувальною фізичною культурою) під керівництвом інструктора ЛФК діти відвідували раз на три місяці (12 занять). Урок тривав 45 хвилин, складався

традиційно з підготовчої частини (розминки), основної (вправи на різні групи м'язів) та заключної (вправи на заспокоєння і розслаблення) частин. Зазвичай з дітьми працювали груповим методом. Таким чином, перерва в організованих заняттях фізичними вправами складала два місяці. Спостереження показали, що такі заняття мають невелику ефективність, оскільки між курсами ЛФК існує велика перерва, тоді як між заняттями фізичними вправами вона не має бути більшою, ніж 48 годин. Виникає необхідність пошуку нових форм організації систематичних занять фізичними вправами, однією із яких можуть бути самостійні заняття.

Метою фізичної реабілітації у вигляді самостійного виконання фізичних вправ було досягнення рівня максимальної корекції фізичного стану дітей 13-15 років з церебральним паралічем. У зв'язку з цим було запропоновано додати самостійні заняття фізичними вправами у загальну систему реабілітаційних заходів спеціальної школи (рис. 3.2).

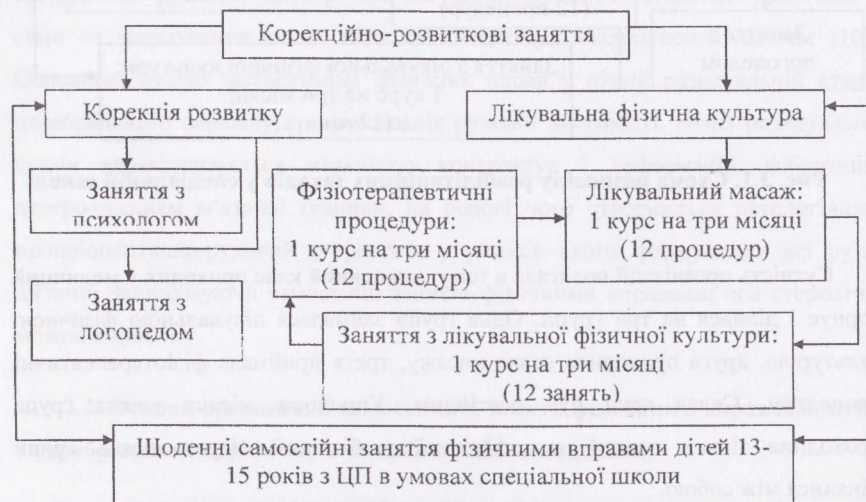


Рис. 3.2. Місце самостійних занять фізичними вправами дітей 13-15 років з ЦП в системі реабілітаційних заходів у спеціальній школі

В основній групі, як уже зазначалося, організували процес фізичної реабілітації, додавши щоденні самостійні заняття фізичними вправами до тих занять, які проводяться в школі. Самостійно займатися рекомендували до позачасних занять, а також у позаурочний час. Упровадження програми самостійних занять у фізичну реабілітацію дітей з церебральним паралічем дозволило досягти оптимального обсягу рухової активності дітей.

Програму фізичних вправ для самостійного виконання розробляли з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини на основі індивідуального реабілітаційного обстеження дітей з ЦП. Схема представлена на рис. 3.3.

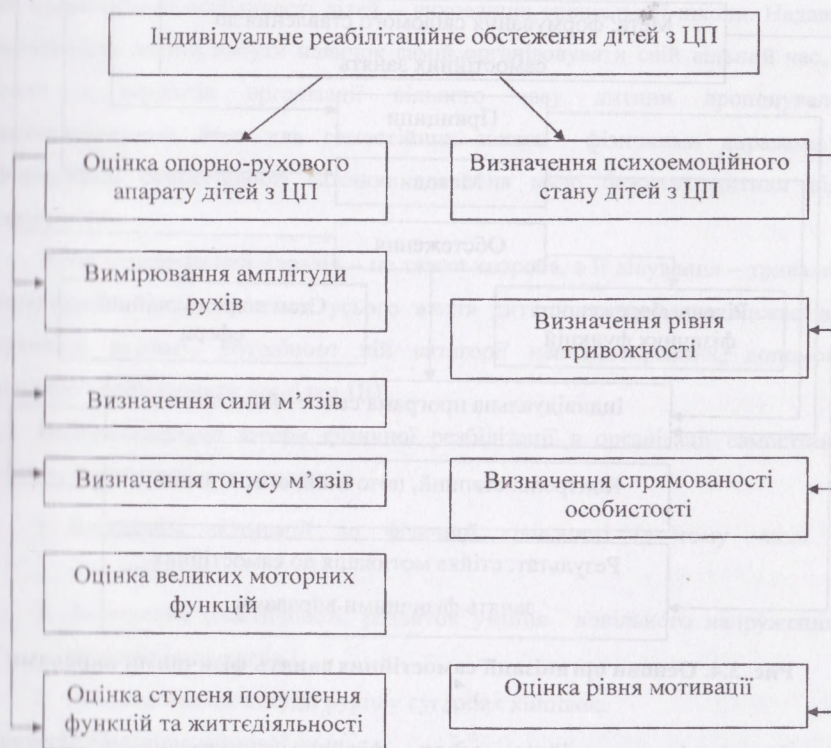


Рис. 3.3. Схема індивідуального реабілітаційного обстеження дітей з ЦП

Комплекси вправ для кожної дитини були розроблені з урахуванням особливостей фізичного та психоемоційного стану, форми і ступеня важкості церебрального паралічу дітей. Індивідуальними комплексами самостійних занять доповнювали фізичну реабілітацію, яку діти отримували протягом навчального року у спеціальній школі.

Основи організації самостійних занять фізичними вправами подано на рис. 3.4.

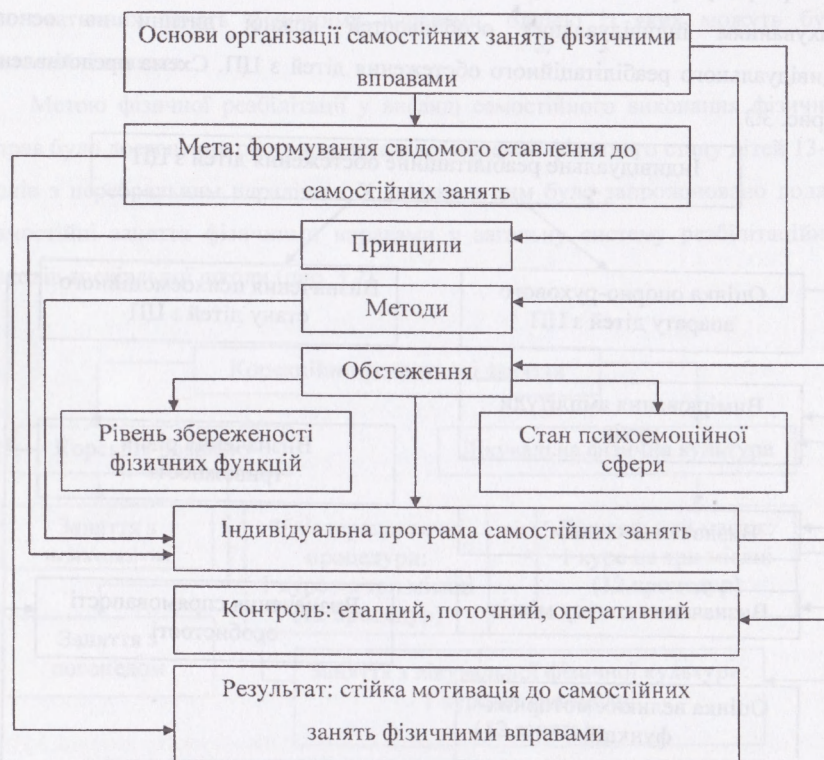


Рис. 3.4. Основи організації самостійних занять фізичними вправами

Організація самостійних занять фізичними вправами у фізичній реабілітації дітей з ЦП в умовах спеціальної школи сприяла вихованню звички до систематичних занять фізичними вправами, покращувала фізичні функції

дітей, не потребувала фінансових затрат та спеціального обладнання. Щоденне обов'язкове виконання фізичних вправ викликало утворення у дітей стійкого рухового вміння, що сприяло подоланню патологічного рухового стереотипу, створило передумови для соціальної інтеграції дітей 13-15 років з церебральним паралічем.

Організуючи самостійні заняття фізичними вправами, дотримувалися рекомендованих умов [37, 42, 50, 76]: вправи були нескладними за інтенсивністю і не потребували страхування; дітей спочатку ознайомлювали з вправами, і тільки після цього вони починали їх виконувати.

У процесі організації самостійних занять урахували вікові, психологічні та індивідуальні особливості дітей – вихованців спеціальної школи. Надавали можливість дитині набути навичок самій організувати свій вільний час. Як один з варіантів організації вільного часу дитини пропонувалося використовувати його для самостійних занять фізичними вправами. У формуванні самостійності важливе значення мало бажання дитини діяти самостійно.

Хоча церебральний параліч – це тяжка хвороба, а її лікування – тривала та напружена праця протягом усього життя дитини, дотримання адекватного рухового режиму, потрібного цій категорії неповносправних, допомогло успішно переборювати наслідки ЦП.

Використовуючи засоби фізичної реабілітації в організації самостійних занять, вирішували такі завдання:

1. Виховання мотивації до фізичної діяльності (у тому числі до самостійної).
2. Зменшення спастичності, розвиток уміння довільного напруження і розслаблення м'язів.
3. Покращення амплітуди рухів у суглобах кінцівок.
4. Збільшення м'язової сили.
5. Покращення психоемоційного стану.

Для вирішення поставлених завдань фізичну реабілітацію дітей з церебральним паралічем, які входили в основну групу, здійснювали за експериментальною програмою, що ґрунтувалася на самостійних заняттях фізичними вправами.

У процесі організації самостійних занять фізичними вправами в умовах спеціальної школи дотримувалися таких загальнопедагогічних принципів:

1. Принцип свідомості та активності.

Реалізація цього принципу в програмі самостійних занять передбачала формування у дітей з ЦП усвідомленого ставлення та стійкого інтересу до мети і завдань самостійних занять фізичними вправами шляхом зіставлення самооцінки діяльності дитини з оцінкою реабілітолога, стимулювання свідомого аналізу та самоконтролю під час виконання фізичних вправ, виховання ініціативи та самостійності. Самоконтроль здійснювали за допомогою щоденника-графіка, у якому діти відмічали виконання вправ.

2. Принцип регулярності, систематичності і безперервності застосування фізичних вправ.

Для успішної побудови процесу фізичної реабілітації, у тому числі і дітей з ЦП, необхідні постійні заняття певними фізичними вправами. Перерви у процесі фізичної реабілітації неприпустимі, оскільки приводять до втрати позитивного ефекту від занять. Цей принцип реалізовували за допомогою організації щоденних самостійних занять фізичними вправами в умовах спеціальної школи, а також повторення деяких вправ з індивідуальної програми декілька разів на день.

3. Принцип індивідуалізації та доступності вправ відповідно до стадії захворювання, його тяжкості, віку та психічного розвитку дитини.

Доступність фізичних вправ залежить від можливостей досліджуваних та об'єктивних труднощів, які виникають у процесі виконання тієї чи іншої вправи. Шляхом визначення відповідності між можливостями і труднощами реалізовували цей принцип. Принцип індивідуалізації реалізовували шляхом диференційованого підходу у підборі вправ для дітей з ЦП, а саме: враховували

форму ЦП, стан опорно-рухового апарату, рівень розвитку великих моторних функцій, сформованість мотивації дітей.

4. Принцип поступового, суворо дозованого збільшення фізичного навантаження.

У процесі застосування програми самостійних занять фізичними вправами необхідно поступово змінювати рівень та характер вимог до виконання вправ. Адекватне збільшення фізичного навантаження зумовлює поступове повернення фізичних функцій. Навантаження підвищували шляхом збільшення кількості повторень вправ у занятті та зміни складності вправ.

5. Принцип наочності.

Цей принцип реалізували за допомогою ознайомлення дітей із вправами, які їм пропонували для самостійного виконання, у вигляді безпосередньої наочності – показу та опосередкованої – графічних зображень.

Перераховані вище загальнопедагогічні принципи реалізували враховуючи та уточнювали, враховуючи індивідуальні особливості дітей (ступінь важкості захворювання, стать, вік і т. ін.).

Фізична реабілітація із застосуванням самостійних занять фізичними вправами дітей з ЦП в умовах спеціальної школи може бути ефективною за умови систематичного контролю за виконанням індивідуальної програми. Контроль здійснював реабілітолог; також право контролю за виконанням вправ за бажання дітей мали інструктори ЛФК та вихователі впродовж навчального дня. Використовували такі види контролю [42]:

1. Етапний контроль, який складався з попереднього контролю (результатів констатуючого експерименту) та підсумкового контролю (результатів формуючого експерименту). Завданням етапного контролю було виміщення розвитку рухових функцій, стану опорно-рухового апарату та психоемоційної сфери дітей з ЦП, які брали участь у дослідженні, для складання індивідуальної програми самостійних занять фізичними вправами, а також для оцінки ефективності застосованих засобів фізичної реабілітації.

2. Поточний контроль проводили у вигляді візуального педагогічного спостереження за навчально-виховним процесом та фіксування змін рухових функцій в середньому один раз на місяць або індивідуально. Завданням поточного контролю було зібрати інформацію, яка необхідна для внесення змін у програму самостійних занять кожної дитини.

3. Оперативний контроль здійснювали в момент навчання нових вправ, коли змінювали програму самостійних занять, а також за допомогою навичок самоконтролю дітей. Завданнями оперативного контролю були оцінка техніки виконання вправи, наявності помилок у виконанні та їх виправлення у процесі засвоєння вправ.

Оцінюючи фізичну діяльність дітей, правильність виконання вправ, стабільність досягнутих результатів, відзначали будь-які позитивні зміни. Оцінку давали у вигляді словесного судження: “Дуже добре!”, “Молодець!”, “Можеш краще!”, “Вже набагато краще, ніж минулого разу!” і т. ін. Якщо дитина займалася наполегливо, докладала максимум зусиль для виконання поставленого завдання, оцінку “4” або “5” інструктор лікувальної фізичної культури заносив до журналу з дисципліни ЛФК. Адекватна та справедлива оцінка самостійної фізичної діяльності дітей формувала інтерес до самостійних занять фізичними вправами, впевненість у своїх силах, підвищувала рівень мотивації, покращувала емоційний стан дітей, які брали участь у дослідженні.

4. Самоконтроль складався із заповнення щоденників та суб’єктивних відчуттів, про які діти розповідали у процесі бесід. Також діти могли контролювати деякі зміни фізичних функцій самостійно за допомогою зовнішніх орієнтирів (гімнастичної стінки, стільця, сходів та ін.). Наприклад, дитина могла виконувати вправи на розтягування, поклавши ногу на 3-тю рейку гімнастичної стінки, згодом уже на 4-ту і т. д.

Використання програми самостійних занять фізичними вправами у фізичній реабілітації дітей з ЦП в умовах спеціальної школи сприяло зниженню тону м’язів, покращенню функцій опорно-рухового апарату дітей,

збільшенню мотивації до занять фізичними вправами, вихованню свідомого ставлення до рухових дій.

3.3. Експериментальна програма самостійних занять фізичними вправами для дітей з церебральним паралічем в умовах спеціальної школи

Основну увагу під час організації занять фізичними вправами приділяли тренуванню активних довільних рухів, розвитку сили верхніх і нижніх кінцівок, збільшенню обсягу активних рухів та гнучкості у суглобах. Вправи на розслаблення використовували головним чином для зниження м'язового тонусу та для зменшення тугорухливості. Також використовували загальнорозвивальні, дихальні вправи та вправи на формування правильної постави.

Діти основної групи, на відміну від групи порівняння, займалися самостійно протягом усього навчального року, тобто їхня щоденна рухова активність була розширена за рахунок самостійних занять.

Для оволодіння складними діями, такими як дії руками, сидіння, стояння, ходьба, навички самообслуговування, необхідно навчати дітей з церебральним паралічем елементарних рухів у суглобах, що є основою складних рухів. Тому під час навчання активних вправ акцентували увагу дітей на правильному виконанні вправи; розділенні рухів під час виконання вправи; умінні об'єднати кілька рухів; умінні розслабити одні групи м'язів і напружити інші.

Від нормалізації рухів залежить подальша доля хворого, оволодіння професією та улаштування його в житті.

Формування правильної ходи – ще одна невід'ємна частина лікування й реабілітації хворих ЦП (особливо у пізній резидуальній стадії). Діти із ЦП особливо вдаються до різних прийомів для того, щоб компенсувати порушення, викликані внаслідок спастичності або дистонії, що призводить до формування стійкого патологічного типу ходи (наприклад, хода з надлишковим згинанням ніг у колінних та кульшових суглобах – хода із припаданням).

патологічна хода стає базою для розвитку м'язових контрактур унаслідок постійного вкорочення м'язів, а також тугорухливості суглобів і деформації кісток. Без ефективного втручання у міру зростання дитини ортопедичні порушення прогресують. Без належного лікування формуються фіксовані контрактури, що призводять до раннього погіршення функціонування опорно-рухового апарату, переломів кісток і суглобів. Вчасно розпочате лікування, спрямоване на досягнення розслаблення й розтягання спастичних м'язів, істотно знижує ризик таких ускладнень. У більшості дітей, які брали участь у дослідженні, процес регулярного лікування й реабілітації почався у школі-інтернаті, тобто найбільш сприятливий період для відновлення фізичних функцій був утрачений.

Під час організації самостійних занять фізичними вправами дотримувалися основних принципів дидактики та фізичної реабілітації, враховували особливості стану опорно-рухового апарату та психоемоційної сфери дітей з церебральним паралічем.

Самостійні заняття фізичними вправами дітей 13-15 років використовували в режимі дня:

- під час ранкової гігієнічної гімнастики (вправи спрямовані на розтягування м'язів та збільшення гнучкості у суглобах);
- на уроках фізичної культури (у заключній частині – основний комплекс вправ та вправи для розслаблення м'язів);
- на уроках лікувальної фізичної культури;
- у позаурочний час, який відведений для занять за інтересами учнів.

У програмі самостійних занять фізичними вправами можна умовно виділити три етапи:

- етап адаптації, коли дитина адаптувалася до того, що в режимі дня з'явилися самостійні заняття та нові вправи;
- етап поглибленого вивчення вправ полягав у формуванні нових фізичних умінь та навичок правильного виконання вправ;

• етап удосконалення передбачав перехід до складніших за координацією вправ.

Перший етап починався у всіх дітей одночасно, строки переходу на другий і третій етап для кожної дитини були індивідуальними залежно від того, наскільки швидко дитина засвоювала вправи та з'являвся позитивний результат.

Експериментальна програма самостійних занять передбачала такі види фізичних вправ: загальнорозвивальні вправи, які застосовували для загального оздоровлення та укріплення організму, і спеціальні вправи (вправи на розтягування спазмованих м'язів; вправи на відновлення сили ослаблених м'язів; вправи на розслаблення м'язів; вправи для корекції постави; дихальні вправи; вправи для покращення координації рухів і рівноваги; ходьба), які безпосередньо впливали на покращення функціонування опорно-рухового апарату. Акценти програми могли зміщуватись у бік тих чи інших вправ залежно від результатів поточних обстежень.

Програма складалася з кількох розділів.

Загальнорозвивальні вправи.

Із загальнорозвивальних вправ для самостійного виконання пропонували такі:

Вправи для м'язів пояса верхніх кінцівок

З вихідного положення стоячи:

Вправа 1. В.п. – стоячи з нахилом тулуба вперед, руки розслаблені. Махові рухи рук уперед-назад, управо-вліво. Прийняти вихідне положення.

Вправа 2. В.п. – стоячи з нахилом тулуба вперед. Колові рухи руками.

Вправа 3. В.п. – стоячи, основна стійка. Відвести руки в сторони – вдих, руки вперед-вниз, нахиливши тулуб, прагнучи дотягнутися кінчиками пальців до підлоги, – видих.

Вправа 4. В.п. – п'яти разом, носки нарізно, руки опущені вздовж тулуба (основна стійка). Руки через сторони вгору, повернення у вихідне положення.

Вправа 5. В.п. – руки до плечей, кисті стиснуті в кулак. Почергове розгинання рук угору.

Вправа 6. В.п. – права рука піднята вгору, ліва опущена. Зміна положення рук.

Вправа 7. В.п. – руки зігнуті в ліктях, кисті біля плечей. Колові рухи зігнутими руками вперед, потім назад.

Вправа 8. В.п. – руки випрямлені вперед, перехресні рухи рук і відведення їх у сторони.

Вправа 9. В.п. – ноги нарізно на ширині плечей або ширше за плечі. Руки зігнуті в ліктях перед грудьми, пальці торкаються кінчиками, долоні випрямлені. Відведення ліктів ривками назад, прагнучи торкнутися лопатками одна одної.

Вправа 10. В.п. – руки опущені вздовж тулуба. Колові рухи руками.

З вихідного положення сидячи:

Вправа 1. В.п. – руки опущені вздовж тулуба, ноги випрямлені і розставлені нарізно. Руки через сторони вгору, повернення у вихідне положення.

Вправа 2. В.п. – те саме. Руки через сторони вгору хлопок рук над головою, повернення у вихідне положення.

Вправа 3. В.п. – кисті рук за головою. Випрямлення рук в сторони, вгору, прогнутися в грудях, повернутися у вихідне положення.

Вправа 4. В.п. – руки на поясі. Відвести лікті назад, прогнутися, повернутися у вихідне положення.

З вихідного положення лежачи:

Вправа 1. В.п. – лежачи на животі, кисті рук біля плечей, лікті притиснуті до тулуба. Підводячи голову і плечі, виконувати руками рухи, що імітують плавання брасом.

Вправа 2. В.п. – руки перед грудьми, долоні впираються в підлогу.

Розведення рук у ліктях, підведення голови і плечей, повернення у вихідне положення.

Вправа 3. В.п. – лежачи на спині, руки випрямлені вперед перед грудьми. Підведення рук у сторони і схрещування їх перед грудьми.

Вправа 4. В.п. – права рука вгору, ліва вздовж тулуба вниз. Зміна положення рук.

Ігальнорозвивальні вправи для м'язів тулуба

З вихідного положення стоячи:

Вправа 1. В.п. – руки на поясі. Нахили тулуба вперед і повернення у вихідне положення.

Вправа 2. В.п. – те саме. Вправа виконується з відхиленням тулуба назад.

Вправа 3. В.п. – те саме. Бічні нахили тулуба з ковзанням долонями рук уздовж тулуба.

Вправа 4. В.п. – руки на поясі. Поворот тулуба вправо повністю з підведенням у бік правої руки, повернення у вихідне положення. Те саме вліво.

З вихідного положення сидячи:

Вправа 1. В.п. – сидячи на гімнастичній лаві, коліна зігнуті, стопи на підлозі, руки на поясі. Повороти тулуба в сторони.

Вправа 2. В.п. – те саме. Вправа виконується з відведенням випрямленої руки.

Вправа 3. В.п. – сидячи на гімнастичній лаві, ноги прямі, розведені в сторони, руки на поясі. Повільні нахили вперед, повернення у вихідне положення.

Вправа 4. В.п. – сидячи на гімнастичній лаві, ноги зігнуті в колінах, руки на поясі. Бічні нахили тулуба.

З вихідного положення лежачи:

Вправа 1. В.п. – лежачи на спині, руки прямі вгору. Одночасно з махом рук

перейти в положення сидячи, руки вперед до торкання кінчиками пальців гомілок і тильної поверхні стоп.

Вправа 2. В.п. – руки зігнуті в ліктях, опора на лікті, ноги зігнуті в колінах, опора на стопи. Підведення таза – вправа “місток”.

Вправа 3. В.п. – лежачи на животі, долоні в упорі перед грудьми на рівні плечей. Розгинаючи руки і згинаючи ноги в колінах, перехід у положення “на чотирьох”; продовжуючи рух у тому ж напрямі, тягнутися тазом до п’ят. Повернення у вихідне положення.

Вправа 4. В.п. – лежачи на животі, руки перед грудьми в упорі. Перейти в положення “на чотирьох” з відведенням назад прямої правої ноги. Повернення у вихідне положення. Те саме, але з відведенням лівої ноги.

Вправа 5. В.п. – лежачи на боці, щока на долоні однойменної руки, опорна нога зігнута в коліні, вільна - випрямлена, рука уздовж тулуба. Підведення прямих руки і ноги вбік угору, повернення у вихідне положення. Те саме на іншому боці.

Загальнорозвивальні вправи для м’язів нижніх кінцівок

З вихідного положення стоячи:

Вправа 1. В.п. – стоячи спиною до гімнастичної стінки. Напівприсівши, хватом знизу охопити рейку гімнастичної стінки на рівні підколінних ямок. Випрямити коліна, не розтискаючи кисті рук, з нахилом тулуба вперед.

Вправа 2. В.п. – стоячи з опорою правою рукою на спинку стільця, гімнастичну стінку і т. п. правим боком до опори. Махові рухи правою ногою з поступовим збільшенням амплітуди. Те саме лівою ногою.

Вправа 3. В.п. – руки на поясі. Напівприсіди з перенесенням випрямлених рук уперед і розведенням колін у сторони, повернення у вихідне положення.

Вправа 4. В.п. – стоячи, руки вперед долонями вниз. Почергове підняття коліна з торканням долонь однойменних рук.

Вправа 5. В.п. – стоячи, руки попереду і в сторони. Махові рухи ніг з торканням долоні різнойменної руки.

З вихідного положення сидячи:

Вправа 1. В.п. – сидячи на високому стільці, стопи не торкаються опори. М'які рухи правою і лівою гомілкою по черзі.

Вправа 2. В.п. – сидячи із зігнутими в колінах ногами. Ходьба на місці з високим підняттям колін.

Вправа 3. В.п. – сидячи із зігнутими колінами, руки випрямлені. Почергове підняття колін з торканням долоні однойменної руки.

Вправа 4. В.п. – сидячи на підлозі, ноги прями. “Ходьба” на сідничних м'язах – пересування вперед за рахунок роботи м'язів сідничної зони і таза.

З вихідного положення лежачи:

Вправа 1. В.п. – лежачи на спині. Почергове згинання і розгинання ніг у колінних, кульшових і гомілковостопних суглобах – “велосипед”.

Вправа 2. В.п. – лежачи на животі. Почергове відведення прямих ніг назад.

Вправа 3. В.п. – лежачи на животі, руки в упорі перед грудьми долонями вниз. Відвести назад прями ноги, розвести їх в сторони, з'єднати, повернутися у вихідне положення.

Дозування загальнорозвивальних вправ становило від 4 до 15 разів або індивідуально, залежно від того, як змінювалася програма.

Результати констатуючого експерименту свідчили про те, що у всіх досліджуваних дітей спостерігалася спастичність м'язів, що є характерним явищем при ЦП спастичних форм. Тому одним з основних завдань програми було сприяння зниженню тонузу спазмованих м'язів. Оскільки в основну групу входили діти з геміпаретичною формою і спастичною диплегією, спостерігалася підвищення тонузу двоголового м'яза плеча, згиначів кисті і пальців, привідних м'язів стегна, двоголового м'яза стегна та триголового м'яза гомілки. Вправи на розтягування були спрямовані на подолання підвищеного тонузу м'язів, збільшення їх довжини та покращення гнучкості суглобів. А

оскільки експериментальна програма була розрахована на їх самостійне виконання, то вправи на розтягування були запропоновані у вигляді самовитягання або саморозтягування. Ці вправи належали до спеціальних для дітей із ЦП.

Вправи саморозтягування рекомендувалося виконувати 2-3 рази на день від 4-8 до 10-15 повторень кожної. Увагу дітей звертали на те, що під час виконання у кінці амплітуди мають відчуватися натяг – тоді вправа дасть позитивний ефект. Вправи підбирали таким чином, щоб дитина могла їх виконувати у різних умовах (спортивний зал, зал ЛФК, домашні умови, місце відпочинку у школі, на спортивному майданчику тощо), тому в деяких вправах запропоновано кілька варіантів вихідних положень.

Для покращення довільних рухів у плечовому суглобі застосовували вправи на розтягування у плечовому суглобі.

Вправа 1. В.п. – лежачи на спині або сидячи на стільці. Дитина складає руки разом, зчеплюючи пальці таким чином, щоб великий палець ураженої руки перебував зверху. Потім піднімає руки вгору й намагається опустити їх до узголів'я ліжка або підняти якнайвище.

В.п. – лежачи на спині або сидячи на стільці, руки розташовані вздовж тулуба. Дитина піднімає руки вгору якнайвище, повертається у вихідне положення.

Вправа 2. В. п. – стоячи, руки вздовж тулуба. Витягнути руки вперед, зробити хлопок перед собою, опустити вниз. Слідкувати за тим, щоби хлопок виконували обидві руки рівномірно.

Вправа 3. В.п. – сидячи на стільці, ліжку або стоячи. Дитина заводить здорову руку за спину, охоплює уражену дистальніше ліктьового суглоба і відводить у положення розгинання.

Вправа 4. В.п. – сидячи на стільці. Дитина складає руки разом, зчеплюючи пальці. Тримавши лікті поверненими назовні, піднімає руки вгору й кладе їх на голову, потім ковзним рухом переміщує їх до потилиці й до шиї.

Для покращення функції ліктьового суглоба використовували такі вправи:

Вправа 5. В.п. – сидячи на стільці або лежачи. Дитина захоплює зап'ясток ураженої руки кистю іншої руки й розгинає руку донизу, у напрямку до коліна.

Вправа 6. В.п. – сидячи на стільці або лежачи. Дитина складає кисті рук разом, зчеплюючи пальці таким чином, щоб великий палець ураженої кисті перебував зверху, і повертає цю кисть долонею нагору.

В.п. – сидячи за столом, передпліччя знаходиться на столі. Сильнішою кистю штовхає ослаблену кисть із боку великого пальця долілиць, до стола, пересуваючи кисть у положення долонею нагору.

Для розтягування у променево-зап'ястковому суглобі використовували:

Вправа 7. В.п. – сидячи на стільці, лежачи. Дитина кладе пальці однієї руки на долоню враженої руки в місці, де пальці з'єднуються з кистю руки, і тягне зап'ястя, одночасно намагаючись розігнути його (рис. 4.4.).

Для отримання позитивного ефекту тягнути до появи натягу. У кінці амплітуди притримувати кілька секунд.

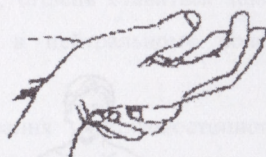


Рис. 4.4. Розгинання у променево-зап'ястковому суглобі

Інший варіант виконання цієї вправи виглядає так: В.п. – сидячи на стільці, дитина складає кисті рук разом так, що кінці пальців спрямовані до підборіддя. Руки опускаються донизу доти, поки не починає відчуватися розтяг (рис. 4.5.).

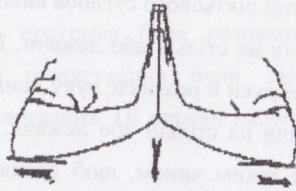


Рис. 4.5. Розгинання у променево-зап'ястковому суглобі

Ефекту розтягнення у кульшовому суглобі домагалися, використовуючи такі вправи:

Вправа 8. В.п. – лежачи на ліжку або підлозі на животі. Дитина вище від коліна підкладає валок або велику книжку, намагається прогнути спину, не відриваючи таз від опори.

Вправа 9. В.п. – сидячи на ліжку або підлозі, коліна зігнуті, підшви стоп притиснуті одна до одної. Дитина кладе кисті обох рук на стопи й тягне їх назад, до пахової зони, поки не починає відчувати розтяг на внутрішній стороні стегна (рис. 4.6.).



Рис. 4.6. Зовнішня ротація стегна

Для покращення функції розгинання у колінному суглобі та розтягнення м'язів задньої поверхні стегна пропонували таку вправу:

Вправа 10. В.п. – сидячи на ліжку або підлозі, одна нога (уражена) витягнута вперед, інша зігнута й повернена назовні таким чином, щоб її стопа була біля внутрішньої сторони стегна витягнутої ноги.

Дитина повністю випрямляє витягнуту ногу, потім нахилиється вперед, пересуваючи ковзними рухами кисті рук до гомілковостопного суглоба й нижче (рис. 4.7.). Другий варіант виконання: В.п. – сидячи на підлозі, спираючись спиною до стіни, ноги витягнуті вперед. Нахилиється вперед і притискає коліна до підлоги.



Рис.4.7. Розгинання у колінному суглобі

Третій варіант виконання: В.п. – сидячи на стільці, перед собою ставить стілець, на який кладе п'яту; стілець ставиться таким чином, щоб спинка стільця підтримувала стопу в нейтральному положенні (найскладніший варіант).

Покращення функціонування гомілковостопного суглоба, а також розгинання триголового м'яза гомілки досягали за рахунок виконання такої вправи:

Вправа 11. В.п. – дитина стоїть обличчям до стіни на відстані 60-90 см. Робить крок уперед здоровою ногою, уражена нога позаду. Підсуває ногу, що спереду, до стіни до тих пір, поки не відчує розтяг ураженої кінцівки (рис. 4.8.). Другий варіант виконання цієї вправи: В.п. – сидячи на стільці, ноги стоять на підлозі, під склепіння стопи заводять мотузку або рушник; руками дитина тримає кінці рушника або мотузки і тягне на себе доти, поки не відчує розгинання.

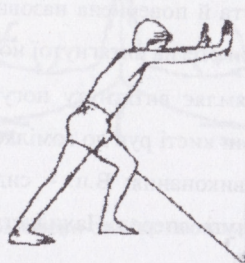


Рис.4.8. Розгинання у гомілковостопному суглобі

Вправи для збільшення рухливості хребта

Вправа 1. В.п. – стоячи “на чотирьох” з опорою на кисті і коліна. Ходьба “на чотирьох” по килиму, гімнастичній лаві. У цьому положенні збільшується рухливість переважно нижньогрудного і поперекового відділів хребта.

Вправа 2. В.п. – стоячи “на чотирьох” з опорою на передпліччя і коліна. Повзання напівглибоке по килиму, гімнастичній лаві. Сприяє збільшенню рухливості середньо – і нижньогрудного відділів хребта.

Вправа 3. В.п. – стоячи на колінах, тулуб нахилений уперед, прямі руки витягнуті вперед, опора на кисті витягнутих рук. Під час глибокого повзання в цьому положенні збільшується рухливість хребта в шийному і верхньогрудному відділах.

Вправа 4. В. п. – стоячи на 2-й рейці гімнастичної стінки, хват кистями рук перед грудьми. Опустити таз униз, згинаючи коліна.

Вправа 5. В. п. - стоячи на 4-5-й рейці. Опустити пряму праву ногу вниз, згинаючи ліву і притискаючись до гімнастичної стінки. Тягнутися вниз. Те саме лівою ногою.

Вправа 6. В. п. – вис на гімнастичній стінці. Утримуватися від 30 с до 2 хвилин.

Вправа 7. В. п. – змішаний вис на гімнастичній стінці: опора на 1- 2-й рейці, хват руками над головою, лицем до стінки. Пересування по гімнастичній

спітні вправо і вліво.

Вправа 8. В. п. – простий вис на руках. Розводити в сторони і зводити прями ноги.

Вправа 9. В. п. – вис на руках, спиною до стінки. Зігнути і опустити по черзі праву і ліву ногу.

У програму самостійних занять включали також активні вправи для збільшення сили ослаблених м'язів. Ці вправи виконували за рахунок власних м'язових зусиль без сторонньої допомоги, що сприяло відновленню сили ослаблених м'язів. Ступінь тяжкості захворювання дітей, які брали участь у дослідженні, був на межі середнього і легкого, тобто переміщувалися вони помітно, але якість пересування потребувала корекції за рахунок збільшення сили м'язів і розширення спеціальної рухової діяльності.

Вибір вправ для тренування сили був індивідуальним з урахуванням показників тестування за ММТ. Якщо сила м'язів була оцінена від 2,5 до 3,5 балів, використовували активні вправи (з подоланням сили тяжіння); якщо дитина мала оцінку 2, то вихідне положення змінювали, завдяки чому під час виконання вправи не було потреби долати силу тяжіння.

Рекомендоване дозування – 2-3 підходи, кількість повторень – від 4-8 до 10-12 повторень кожної вправи. Вправи давали дітям вибірково, тільки на ті м'язи, які потребували збільшення сили (у дітей, які брали участь у дослідженні, збільшення сили потребували такі м'язи: середній дельтоподібний м'яз плеча, триголовий м'яз плеча, розгиначі кисті і пальців, клубово-поперекровий м'яз стегна, великий і середній сідничний м'язи стегна, триголовий, передній великогомілковий).

Для збільшення сили середнього дельтоподібного м'яза плеча пропонували таку вправу:

Вправа 1. В. п. – лежачи на боці, сидячи або стоячи, руки вздовж тулуба. Дитина виконує відведення руки в сторону. Лікоть намагатися тримати розіпнутим.

Другий варіант виконання цієї вправи: В.п. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба, виконувати відведення ураженої руки в сторону.

Збільшення сили триголового м'яза плеча досягали, виконуючи таку вправу:

Вправа 2. В. п. – лежачи, плече зігнуте на 90°, лікоть зігнутий, здорова рука підтримує уражену в ділянці ліктьового суглоба. Виконувати розгинання у ліктьовому суглобі, намагатися розігнути руку повністю.

Другий варіант виконання: В.п. – сидячи або лежачи, лікоть зігнутий, проксимальніше ліктьового суглоба підкласти валок або книжку. Виконувати розгинання у ліктьовому суглобі, можна допомагати здоровою рукою, але не припиняти докладати зусилля.

Третій варіант виконання: В. п. – лежачи на животі з опорою на зігнуті у ліктях руки (передпліччя). Розгинати спину з одночасним випростанням рук.

Силу розгиначів кисті і пальців збільшували, використовуючи таку вправу:

Вправа 3. В. п. – сидячи за столом, передпліччя на столі проноване. Виконувати розгинання у зап'ястку разом з розгинанням і розведенням пальців.

Другий варіант виконання: В.п.- сидячи за столом, передпліччя на столі, кисть у нейтральному положенні, здорова рука фіксує руку проксимальніше зап'ястя. Розгинати руку у променево-зап'ястковому суглобі з розгинанням пальців.

Збільшення сили потребував клубово-поперековий м'яз стегна. Рекомендували такі вправи:

Вправа 4. В.п. – сидячи на стільці, стопи на підлозі, руки вздовж тулуба. Піднімати стегно ураженої ноги, тягнучись коліном до грудей.

Другий варіант виконання цієї вправи: В.п.- лежачи на боці, уражена кінцівка зверху, коліно зігнуте. Виконувати згинання у кульшовому суглобі.

В. п. – стоячи біля опори, піднімати зігнуті у колінах ноги по чергово, тиснувшись коліном до грудей.

В. п. – стоячи. Ходьба з високим підніманням стегон.

Збільшуючи силу великого та середнього сідничного м'язів стегна використовували такі вправи:

Вправа 5. В.п. – лежачи на животі, руки вздовж тулуба. Виконувати розгинання у кульшовому суглобі, намагатися не згинати коліно.

В.п. – стоячи “на чотирьох”. Почергове піднімання прямої ноги.

В.п.- лежачи на боці, уражена кінцівка зверху. Виконувати розгинання у кульшовому суглобі, намагатися не згинати коліно.

Вправа 6. В.п. – стоячи, руками триматися за опору, ноги разом. Виконувати відведення стегна.

В.п. – лежачи на боці. Виконувати відведення стегна ноги, яка розташована зверху.

В.п. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба, ноги разом. Виконувати відведення у кульшовому суглобі ураженої ноги.

Для збільшення сили чотириголового м'яза стегна використовували вправи:

Вправа 7. В.п. – сидячи на стільці або ліжку, ноги на підлозі, руки на колінах. Виконувати розгинання у колінному суглобі.

В.п. – стоячи, тримаючись за опору (гімнастичну стінку або стілець). Виконувати півприсіди.

Рекомендувалося виконувати саме півприсіди, оскільки під час неповного присідання не встигає включитися в роботу двоголовий м'яз стегна, який був спам'ятований у всіх дітей більшою чи меншою мірою, і тому працює лише посередь чотириголовий м'яз.

В.п. – лежачи на боці, нога, що зверху, зігнута в колінному суглобі. Виконувати розгинання у колінному суглобі.

Сила переднього великогомілкового м'яза збільшувалася під час виконання такої вправи:

Вправа 8. В.п. – сидячи на стільці або ліжку, ноги на підлозі, руки на колінах. Виконувати піднімання стопи від підлоги (розгинання стопи).

В.п. – лежачи на боці, стопа у нейтральному положенні. Виконувати розгинання стопи.

Невід'ємною частиною самостійних занять фізичними вправами були вправи на збільшення сили м'язів спини та черевного преса. Програма самостійних занять передбачала наступні вправи.

Для збільшення сили м'язів спини:

Вправа 9. В.п. – лежачи на животі, підборіддя на тильній поверхні кистей, покладених одна на одну. Підняти голову й плечі, лопатки з'єднати. Утримувати положення 5 секунд.

Вправа 10. В.п. – лежачи на животі. Піднімаючи голову й плечі, повільно перевести руки нагору, у сторони й до плечей (імітуючи плавання брасом).

Вправа 11. В.п. – лежачи на животі. По черзі піднімати прямі ноги, не відриваючи таз від підлоги.

Вправа 12. В.п. – лежачи на животі. Піднімати обидві прямі ноги, намагаючись їх утримати.

Для збільшення сили м'язів черевного преса:

Вправа 13. В. п. – лежачи на спині. По черзі зігнути й розігнути ноги в колінних і кульшових суглобах.

Вправа 14. В. п. – лежачи на спині. Зігнути обидві ноги, розігнути їх, повільно опустити.

Вправа 15. В. п. – лежачи на спині. Ноги фіксовані нижньою рейкою гімнастичної стінки. Повільно прийняти положення сидячи, повернутися у

нижнє положення.

Програма самостійних занять передбачала вправи на покращення координації рухів та рівновагу.

Вправа 1. В. п. – стоячи на підлозі. Перенесення ваги тіла з ноги на ногу.

Вправа 2. В. п. – стоячи на підлозі. Ходьба зі зменшенням площі опори.

Вправа 3. В. п. – стоячи на підлозі. Ходьба приставними кроками в бік зменшеної сторони; стояння на одній нозі, тримаючись за опору.

Вправа 4. В. п. – стоячи на підлозі. Стояння на одній нозі без тримання за опору.

Вправа 5. В. п. – основна стійка, руки в сторони. Рух прямою ногою вперед, убік, назад.

Вправа 6. В. п. – те саме, але руки до плечей, за голову, вгору.

Вправа 7. В. п. – основна стійка, зігнувши праву (ліву) ногу в кульшовому і колінному суглобах, руки в сторони.

Вправа 8. В. п. – те саме, але рух руками вперед, угору і в сторони.

Вправа 9. В. п. – основна стійка, руки на поясі. Підняти носки на себе.

Вправа 10. В. п. – те саме, але руки вперед, у сторони, вгору.

Вправа 11. В. п. – основна стійка, руки в сторони. Підняти носки на себе, повернути голову праворуч.

Вправа 12. В. п. – стоячи на підлозі. Ходьба із зупинками на одній нозі.

Вправа 13. В. п. – те саме з мішечком на голові.

Вправа 14. В. п. – стоячи на підлозі. Ходьба із зупинками на одній нозі і різноманітними рухами руками.

Вправа 15. В. п. – стоячи на підлозі. Підняти носки на себе із закритими очима, різні рухи руками, повороти голови.

Вправа 16. В. п. – стоячи на одній нозі, захопити стопу другої ноги обома руками.

Вправа 17. В. п. – те саме, але узятися за стопу різнойменною рукою.

Вправа 18. В. п. – стоячи на одній нозі, руки в сторони, другу ногу зігнути

в кульшовому і колінному суглобах. Намагатися дістати коліном чола.

Вправа 19. В. п. – стоячи, руки в сторони. Стійка на одній нозі, другу назад, до горизонтального положення, з нахилом тулуба вперед – “ластівка”.

Програма також передбачала вправи з м'ячем малого розміру: перекидання м'яча між обома кистями (10-22 рази); підкинути м'яч і піймати його (8-10 разів); випустити м'яч із рук і піймати його хватом зверху (8-10 разів); кинути м'яч однією рукою через спину й піймати іншою (10-12 рухів кожною рукою); удари м'ячем до підлоги долонною й тильною поверхнею кисті (по 20—30 ударів).

Застосовували також вправи на розслаблення м'язів, тому що для дітей з ЦП є дуже важливим уміти довільно розслаблювати м'язи.

З вихідного положення стоячи:

Вправа 1. В.п. – основна стійка. Підвести й опустити плечі – “здивуватися”.

Вправа 2. В.п. – те саме. Підняти руки вгору. Розслабити кисті, розслабити руки в ліктях – кисті до плечей. Розслабити і розігнути руки вниз уздовж тулуба.

Вправа 3. В. п. – те саме. Під час розслаблення нахилити тулуб уперед, покачати розслабленими руками.

Кількість повторень кожної вправи – 10-15 разів.

З вихідного положення сидячи:

Вправа 1. В. п. – сидячи на стільці, руки опущені вниз уздовж тулуба. Підняти руки вгору, потягнутися, відкинувшись назад. Нахилиючись уперед, розслабити м'язи ший, спина, грудей, вільно опустити розслаблені руки вздовж тулуба.

Вправа 2. В. п. – сидячи на стільці. Підвести обома руками праву ногу, охопивши її під коліном, розслабити, розгойдати праву гомілку. Те саме лівою

ногою.

Вправа 3. В. п. – сидячи на стільці. Руки в сторони, зігнути їх у ліктях, покачати розслабленими предпліччями і кистями. Перевірити повноту розслаблення.

З вихідного положення лежачи:

Вправа 1. В. п. – зігнути руки в ліктях з опорою на лікті, зігнути ноги в колінах з упором на стопи. Спираючись на стопи і лікті, прогнутися, піднятися, повернутися в початкове положення. Розслабити праву руку – передпліччя і кисть вільно падають уздовж тулуба. Те саме з лівою рукою. Розслабити праву ногу – гомілка і стопа ковзають розслаблено вниз. Те саме з лівою ногою.

Вправа 2. В. п. – лежачи на спині, руки уздовж тулуба. Повне довільне розслаблення м'язів тулуба і кінцівок. Всі м'язи розслаблені, теплі, відпочивають. Ноги важкі, теплі, вони відпочивають. Руки теплі, важкі. Живіт розслаблений. Повний, глибокий відпочинок. Руки вгору – потягування, повернення у вихідне положення.

Вправа 3. В.п. – лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Зігнути праву ногу в коліні, покачати вправо-вліво, розслабити ногу. Те саме лівою ногою.

Вправа 4. В. п. – лежачи на спині, руки зігнуті в ліктях. Струсити кисті рук і розслаблено опустити, по черзі праву і ліву руку.

Вправа 5. В. п. – лежачи на спині. Правою рукою підвести за кисть ліву руку, струсити її і опустити – розслаблена ліва рука вільно падає вздовж тулуба. Те саме з іншою рукою.

З вихідного положення лежачи на животі:

Вправа 1. В. п. – лежачи на животі, кисті рук під підборіддям. Зігнути ноги в колінах, по черзі торкаючись п'ятами сідниць, розслабити і опустити по черзі праву і ліву гомілку.

Вправа 2. В. п. – те саме. Повністю розслабити м'язи шії, спини, рук, ніг.

Велику увагу приділяли ходьбі. Діти мали ходити 3-4 рази на тиждень на великі відстані (1-2 км і більше), звичайно, на території школи. Була включена у програму і ходьба по сходах. Діти мали кілька разів на день ходити по сходах, намагаючись не триматися за опору.

Фізичні вправи треба було виконувати щодня, бо навіть кілька днів перерви призводили до значного погіршення досягнутих результатів.

Діти мали пізню резидуальну стадію церебрального паралічу, тому в них спостерігалися порушення постави. У комплекс самостійних занять були включені вправи для корекції відхилень у поставі й закріплення навички правильної постави.

Вправа 1. В. п. – прийняти правильну поставу, стоячи біля звичайної стіни або гімнастичної стінки. При цьому потилиця, лопатки, сідничні м'язи, литкові м'язи і п'яти повинні торкатися стіни.

Вправа 2. В. п. – прийняти правильну поставу. Відійти від стіни на 1-2 кроки, зберігаючи прийняте положення.

Вправа 3. В. п. – прийняти правильну поставу біля стінки. Зробити 2 кроки вперед, присісти, встати. Знову прийняти правильну поставу.

Вправа 4. В. п. – прийняти правильну поставу біля стінки. Зробити 1-2 кроки вперед, розслабити послідовно м'язи шиї, пояса верхніх кінцівок, рук і тулуба. Знову прийняти правильну поставу.

Вправа 5. В. п. – прийняти правильну поставу біля стінки. Підняти руки догори, не відриваючи п'яти від підлоги, і утримуватися у цьому положенні 3-4 с. Повернутися у вихідне положення.

Вправа 6. В. п. – прийняти правильну поставу, але без гімнастичної стінки. Підняти руки догори, не відриваючи п'яти від підлоги, і утримуватися у цьому положенні 3-4 с. Повернутися у вихідне положення.

Вправа 7. В. п. – прийняти правильну поставу. Присісти, розводячи коліна нарізно й зберігаючи положення голови й хребетного стовпа. Повільно встати у

північне положення.

Вправа 8. В. п. – лягти на спину. Голова, тулуб, ноги становлять пряму лінію, руки притиснуті до тулуба. Підняти голову й плечі, перевірити пряме положення тіла, повернутися у вихідне положення.

Вправа 9. В. п. – прийняти правильну поставу. Ходьба із зупинками.

Вправа 10. В. п. – прийняти правильну поставу. Кинути м'яч двома руками від грудей до стіни, піймати м'яч, зберігаючи положення тіла.

Вправа 11. В. п. – прийняти правильну поставу і переступати через перешкоди, зберігаючи положення тіла.

Допоміжним засобом у програмі самостійних занять фізичними вправами були такі дихальні вправи:

Вправа 1. В. п. – стати прямо. Зробити повний вдих. Затримати дихання на декілька секунд. Стиснути губи, ніби для свистка, не роздуваючи щік, і зі значною силою видихнути трохи повітря. На секунду зупинитися, затримуючи видихнуте повітря, і знову видихнути з силою ще небагато повітря. Так повторювати доти, доки повітря не буде видихнутим повністю. Дуже важливо видихати повітря з силою.

Вправа 2. В. п. – стати прямо. Зробити повний вдих і затримати повітря. Протягнути руки вперед, ослабивши, наскільки можливо, їхні м'язи і намагаючись в них тільки таку кількість сили, щоб тримати їх у витягнутому положенні. Повільно відвести руки до плечей, поступово стискаючи м'язи ікладаючи в них силу так, щоб тоді, коли руки будуть зовсім розведені, кулаки були б міцно стиснуті і у м'язах рук відчувалося б тремтіння. Тримавши м'язи напруженими, повільно розтиснути стиснуті кулаки і швидко стиснути їх. Повторити цей рух кілька разів. Сильно видихнути повітря через рот.

Вправа 3. В. п. – стати прямо. Зробити повний вдих. Затримати дихання у грудях якомога довше. З силою видихнути повітря через відкритий рот.

Вправа 4. В. п. – стати прямо, тримати руки вздовж тіла. Видихнути повітря повільно і поступово. Видихаючи, повільно вдарили по грудях кінчиками

пальців у різних місцях. Коли легені переповнюються повітрям, затримати дихання і вдаряти по грудях долонями рук. Зробити повний видих.

Вправа 5. В. п. – стати прямо. Притиснути руки до грудей з обох боків якомога вище під пахвами так, щоб великі пальці були звернені до спини, долоні лежали з боків і решта пальців була звернена до передньої частини грудей, тобто ніби стиснути свої груди руками з боків, але не натискаючи сильно руками. Зробити повний вдих. Затримати повітря на короткий час. Потім повільно починати стискати руками ребра, водночас неспішно видихаючи повітря.

Вправа 6. В. п. – стати прямо. Зробити повний вдих. Затримати повітря. Витягнути обидві руки вперед і тримати обидва кулаки стиснутими на рівні плечей. Потім одним рухом відвести руки назад. Знову привести руки у вихідне положення, потім відвести руки назад. Повторити швидко це кілька разів, весь час тримаючи стиснутими кулаки і напружуючи м'язи рук. Сильно видихнути повітря через відкритий рот.

Вправа 7. В. п. – стати прямо. Дихальна вправа на ходу. Йти з високо піднятою головою і зі злегка витягнутим підборіддям, відвівши плечі назад і звертаючи увагу на те, щоб кроки були однакової довжини. Зробити повний вдих у вісім прийомів без перерви, подумки рахуючи до восьми і роблячи одночасно вісім кроків так, щоб рахунок відповідав крокам. Повільно видихнути повітря через ніздрі, таким же чином рахуючи до восьми і роблячи в цей час вісім кроків. Затримати дихання, продовжуючи йти і рахуючи до восьми. Повторювати цю вправу доти, доки не з'явиться відчуття втоми. Після цього зробити перерву для відпочинку і знову почати вправу.

Вправа 8. В. п. – сісти зручно, спину і голову тримати рівно. Дихання через одну ніздрю. Закрити праву ніздрю великим пальцем і повільно вдихати через ліву ніздрю. Видихати через ту ж ніздрю. Повторювати вправу 10 - 15 разів. Потім закрити ліву ніздрю підмізинним пальцем і мізинцем правої руки виконати 10 - 15 дихальних циклів. Мета вправи - виправити неправильні звички в диханні.

Вправа 9. В. п. – сісти на килим. Діафрагмальне дихання (дихання животом). Виконати плавний видих, скорочуючи м'язи живота і максимально випинаючи живіт. Після цього без затримки виконати максимальний плавний вдих, випинаючи живіт. Виконувати вправу протягом 30 - 40 с. Мета вправи – навчити дитину економічному диханню, яке сприяє якнайповнішій вентиляції легенів (неповне дихання залишає велику частину легенів неактивною, при цьому в них розвиваються бактерії, що провокують легеневі захворювання).

Вправа 10. В. п. – сісти, спина пряма. Спокійно зробити видих, втягнути живіт. Після цього у швидкому темпі зробити 7 дихальних циклів (вдих-видих), активно працюючи м'язами живота: на вдиху живіт випинається вперед, на видиху - втягується. Після 7 циклів вдихів-видихів зробити повний вдих із втягуванням дихання на 5-7 с. Після цього перейти до звичайного дихання.

Вправа 11. В. п. – сісти прямо у зручній позі, але при цьому неодмінно тримати груди, спину і голову на одній, якомога прямішій лінії; плечі повинні бути злегка відведені назад, а руки спокійно лежати на колінах. У такому положенні все тіло підтримується головним чином ребрами, тому воно не є утомливим. Ритмічне дихання. Повільно зробити повний вдих, рахуючи до шести. Затримати дихання, рахуючи до трьох. Видихнути поволі через ніздрі, рахуючи до шести. Рахувати до трьох між дихальними циклами. Повторити вправу кілька разів, але не допускати втоми.

Форсувати тренування дихальними вправами у жодному випадку не можна. Критерій правильно підібраних навантажень – відсутність неприємних відчуттів, поліпшення самопочуття, підвищення фізичної працездатності.

До програми самостійних занять включали одну або дві дихальні вправи. Починали з простіших вправ, наприклад № 3, 6, 8. У міру того, як змінювалася програма самостійних занять, змінювалися в ній і дихальні вправи, але їх кількість не перевищувала двох у програмі.

Організуючи самостійні заняття фізичними вправами за розробленою програмою, для контролю за виконанням індивідуальної програми

використовували щоденники, вигляд та зміст яких суттєво відрізнявся від загальноприйнятого.

Щоденники склалися з двох частин: перша частина містила опис вправ і змінювалася у разі необхідності на розсуд автора роботи (реабілітолога), виходячи зі стану здоров'я дитини, досягнутих результатів; друга частина була розроблена у вигляді графіка, в якому дитина відмічала виконання вправи. Кожен графік відображав кількість занять протягом чотирьох тижнів (додаток Д).

Метою ведення щоденників було формування позитивної мотивації та інтересу до виконання фізичних вправ, виховання самостійності. Ведення щоденників діти починали після того, як були проведені тестування рухових функцій та стану опорно-рухового апарату на початку навчального року.

Вправи, які входили в програму, їх дозування та співвідношення вправ різного напрямку змінювали на розсуд реабілітолога залежно від результатів поточних досліджень, які проводилися раз на місяць або індивідуально. До відома дітей доводили зміни у їхньому фізичному стані, виявлені за результатами поточних досліджень.

Якщо дитина, наприклад, хворіла і не займалася деякий час, програму лишали без змін або поверталися до попереднього варіанту програми, знову ж таки за результатами обстеження.

Контролювали виконання програми самі діти методом самоконтролю (ведення щоденників) та реабілітолог. Вихователі та інструктори ЛФК заохочували дітей до самостійних занять.

Аналізуючи результати констатуючого експерименту стосовно психоемоційного стану досліджуваних дітей, виявили, що в них спостерігається підвищений рівень тривожності та зниження мотивації до самостійного відновлення. Тому одним з основних завдань програми вважали покращення психоемоційного стану дітей шляхом зниження рівня тривожності та підвищення рівня мотивації до занять фізичними вправами.

З дітьми проводили бесіди, темою яких були фізичні вправи та їхній вплив на організм людини. Пояснювали, як треба займатися, скільки часу, щоб побачити зміни у своєму фізичному стані. Розмовляли про плани на подальше життя: де хоче навчатися дитина, працювати. Наголос ставили на тому, що дитина має бути самостійною і починати розвиток самостійності треба у школі.

Також звертали увагу дітей на те, що неможливо досягти позитивних результатів у майбутньому без їхньої активної участі і бажання покращити свій теперішній фізичний стан.

ДОДАТКИ

Додаток А

Картка обстеження

П. І. Б. _____

Дата народження _____ Дата обстеження _____

Діагноз _____

Рівень самостійності _____

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ФІЗИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Таблиця А. 1

Мануальний м'язовий тест

№	М'яз, який тестується	Рух, який виконує даний м'яз	І		ІІ	
			Пр. ст.	Лів. ст.	Пр. ст.	Лів. ст.
1	Середній дельтоподібний	Відведення плеча				
2	Триголовий	Розгинання ліктя				
3	Ліктьові розгиначі	Розгинання кисті				
4	Розгиначі пальців	Розгинання пальців				
5	Клубово-поперековий	Згинання стегна				
6	Великий сідничний	Розгинання стегна				
7	Чотириголовий м'яз стегна	Розгинання коліна				
8	Малогомілкові м'язи	Ротація стопи назовні				
9	Передній великогомілковий м'яз	Розгинання стопи				
10	Середній сідничний м'яз	Відведення стегна				

Таблиця А. 2

Оцінка спастичності м'язів (за шкалою Ашфорта)

№	М'яз, який тестується	I		II	
		Пр. ст.	Лів. ст.	Пр. ст.	Лів. ст.
1	Двоголовий м'яз плеча (згинання ліктя)				
2	Променевий згинач (згинання кисті)				
3	Згиначі пальців (згинання пальців)				
4	Двоголовий м'яз стегна (згинання коліна)				
5	Привідні м'язи стегна (приведення стегна)				
6	Задній великогомілковий м'яз (ротация стопи досередини (інверсія))				
7	Литковий та камболоподібний м'язи (триголовий м'яз гомілки) згинання стопи				

Таблиця А. 3

Тестування активної амплітуди рухів (гоніометрія)

Рух, який тестується	Результат тестування				Норма амплітуди руху
	I		II		
	Пр.	Лів.	Пр.	Лів.	
Плечовий суглоб					
Згинання плеча					180°
Розгинання плеча					60°
Відведення плеча					180°
Внутрішня ротація плеча					80°

Продовж. табл. А. 3

Рух, який тестується	Результат тестування				Норма амплітуди руху
	I		II		
	Пр.	Лів.	Пр.	Лів.	
Зовнішня ротація плеча					90°
Ліктьовий суглоб					
Згинання ліктя					150°
Розгинання ліктя					0°
Пронація					80°
Супінація					80°
Променево-зап'ястковий суглоб					
Згинання					80°
Розгинання					70°
Кульшовий суглоб					
Згинання стегна					120°
Розгинання стегна					30°
Відведення стегна					45°
Приведення стегна					30°
Внутрішня ротація стегна					45°
Зовнішня ротація стегна					45°
Колінний суглоб					
Згинання коліна					135°
Розгинання коліна					0°
Гомілковостопний					
Згинання стопи					50°
Розгинання стопи					20°

Таблиця А. 4

Тестування пасивної амплітуди рухів (гоніометрія)

Рух, який тестується	Результат тестування				Норма амплітуди руху
	I		II		
	Пр.	Лів.	Пр.	Лів.	
Плечовий суглоб					
Згинання плеча					180°
Розгинання плеча					60°
Відведення плеча					180°
Внутрішня ротація плеча					80°
Зовнішня ротація плеча					90°
Ліктьовий суглоб					
Згинання ліктя					150°
Розгинання ліктя					0°
Пронація					80°
Супінація					80°
Променево-зап'ястковий суглоб					
Згинання					80°
Розгинання					70°
Кульшовий суглоб					
Згинання стегна					120°
Розгинання стегна					30°
Відведення стегна					45°
Приведення стегна					30°
Внутрішня ротація стегна					45°
Зовнішня ротація стегна					45°
Колінний суглоб					
Згинання коліна					135°

Продовж. табл. А. 4

Рух, який тестується	Результат тестування				Норма амплітуди руху
	I		II		
	Пр.	Лів.	Пр.	Лів.	
Розгинання коліна					0°
Гомілкоstopний					
Згинання стопи					50°
Розгинання стопи					20°

Таблиця А. 5

Оцінка ступеню порушення функцій (за шкалою Ренкін)

I	II	Прояви порушення життєдіяльності
Бали		
1	1	Немає симптомів.
2	2	Відсутність істотних порушень життєдіяльності, незважаючи на присутність деяких симптомів хвороби; здатний виконувати всі звичайні повсякденні обов'язки.
3	3	Легке порушення життєдіяльності; нездатний виконувати деякі обов'язки, але справляється із власними справами без сторонньої допомоги.
4	4	Помірне порушення життєдіяльності; потреба в деякій допомозі, але ходить без сторонньої допомоги.
5	5	Виражене порушення життєдіяльності; нездатний ходити без сторонньої допомоги, нездатний справлятися зі своїми тілесними (фізичними) потребами без сторонньої допомоги
6	6	Грубе порушення життєдіяльності; прикутий до ліжка, потреба в постійній допомозі медичного персоналу.

Таблиця А. 6

Шкала тривожності Кові

	Ознака	Варіанти відповідей	Бали	
			I	II
1.Скарги	Відчуття нервозності, тремтіння, підвищеної лякливості, несподіваного безпричинного страху; страхи, побоювання, напруга, напруженість; необхідність уникати певні місця й види діяльності через виникнення страху; труднощі зосередження на виконуваному завданні.	Відсутні	0	
		Слабко	1	
		Помірно	2	
		Значно	3	
		Дуже сильно	4	
2.Поведінка	Виглядає переляканим, тремтить, неспокійний, напружений.	Відсутні	0	
		Слабко	1	
		Помірно	2	
		Значно	3	
		Дуже сильно	4	
3.Соматичні симптоми тривоги	Підвищене потовиділення, тремор; посилене або прискорене серцебиття; утруднений вдих; відчуття припливів жару або холоду; неспокійний сон; більше часте відвідування ванної кімнати; кому в горлі.	Відсутні	0	
		Слабко	1	
		Помірно	2	
		Значно	3	
		Дуже сильно	4	

Додаток Б

Прізвище та ім'я дитини: _____

Дата народження: _____

Діагноз: _____

Ступінь ураження: легкий середній важкий

Ключ до оцінки: 0 = не може виконати

1 = пробує виконати

2 = частково виконує

3 = виконує повністю

Таблиця Б. 1

Оцінка великих моторних функцій

ЗАВДАННЯ	ВИХІДНЕ				ПОВТОРНЕ			
	ОБСТЕЖЕННЯ				ОБСТЕЖЕННЯ			
Група I: СИДІННЯ								
1. Сидячи повернутим вправо: утримати позу без допомоги рук 5 сек.	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Сидячи повернутим вліво: утримати позу без допомоги рук 5 сек.	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Сидячи на маті: лягти на живіт з допомогою рук.	0	1	2	3	0	1	2	3
4. Сидячи на маті з ногами вперед: стати на коліна і руки, обертаючись вправо.	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Сидячи на маті з ногами вперед: стати на коліна і руки, обертаючись вліво.	0	1	2	3	0	1	2	3
6. Сидячи на маті: обернутися на 90° без допомоги рук.	0	1	2	3	0	1	2	3
7. Сидячи на лавці: утримуватися 10 сек.								

Продовж. табл. Б. 1

ЗАВДАННЯ	ВИХІДНЕ				ПОВТОРНЕ			
	ОБСТЕЖЕННЯ				ОБСТЕЖЕННЯ			
без опори на руки і ноги.	0	1	2	3	0	1	2	3
8. Стоячи: сісти на малу лавку.	0	1	2	3	0	1	2	3
9. На підлозі: підвестися і сісти на малу лавку.	0	1	2	3	0	1	2	3
10. На підлозі: підвестися і сісти на велику лавку.	0	1	2	3	0	1	2	3
РАЗОМ У ГРУПІ I								
Група II: РАЧКУВАННЯ								
1. На животі: стати на чотири, вага на руках і колінах.	0	1	2	3	0	1	2	3
2. На чотирьох: сягнути П рукою вперед вище рівня плеча.	0	1	2	3	0	1	2	3
3. На чотирьох: сягнути Л рукою вперед вище рівня плеча.	0	1	2	3	0	1	2	3
4. На чотирьох: рачкувати (чи інакше просунутись) вперед на 2 м.	0	1	2	3	0	1	2	3
5. На чотирьох: рачкувати вперед реципрокними рухами на 2 м.	0	1	2	3	0	1	2	3
6. На чотирьох: піднятися на чотири сходинки на руках і колінах.	0	1	2	3	0	1	2	3
7. На чотирьох: опуститися задки на чотири сходинки на руках і колінах.	0	1	2	3	0	1	2	3
8. Сидячи на маті: стати на коліна з допомогою рук, триматись без рук 10 сек.	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Стоячи на колінах: стати на одне коліно з допомогою рук, П нога вперед, без рук 10	0	1	2	3	0	1	2	3

Продовж. табл. Б. 1

ЗАВДАННЯ	ВИХІДНЕ				ПОВТОРНЕ			
	ОБСТЕЖЕННЯ				ОБСТЕЖЕННЯ			
сек.								
10. Стоячи на колінах: стати на одне коліно з допомогою рук, Л нога вперед, без рук 10 сек.	0	1	2	3	0	1	2	3
11. Стоячи на колінах: пройти на колінах 10 кроків вперед без допомоги рук.	0	1	2	3	0	1	2	3
РАЗОМ У ГРУПІ II								
Група III: СТОЯННЯ								
1. Стоячи: утримувати позу 3 сек. без допомоги рук.	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Стоячи: тримаючись за високу лавку одною рукою, підняти П ногу, 3 сек.	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Стоячи: тримаючись за високу лавку одною рукою, підняти Л ногу, 3 сек.	0	1	2	3	0	1	2	3
4. Стоячи: утримувати позу 20 сек. без допомоги рук.	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Стоячи: на П нозі, без допомоги рук, 10 сек.	0	1	2	3	0	1	2	3
6. Стоячи: на Л нозі, без допомоги рук, 10 сек.	0	1	2	3	0	1	2	3
7. Сидячи на малій лавці: встати без допомоги рук.	0	1	2	3	0	1	2	3
8. Стоячи на колінах: стати на П ногу і підвестися без допомоги рук.	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Стоячи на колінах: стати на Л ногу і підвестися без допомоги рук.	0	1	2	3	0	1	2	3

Продовж. табл. Б. 1

ЗАВДАННЯ	ВИХІДНЕ ОБСТЕЖЕННЯ				ПОВТОРНЕ ОБСТЕЖЕННЯ			
	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Стоячи: сісти на підлогу, зберігаючи рівновагу, без допомоги рук.	0	1	2	3	0	1	2	3
11. Стоячи: присісти навпочіпки без допомоги рук.	0	1	2	3	0	1	2	3
12. Стоячи: підняти предмет з підлоги, без опори на руки, випрямитись.	0	1	2	3	0	1	2	3
РАЗОМ У ГРУПІ ІІІ								
Група ІV: ХОДЬБА, БІГ І СТРИБКИ								
1. Стоячи, руки на високому стільці: переступити 5 кроків вправо.	0	1	2	3	0	1	2	3
2. Стоячи, руки на високому стільці: переступити 5 кроків вліво.	0	1	2	3	0	1	2	3
3. Стоячи, реабілітолог підтримує за 2 руки: пройти вперед 10 кроків.	0	1	2	3	0	1	2	3
4. Стоячи, реабілітолог підтримує за 1 руку: пройти вперед 10 кроків.	0	1	2	3	0	1	2	3
5. Стоячи: пройти вперед 10 кроків.	0	1	2	3	0	1	2	3
6. Стоячи: пройти вперед 10 кроків, стати, повернутись на 180°, вернутись.	0	1	2	3	0	1	2	3
7. Стоячи: пройти назад 10 кроків.	0	1	2	3	0	1	2	3
8. Стоячи: пройти вперед 10 кроків, тримаючи великий предмет двома руками.	0	1	2	3	0	1	2	3
9. Стоячи: пройти вперед 10 кроків поміж паралельними прямими (ширина 20 см.)	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Стоячи: пройти вперед 10 кроків ступаючи по прямій шириною 2 см.	0	1	2	3	0	1	2	3

Продовж. табл. Б. 1

ЗАВДАННЯ	ВИХІДНЕ				ПОВТОРНЕ			
	ОБСТЕЖЕННЯ				ОБСТЕЖЕННЯ			
11. Стоячи: переступити перешкоду на висоті колін П ногою.	0	1	2	3	0	1	2	3
12. Стоячи: переступити перешкоду на висоті колін Л ногою.	0	1	2	3	0	1	2	3
13. Стоячи: пробігти 15 кроків, стати і вернутися.	0	1	2	3	0	1	2	3
14. Стоячи: вдарити м'яч П ногою.	0	1	2	3	0	1	2	3
15. Стоячи: вдарити м'яч Л ногою.	0	1	2	3	0	1	2	3
16. Стоячи: підстрибнути на 35 см., ноги разом.	0	1	2	3	0	1	2	3
17. Стоячи: стрибнути на 35 см. вперед, ноги разом.	0	1	2	3	0	1	2	3
18. Стоячи на П нозі: підстрибнути 10 разів всередині кола діаметром 60 см.	0	1	2	3	0	1	2	3
19. Стоячи на Л нозі: підстрибнути 10 разів всередині кола діаметром 60 см.	0	1	2	3	0	1	2	3
20. Стоячи: вийти на 4 сходинки, тримаючись за 1 поруччя (перемінним кроком)	0	1	2	3	0	1	2	3
21. Стоячи: зійти з 4 сходинок, тримаючись за 1 поруччя (перемінним кроком)	0	1	2	3	0	1	2	3
22. Стоячи: вийти на 4 сходинки (перемінним кроком)	0	1	2	3	0	1	2	3
23. Стоячи: зійти з 4 сходинок (перемінним кроком)	0	1	2	3	0	1	2	3

Продовж. табл. Б. 1

ЗАВДАННЯ	ВИХІДНЕ ОБСТЕЖЕННЯ				ПОВТОРНЕ ОБСТЕЖЕННЯ			
	0	1	2	3	0	1	2	3
24. Стоячи на висоті 15 см.: зіскочити, ноги разом.								
РАЗОМ У ГРУПІ ІV								

Групи: _____ Розрахунок середнього балу в %: _____ Цільовий бал: _____

Група I: Сидіння

Група II: Рачкування

Група III: Стояння

Група IV: Ходьба, біг і стрибки

В середньому по групах

Цільовий середній бал

Додаток В

Спрямованість особистості

Прочитай питання й вибери той варіант відповіді, що найкраще виражають твою точку зору або найбільше відповідає правді. Відповідь запиши в графі «найбільше» - «+». Потім вибери найменш кошовну відповідь і постав «+» у графі «найменше». Відповідай на питання.

П. І. Б

Рік народження

Таблиця В. 1

№	Текст опросника «Направленность личности»	«Больше всего»	«Меньше всего»
1	Больше всего в жизни мне нравится, когда: а) оценивают мою работу; б) я знаю, что работа выполнена хорошо; в) я нахожусь среди друзей.		
2	Если бы я играл в футбол, то хотел бы быть: а) тренером; б) известным игроком; в) избранным капитаном команды.		
3	Лучшими учителями являются те, которые: а) уделяют мне много внимания; б) увлечены своим предметом и вызывают интерес к нему;		

Продовж. табл. В. 1

№	Текст опросника «Направленность личности»	«Больше всего»	«Меньше всего»
	в) создают доброжелательную атмосферу в классе.		
4	Самые плохие учителя это те, которые: а) не скрывают, что некоторые ученики им не симпатичны; б) вызывают у всех дух соревнования; в) создают негативное представление о своем предмете.		
5	Я рад, когда мои друзья: а) помогают другим при любой возможности; б) всегда верны и надежны; в) имеют широкие интересы.		
6	Лучшими друзьями считают тех: а) с которыми складываются хорошие отношения; б) которые могут сделать больше, чем другие; в) на которых всегда можно надеяться.		

Продовж. табл. В. 1

№	Текст опросника «Направленность личности»	«Больше всего»	«Меньше всего»
7	<p>Я хотел бы быть таким, как те:</p> <p>а) кто добился жизненного успеха;</p> <p>б) кто может быть увлеченным человеком;</p> <p>в) кто отличается дружелюбием и доброжелательностью.</p>		
8	<p>Если бы я мог выбирать, я хотел бы быть:</p> <p>а) научным работником;</p> <p>б) начальником отдела;</p> <p>в) опытным летчиком.</p>		
9	<p>Я люблю:</p> <p>а) игры с друзьями;</p> <p>б) успевать во всех своих делах;</p> <p>в) когда меня хвалят.</p>		
10	<p>Больше всего мне не нравится, когда я:</p> <p>а) встречаю препятствия в своих занятиях;</p> <p>б) когда ухудшаются дружеские отношения;</p> <p>в) когда меня критикуют.</p>		

Продовж. табл. В. 1

№	Текст опросника «Направленность личности»	«Больше всего»	«Меньше всего»
11	<p>Основная задача школы заключается в:</p> <p>а) подготовке учащихся к работе по специальности;</p> <p>б) развитию индивидуальных способностей и самостоятельности;</p> <p>в) воспитании в учащихся качеств, благодаря которым они могли бы уживаться с людьми.</p>		
12	<p>Мне не нравятся классы, в которых:</p> <p>а) не прислушиваются к мнению других.</p> <p>б) ученик не замечен среди других учеников класса;</p> <p>в) невозможно проявление собственной инициативы.</p>		
13	<p>Если бы у меня было больше свободного времени, я бы использовал (а) его:</p> <p>а) для общения с друзьями;</p> <p>б) для любимых дел и самообразования;</p> <p>в) для беспечного отдыха.</p>		
14	Мне кажется, что я могу сделать		

Продовж табл. В. 1

№	Текст опросника	«Больше всего»	«Меньше всего»
	«Направленность личности»		
	больше, когда: а) работаю с симпатичными людьми; б) у меня работа, которая мне по душе; в) мои усилия достаточно вознаграждаются.		
15	Я люблю, когда: а) другие ценят меня; б) чувствую удовлетворение от выполняемой работы; в) приятно провожу время с друзьями.		
16	Если бы обо мне написали в газете, мне хотелось бы, чтобы: а) отметили мои успехи в делах; б) похвалили бы меня за мою работу; в) сообщили, что меня часто выбирают лидером.		
17	Лучше всего учиться, когда учитель: а) имеет индивидуальный подход ко мне; б) стимулирует меня на более		

Продовж. табл. В. 1

№	Текст опросника	«Больше всего»	«Меньше всего»
	«Направленность личности»		
	интенсивный труд; в) беседует по разбираемым вопросам со всеми.		
18	Нет ничего хуже, чем: а) оскорбление меня; б) неуспех при выполнении важного задания; в) потеря друзей (подруг).		
19	Больше всего я ценю: а) свой личный успех; б) общую, совместную работу; в) достигнутые результаты.		
20	Очень мало людей, которые: а) действительно радуются выполненной работе; б) с удовольствием работают совместно; в) выполняют работу действительно хорошо.		
21	Я не переношу: а) ссоры и споры; б) неприятие всего нового; в) людей, ставящих себя выше других.		
22	Мне хотелось бы: а) чтобы окружающие считали		

Продовж. табл. В. 1

№	Текст опросника	«Больше всего»	«Меньше всего»
	«Направленность личности»		
	меня своим другом; б) помогать другим в общем деле; в) вызывать восхищение других.		
23	Я люблю руководство, которое: а) требовательно; б) пользуется авторитетом; в) доступно.		
24	Желательно, чтобы на работе: а) решения принимались совместно; б) была возможность самостоятельно решать проблемы; в) начальство признавало мои достоинства.		
25	Хотелось бы прочитать книгу: а) об искусстве хорошо уживаться с другими людьми; б) о жизни замечательного, великого человека; в) из серии «сделай сам».		
26	Если бы у меня были развиты музыкальные способности, то мне бы хотелось быть: а) дирижером;		

Продовж. табл. В. 1

№	Текст опросника	«Больше всего»	«Меньше всего»
	«Направленность личности» б) солистом; в) композитором.		
27	Свободное время с наибольшим удовольствием я провожу: а) увлекаясь детективными фильмами; б) в развлечениях с друзьями (подругами); в) занимаясь своим хобби.		
28	При одинаковом успехе для меня было бы предпочтительней: а) подготовить интересный конкурс; б) выиграть в конкурсе; в) организовать конкурс и руководить им.		
29	Для меня важнее всего знать: а) что я хочу сделать; б) как достичь цели; в) как привлечь других к достижению моей цели.		
30	Человек должен вести себя так, чтобы: а) другие были довольны им; б) выполнить прежде всего свою задачу; в) не нужно было укорять его		

Продовж. табл. В. 1

№	Текст опросника «Направленность личности»	«Больше всего»	«Меньше всего»
	за работу.		

Додаток Г

Відновлення рівня мотивації

Прізвище та ім'я дитини: _____

Дата народження: _____

Діагноз: _____

Прочитайте будь ласка твердження і виберіть відповідь, яка відповідає Вашій думці:

Таблиця Г. 1

№	Твердження	Ступінь згоди	Бали
1	Те, що із мною буде в майбутньому, залежить від мене самого, а не від того, що для мене зроблять інші люди	Повністю згодний	4
		Згодний	3
		Не знаю	2
		Не згодний	1
		Абсолютно не згодний	0
2	Реальні зміни залежать від того, що я сам роблю, щоб допомогти собі	Повністю згодний	4
		Згодний	3
		Не знаю	2
		Не згодний	1
		Абсолютно не згодний	0
3	Я впевнений, що, незважаючи на обставини, зроблю все можливе для досягнення найбільше повного відновлення	Повністю згодний	4
		Згодний	3
		Не знаю	2
		Не згодний	1
		Абсолютно не згодний	0
4	Досягнення поліпшення - це тепер питання моєї власної рішучості, а не чиеїсь чужої волі	Повністю згодний	4
		Згодний	3
		Не знаю	2
		Не згодний	1
		Абсолютно не згодний	0
5	Неважливо, скільки допомоги ти одержуєш - в кінцевому рахунку важливі власні зусилля	Повністю згодний	4
		Згодний	3
		Не знаю	2

Продовж. табл. Г. 1

№	Твердження	Ступінь згоди	Бали
		Не згодний	1
		Абсолютно не згодний	0
6	Часто найкраще почекати й подивитися, що відбудеться	Повністю згодний	0
		Згодний	1
		Не знаю	2
		Не згодний	3
		Абсолютно не згодний	4
7	Мої власні зусилля не дуже важливі, в дійсності відновлення залежить від навколишніх	Повністю згодний	0
		Згодний	1
		Не знаю	2
		Не згодний	3
		Абсолютно не згодний	4
8	Мій власний внесок у моє відновлення не повинен бути дуже великим	Повністю згодний	0
		Згодний	1
		Не знаю	2
		Не згодний	3
		Абсолютно не згодний	4
9	Я майже не контролюю або зовсім не контролюю процес поліпшення	Повністю згодний	0
		Згодний	1
		Не знаю	2
		Не згодний	3
		Абсолютно не згодний	4

Додаток Д

ДНЕВНИК

Ф.И. _____
Класс _____

<p>Упражнение 1.</p> 	<p>Упражнение 2.</p> 	<p>Упражнение 3.</p> 	<p>Упражнение 4.</p> 
<p>Упражнение 5.</p> 	<p>Упражнение 6.</p> 	<p>Упражнение 7.</p> 	<p>Упражнение 8.</p> 
<p>Упражнение 9.</p> 	<p>Упражнение 10.</p> 	<p>Упражнение 11.</p> 	<p>Упражнение 12.</p> 

ДНЕВНИК

Ф.И. _____

Класс _____

№ Упражнения	Дата
1(10-15 раз)	
2(10-15 раз)	
3(10-15 раз)	
4(10-15 раз)	
5(10-15 раз)	
6(10-15 раз)	
7(10-15 раз)	
8(10-15 раз)	
9(10-15 раз)	
10(5-10раз)	
11(10-5раз)	
12(5-10раз)	



СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Азарський І. М. ДЦП (нові лікувально-педагогічні та психологічні програмні можливості для практичних лікарів і педагогів) / І. М. Азарський, О. О. Азарська. – Хмельницький : Поділля, 2001. – 152 с.: іл.
2. Батрак С. Ефективність фізичної реабілітації дітей 8-12 років, хворих на дитячий церебральний параліч (ДЦП) / С. Батрак // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. К., 2006. – Вип. 8, Т. 1 / за ред. В. І. Бондаря, В.В. Засенка. – С. 226–230.
3. Белова А. Н. Нейрореабілітація : руководство для врачей / А. Н. Белова. – М. : Антидор, 2000. – 568 с.
4. Бортфельд С. А. Лечебная физкультура и массаж при детском церебральном параличе / С. А. Бортфельд, Е. И. Рогачева. – Л. : Медицина, 1986. – 169 с.
5. Булгакова Н. Эффективность применения плавания в физической реабилитации детей среднего школьного возраста с нарушениями осанки / Н. Булгакова, Т. Морозова // Олімпійський спорт і спорт для всіх: проблеми здоров'я, рекреації, спортивної медицини та реабілітації : тези доп. IV Міжнар. наук. конгр. – К., 2000. – С. 342.
6. Вагіна К. Тренінг як ефективний засіб підвищення особистісного зростання підлітків / К. Вагіна // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. – К., 2006. – Вип. 8, Т. 1 / За ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – С. 238–242.
7. Верхало Ю. Н. Использование технических средств для оздоровительно-реабилитационных занятий с инвалидами / Ю. Н. Верхало // Физическая культура в условиях производства : тез. докл. Всесоюз. науч.-практ. конф. – М., 1990. – С. 27–28.

8. Ви не самотні (на допомогу батькам дітей з особливими потребами) / за ред. Т. Д. Ілляшенко. – К. : Ніка-Центр, 2002. – 40 с.
9. Вісковатова Т. П. Корекція рухової активності та пізнавальних процесів у дітей 5-8 років зі спастичною диплегією з використанням рухливих ігор: метод. рек. / Т. П. Вісковатова, О. А. Шлапаченко. – Одеса : Іванц, 2008. – 43 с.
10. Волкова С. С. Фізична реабілітація дитини, хворої на ДЦП, в родині. Підготовка дитини, хворої на ДЦП, до школи / С. С. Волкова // Поради батькам, які виховують дитину-інваліда. – Запоріжжя, 2003. – С. 10–15.
11. Волошин П. В. Клинико-психологические детерминанты эффективности реабилитационных программ у детей / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов // Соціальна педіатрія : збірн. наук. пр. – К., 2005. – Вип. 3. – С. 48–49.
12. Ганзина Н. В. Система рекреативно-восстановительных мероприятий в социальной адаптации инвалидов с последствиями детского церебрального паралича: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 “Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры” / Ганзина Н. В. – М., 1997. – 22 с.
13. Гойда Н. Г. Медико-социальная реабилитация детей с органическими поражениями нервной системы – приоритетное направление в реализации комплексной программы решения проблем инвалидности / Н. Г. Гойда, В. Ю. Мартынюк, Т. М. Кисель // Новые технологии в реабилитации церебрального паралича : материалы междунар. конгр., 9–12 мая 1994 г., Донецк. – Донецк, 1994. – С. 164–165.
14. Гойда Н. Г. Першочергові заходи удосконалення дитячої реабілітації в неврології / Н. Г. Гойда, В. В. Бережний, В. Ю. Мартинюк. – Х., 1993. – Вип. 2. – С. 4–6.
15. Гойда Н. Г. Профілактика дитячої інвалідності та реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я в діяльності сімейного лікаря /

- Н. Г. Гойда // Соціальна педіатрія і реабілітологія : зб. наук. пр. – К., 2007. – Вип. 1 (4). – С. 42–44.
16. Голуб О. В. Формування самостійності учнів молодшого шкільного віку шкіл-інтернатів для дітей-сиріт у позаурочній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13. 00. 03 “Спеціальна педагогіка” / О. В. Голуб. – К., 2004. – 19 с.
17. Голуб О. В. Формування самостійності учнів початкових класів школи-інтернату для дітей-сиріт // Теоретичні питання культури, освіти та виховання : зб. наук. пр. – К., КНЛУ, 2003. – Вип. 24. Ч. 2 / за заг. ред. М. Б. Євнуха. – С. 194–197.
18. Гордієнко Н. Інвалідність як соціальний феномен // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. – К., 2006. – Вип. 8. Т. 1 / за ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – С. 39–47.
19. Гужаловский А. Детский спорт как средство оздоровления младших школьников / А. Гужаловский // Олімпійський спорт і спорт для всіх: проблеми здоров'я, рекреації, спортивної медицини та реабілітації : тези доп. IV Міжнар. наук. конгр. – К., 2000. – С. 358.
20. Демчук С. П. Соціальна інтеграція та реабілітація неповносправних школярів із церебральним паралічем засобами фізичного виховання / С. П. Демчук, О. С. Куц. – Львів : Українські технології, 2003. – 148 с.
21. Дерябин А. В. Состояние мышечного тонуса при фиксированных укладках нижних конечностей у больных с детским церебральным параличом / А. В. Дерябин, О. К. Сенько // Новые технологии в реабилитации церебрального паралича : материалы междунар. конгр., 9–12 мая 1994 г., Донецк. – Донецк, 1994. – С. 176.
22. Детский церебральный паралич : хрестоматія : учеб. пособие [для студ. высш. и сред. пед., психол. и мед. учеб. заведений] / сост.: Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – СПб. : Дидактика Плюс, – 2003. – 520 с.

23. Дитячі церебральні паралічі / Козьявкін В. І., Бабадагли М. О., Ткаченко С. К., Качмар О. О. – Львів : Медицина світу, 1999. – 312 с.
24. До оцінки означення основних критеріїв ефективності реабілітації / І. С. Зозуля, О. П. Мінцер, В. Ю. Мартинюк [та ін.] // Соціальна педіатрія і реабілітологія : зб. наук. пр. – К., 2007. – Вип. 1 (4). – С. 46–50.
25. Досвід розробки та впровадження етапних систем профілактики та медичної, соціальної і психолого-педагогічної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи / В. І. Білаш, Ю.Г. Резніченко, Г. І. Резніченко [та ін.] // Соціальна педіатрія і реабілітологія : зб. наук. праць. – К. 2007. – Вип. 1 (4). – С. 34-37.
26. Елисеєв О. П. Практикум по психологии личности / О. П. Елисеєв. – [2-е изд., испр. и перераб.]. – СПб. : Питер, 2002. – 512 с. – (Серия “Практикум по психологии”).
27. Загальні принципи реабілітації хворих та інвалідів / І. О. Мартинюк, В. І. Пирогова, Л. Д. Бутитер [та ін.] // Практична медицина. – 1999, № 5–6. – С. 123–127.
28. Иванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів / І. Б. Иванова. – К. : Логос, 2000. – 87 с. – (Библиогр.: с. 79–86.).
29. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье : пособие для родителей и воспитателей / М. В. Ипполитова, Р. Д. Бабенкова, Е. М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1980. – 47 с.
30. Кобелев С. Ю. Фізична реабілітація осіб з травмою грудного та поперекового відділів хребта і спинного мозку: метод. посіб. для студ. вищ. навч. закл. фізкультур. профілю / Степан Кобелев. – Львів : Сорока Т. Б., 2005. – 90 с.
31. Кобзарь Б. С. Основы формирования гуманных взаимоотношений учащихся школ-интернатов для детей-сирот и детей, оставшихся без опеки родителей, во внеурочной деятельности / Б. С. Кобзарь. – К. : Стило, 1999. – 250 с. – Библиогр. : 67 назв.

32. Кобзар Б. С. Специфіка позаурочної виховної роботи з учнями шкіл-інтернатів для дітей-сиріт та дітей, які залишилися без піклування батьків / Б. С. Кобзар, Є. П. Постовойтов. – К. : СтилоС, 1997. – 312 с.
33. Козьявкін В. І. Метод проф. В. Козьявкіна. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. Блок кінезотерапії / В. І. Козьявкін, Б. Д. Волошин. – Трускавець : МАЛТИ-М, 2004. – 128 с.
34. Козьявкін В. И. Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации. Новая методика лечения больных с поражениями нервной системы / В. И. Козьявкин. – Львов; Трускавец : МАЛТИ-М, 1999. – 47 с.
35. Копчак С. К. Гідрокінезотерапія в лікуванні та профілактиці захворювань : метод. рек. – К., 2002. – 32 с.
36. Крук Б. Р. Нові технології фізичної реабілітації неповносправних осіб з хреботно-спинномозковою травмою шийного відділу : [метод. посіб.] / Б. Р. Крук, О. Куц. – Львів., Українські технології, 2006. – 135 с.
37. Круцевич Т. Ю. Методы исследования индивидуального здоровья детей и подростков в процессе физического воспитания / Т. Ю. Круцевич. – К., 1999. – 230 с.
38. Левченко И. Ю. Зарубежные подходы к организации лечебно-педагогической помощи детям и подросткам с церебральным параличом / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько // Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. – М. : Академия, 2001. – С. 83– 89.
39. Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации : руководство для врачей / под ред. А. Ф. Каптелина, И. П. Лебедевой. – М. : Медицина, 1995. – 400 с.
40. Ли Ен Сан. Социально-педагогические аспекты и модифицированные методические приемы оздоровления инвалидов с последствиями заболевания детским церебральным параличом средствами физической культуры : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. пед. наук : спец. 13. 00. 03. “Специальная педагогика” / Ли Ен Сан. – М., 1997. – 23 с.

41. Ляшенко В. І. Рання соціальна реабілітація дітей-інвалідів / В. І. Ляшенко // Соціальний захист. – 1999. – № 5 – С. 35–40.
42. Матвеев Л. П. Основы спортивной тренировки / Л. П. Матвеев. – М. : Физкультура и спорт, 1977. – 280 с.
43. Медико-социальная реабилитация, как основное направление реабилитации / Э. М. Гусейнов, М. П. Нахмедова, Э. С. Мамедова [и др.] // Соціальна педіатрія і реабілітологія : зб. наук. пр. – К., 2007. – Вип. 1 (4). – С. 44–45.
44. Мерзлікіна О. А. Методика використання засобів фізичного виховання в корекції рухової функції підлітків з церебральним паралічем / О. А. Мерзлікіна. – Львів : Українські технології, 2002. – 88 с.
45. Мухін В. М. Фізична реабілітація : [підруч. для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту] / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2000. – 424 с.
46. Мягер В. К. Семейная психотерапия – показания и методы : тезисы Всесоюзной конференции по вопросам семьи и брака / В. К. Мягер. – Гродно, 1981. – С. 67–69.
47. Наточій А. М. Організація реабілітаційно-виховного процесу в санаторній школі-інтернаті для дітей із захворюваннями серцево-судинної системи. : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13. 00. 01 “Теорія і історія педагогіки” / А. М. Наточій. – К., 1995. – 23 с.
48. Новые технологии в реабилитации церебрального паралича: материалы междунар. конгр., 9–12 мая 1994 г., Донецк / под ред. С. К. Евтушенко. – Донецк, 1994. – 302 с.
49. Організаційно-методичні основи медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я / Моїсеєнко Р. О., Педан В. Б., Бережний В. В. [та ін.] // Соціальна педіатрія. – 2005. – Вип. 3. – С. 24–29.
50. Організація реабілітації дітей з церебральним паралічем в міському центрі ранньої медико-соціальної реабілітації “Поклик” м. Житомир /

- О. В. Шевчук, Л. Ф. Шатило, Л. А. Благиня [та ін.] // Соціальна педіатрія і реабілітологія : зб. наук. пр. – К., 2007. – Вип. 1 (4). – С. 132–135.
51. Перхурова И. С. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции / И. С. Перхурова, В. М. Лузинович, Е. Г. Сологубов. – М. : Книжная палата, 1996. – 216 с.
52. Покась В. П. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної та корекційної допомоги в спеціальних закладах для дітей з психофізичними вадами / В. П. Покась // Дефектологія. – 1996. – № 1. – С. 26–30.
53. Покась В. П. Становлення спеціальних шкіл-інтернатів в Україні (1945-1965 рр.) / В. П. Покась // Дефектологія. – 1999. – № 1. – С. 51–52.
54. Покась В. П. Становлення та розвиток загальноосвітніх шкіл-інтернатів в Україні (1956-1966 рр.) / В. П. Покась // Рідна школа. – 1999. – № 1. – С. 74–75.
55. Потапчук А. А. Осанка и физическое развитие детей : программы диагностики и коррекции нарушений / А. А. Потапчук, М. Д. Дидур. – СПб. : Питер, 2001. – 282 с.
56. Программы логопедических занятий и уроков физической культуры в начальных классах школ для детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами / М. В. Ипполитова, Е. М. Мастюкова, Е. М. Бабенкова, В. В. Кудряшов. – М., 1979. – 54 с.
57. Реабілітація інвалідів в Україні : зб. нормат.-прав. док. / упоряд. Н. Скрипка, В. Масленнікова, Л. Астаф'єва, А. Росолович. – К. : Національна Асамблея інвалідів України, 2007. – 179 с.
58. Ренкер К. Основы реабилитации. – М. : Медицина, 1980. – 186 с.
59. Розвиток дитини : наук.-попул. вид. – Суми : Собор, 1997. – 40 с., іл.
60. Санаторно-курортне лікування хворих на дитячий церебральний параліч : метод. рек. / Л. Ф. Чепурна, М. П. Дриневський [та ін.]. – Євпаторія, 2003. – 38 с.

61. Семенова К. А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом / К. А. Семенова, Н. М. Махмудова. – Ташкент : Медицина, 1979. – 123 с.
62. Семенова К. А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом : руководство для врачей / К. А. Семенова, Н. М. Махмудова; под ред. Н. М. Маджидова. – Ташкент : Медицина, 1979. – 490 с.
63. Сермеев Б. В. Физическое воспитание слабовидящих детей / Б. В. Сермеев. – М. : Медицина, 1983. – 96 с.
64. Слюсаренко В. Г. Соціально-педагогічні функції і перспективи розвитку установ інтернатного і напівінтернатного типу в Україні / В. Г. Слюсаренко. – К. : Ін-т педагогіки АПН України, Київ, міжрегіон. ін-т удосконалення вчителів ім. Б. Грінченка, 1996. – 412 с.
65. Стан здоров'я населення України та результати діяльності закладів охорони здоров'я : 2000 рік : щорічна доповідь заг. ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2001. – 34 с.
66. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов // Права інвалідів в Україні. – К. : Сфера, 2002. – С. 375.
67. Узун О. В. О социальной адаптации выпускников школ-интернатов для детей с ДЦП / О. В. Узун // Дефектология. – 1993. – № 4. – С. 33–36.
68. Фаткулаева С. В. Социальная адаптация детей с ДЦП / С. В. Фаткулаева // Партнерство во имя развития : Всерос. конф. по проблемам детей-инвалидов. – М., 1998. – С. 168–178.
69. Физическая реабилитация : учебник для академий и ин-тов физ. культуры / под общ. ред. С. Н. Попова. – Ростов на Дону : Феникс, 1999. – 608 с.
70. Финк А. Кондуктивная педагогика А. Пете : развитие детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / А. Финк ; предисл. О. Шпека ; пер. с нем. Т. Е. Браудо, Б. А. Максимова, А. А. Михлина ; науч. ред. рус. текста Н. М. Назарова. – М. : Академия, 2003. – 136 с.

71. Фролов М. Соціально-психологічні засади розвитку реабілітаційного простору Запорізької області / М. Фролов // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. – К., 2006. – Вип. 8, Т. 1 / За ред. В. І. Бондаря, В. В. Засенка. – С. 197.
72. Чудна Р. Ф. Профілактика інвалідизації дітей з органічними ураженнями нервової системи засобами адаптивного фізичного виховання // Соціальна педіатрія і реабілітологія : зб. наук. пр. – К., 2007. – Вип. 1 (4). – С. 314–317.
73. Шанько Г. Г. Некоторые теоретические аспекты лечения и реабилитации при неврологических нарушениях у детей раннего возраста / Г. Г. Шанько // Соціальна педіатрія і реабілітологія : зб. наук. пр. – К., 2007. – Вип. 1 (4). – С. 127–131.
74. Шевага В. Н. О патогенезе двигательных нарушений при детском церебральном параличе и возможностях их коррекции / В. Н. Шевага // Новые технологии в реабилитации церебрального паралича : материалы междунар. конгр., 9–12 мая 1994 г., Донецк. – Донецк, 1994. – С. 281.
75. Шелкова Л. Н. Адаптивное физическое воспитание студентов с последствием детского церебрального паралича на основе развития моторно-психических реакций : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 “Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки и оздоровительной физической культуры” / Л. Н. Шелкова. – СПб., 2000. – 18 с.
76. Шиян Б. М. Теорія і методика фізичного виховання школярів : [підруч. для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту] / Б. М. Шиян. – Тернопіль : Навч. книга – Богдан, 2002. – Ч. 2. – 248 с.
77. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации : руководство для врачей и науч. Работников / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Шелетовой. – М. : Антидор, 2002. – 440 с.

78. Штеренгерц А. Е. Лечебная физкультура и массаж при заболеваниях и травмах нервной системы у детей / А. Е. Штеренгерц. – К. : Здоров'я, 1989. – 192 с., ил.
79. Язловецький В. С. Лікувальна та коригувальна гімнастика в школі: метод. лист / В. С. Язловецький. – К. : Рад. школа, 1966. – 60 с.
80. Bobath K. A neurophysiological basis for the treatment of cerebral palsy / K. Bobath. – 2nd ed. – London : Spastic International Medical Publication, 1980.
81. Cerebral Palsy: Spasticity Information Page / U. S. National Institute of Neurological Disorders and Stroke, National Institutes of Health (2008). – Режим доступу : <http://www.ninds.nih.gov/disorders/spasticity/spasticity.htm>
82. Developmental Disabilities – Cerebral Palsy / Centers for Disease Control and Prevention (2008). – Режим доступу : <http://www.cdc.gov/ncbddd/dd/ddcp.htm>
83. Kabat H. Proprioceptive facilitation // Therapies / S. Licht (ed.). – Baltimore : Waverley, 1958. – Vol. 3, ch 12. – P. 143–154.
84. Little W. J. On the influence of abnormal parturition, difficult labours, premature birth, and asphyxia neonatorum on the mental and physical condition of the child, especially in relation to deformities // Transactions of the Obstetrical Society of London, 1862. – Vol. 3, – P. 293. (Reprinted in Cerebral Palsy Bulletin, 1862. – I. – p. 5–36).
85. Magee D. Orthopedic Physical Assessment / D. Magee. – 3-th ed. – Philadelphia : W. B. Saunders Davis Company, 1997. – 236 p.
86. Tardieu G. Les fenillets de l'infirmité motrice cérébrale / G. Tardieu. – Paris, 1960. – 456 p.
87. Vojta V. Das Vojta-Prinzip / V. Vojta, A. Peters. – Springer : Heidelberg. – 1992. – 137 s.

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	3
Вступ	4
Розділ 1 Проблеми фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах спеціальної школи.....	6
1.1.Сучасний стан фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем.....	6
1.2. Роль спеціальної школи у вихованні неповносправних дітей.....	20
Розділ 2 Методи дослідження у фізичній реабілітації дітей з церебральним паралічем.....	24
2.1. Мануальний м'язовий тест.....	24
2.2. Вимірювання амплітуди рухів у суглобах (гоніометрія).....	25
2.3. Вимірювання тону м'язів (за шкалою Ашфорта).....	26
2.4. Оцінка ступеня порушення функцій (за шкалою Ренків).....	27
2.5. Оцінка великих моторних функцій (за методи кою Chedoke-McMaster Hospital).....	28
2.6. Шкала тривожності Кові.....	28
2.7. Тестування спрямованості особистості.....	29
2.8.Оцінка мотивації до відновлення (опитувальник "Відновлення локусу контролю").....	31
Розділ 3 Організація самостійних занять фізичними вправами дітей 13-15 років з церебральним паралічем в умовах спеціальної школи.....	32
3.1.Обґрунтування необхідності самостійних занять фізичними вправами дітей з церебральним паралічем.....	32
3.2.Основи організації самостійних занять фізичними вправами дітей з церебральним паралічем в умовах спеціальної школи.....	34
3.3.Експериментальна програма самостійних занять фізичними вправами для дітей з церебральним паралічем в умовах спеціальної школи.....	43
Додатки	68
Список літератури	93

Катерина Бандуріна

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В
УМОВАХ СПЕЦІАЛЬНОЇ ШКОЛИ**

Методичні рекомендації для студентів вищих навчальних закладів
фізкультурного профілю

Підписано до друку 19. 03. 2009.
Зам. № 100. Формат 60x84/16.
Наклад 100.

Виготовлено на поліграфічній базі Класичного приватного університету
69002, м. Запоріжжя, вул. Жуковського, 70 б