

6. *Організм і особистість. Діагностика та керування/ Магльований А., Белов В., Котова А. – Львів: Медична газета України, 1998. – 250 с.*

STRUCTURAL AND FUNCTIONAL ORGANIZATION OF REACRIATION OF THE STUDENTS WITH DEVIATIONS IN HEALTH

A. MAGLEVANY, O. DULIBA, W. RYBAK, V. CHOMYCHYN, M. MISEROV

Danylo Galytski Lviv State Medical University

The work describe some aspects of managing effects formation aimed at improvement of structural and functional organization of physical exercises lessons and modular control. The function of the latter is checing-up of physical and functional state of the bodies of students with deviations in health and application of drugs directed on physical rehabilitation.

ДИНАМІКА РОЗВИТКУ РУХОВОЇ ФУНКЦІЇ ПІДЛІТКІВ 15-16 РОКІВ, ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

ОЛЬГА МЕРЗЛІКІНА

Вінницький державний педагогічний університет ім. М. Коцюбинського

Актуальність наших досліджень визначена тим, що дитячий церебральний параліч (ДЦП) проявляється в різних психомоторних порушеннях при вираженому руховому дефекті [1, 4]. Але у спеціальній літературі не висвітлені дані, які б тією ж мірою характеризували динамічні зрушення у руховій функції підлітків, хворих на ДЦП.

Метою нашого дослідження було визначити динаміку рухових можливостей підлітків 15-16 років, хворих на ДЦП, під впливом експериментальної програми.

З урахуванням отриманих даних на етапі констатуючого педагогічного експерименту нами розроблена комплексна програма, яка сприяла корекції фізичних вад підлітків 15-16 років з наслідками ДЦП.

В експерименті брали участь учні 15-16 років, хворі на ДЦП, що навчалися у ЗСУ №57 м. Львова, у кількості 11 осіб.

Організація педагогічного експерименту передбачала декілька етапів, які мали свої завдання, склад засобів і переважну спрямованість на корекцію фізичних вад підлітків 15-16 років.

Фізкультурно-реабілітаційну програму для дітей-інвалідів з церебральним паралічем ми планували з урахуванням їх інтересів, вимог, статі, віку, можливостей. Програма включала наступне.

Спеціальні фізичні вправи для корекції основних рухових функцій (сидіння, повзання і стояння на колінах, види стояння, види ходьби, бігу, стрибків).

Вправи для розвитку ритмічності, які давали можливість проявити себе, виконувати у танці, пристосуватися до довілля. Ритмічні вправи сприяли розвитку рухливості, рухатися в певному темпі, ритмі; правильно координувати рухи.

Вправи на розслаблення і розтягнення, які були ефективні не тільки з точки зору фізіології (наприклад, гіпертензія, серцево-дихальна система, м'язовий біль,

втома), але і позитивно впливали на психічний стан. Використовувалося пасивне розтягування, уява, ідеомоторні вправи.

Нескладні українські рухливі ігри використовувалися з метою поліпшення емоційного стану, функції відчуттів, покращенню основних рухових і волевольних якостей.

Крім того, з позиції сучасних наукових досліджень [2, 3], ігрова діяльність є необхідною потребою людини, реалізація якої має великий стимулюючий вплив на підлітків, хворих на ДЦП. Виходячи з того, що систематичне проведення ігор підвищує тонус організму, відновлює працездатність, загострює увагу, забезпечує продуктивність навчальної роботи, нами широко застосовувався спортивно-ігровий метод у вирішенні поставлених завдань.

Педагогічна спрямованість корекції фізичних недоліків учнів передбачала групові форми занять. В одну групу було об'єднано підлітків із певними руховими можливостями. Такий прийом сприяв їх активізації в процесі удосконалення своїх рухових функцій, оскільки підлітки знаходилися в групі однолітків з однаковими функціональними можливостями.

Впродовж усього терміну основного педагогічного експерименту ми суворо дотримувалися правила: оптимальний педагогічний ефект досягався лише під час використання фізичних вправ, які раціонально збалансовані за спрямованістю, потужністю і обсягом навантаження з урахуванням індивідуальних особливостей організму підлітків з наслідками ДЦП.

Заняття з корекції фізичних недоліків проводилися чотири рази на тиждень по 45 хвилин за загальною схемою, що складалася з трьох частин: підготовчої, основної, заключної. Обов'язковість такої структури обумовлена психофізіологічними закономірностями функціонування організму під час м'язових навантажень. На початку навантаження організм долав інерцію спокійного рахунок поступового підвищення функціональної працездатності своїх організмів систем (фаза впрацьовування). Далі оптимальний рівень працездатності зберігається (з великими коливаннями) протягом певного проміжку часу (фаза стійкої працездатності). Кожне заняття закінчувалося з використанням спокійних рухливих ігор, дихальних вправ.

Відповідно до функціонального стану організму підлітків застосовувалися три способи повторення вправ:

- безперервний, коли вправи повторювалися практично без перерви, наприклад, дихальні, повторення регулювалося інтервалами відпочинку;
- інтервальний, коли вправа повторювалася через суворо регламентовані інтервали;
- повторний, за яким паузи відпочинку між вправами суворо не дозувалися.

Спосіб побудови навчального процесу базувався на тижневих циклах. При цьому визначалася кількість занять у циклі із застосуванням обраного способу співвідношення занять різної спрямованості на корекцію певних фізичних недоліків, послідовність їх розподілу, умови чергування з відпочинком, динамічним навантаженням.

Медико-педагогічний контроль здійснювався нами за участю лікарів упродовж усього педагогічного експерименту.

Результати досліджень

Отримані результати співставлення вихідних і кінцевих даних педагогічного експерименту (табл. 1) показали, що використання експериментальної програми значно покращило всі досліджувані показники рухової функції підлітків 15-16 років, хворих на ДЦП.

Таблиця 1

Динаміка розвитку рухової функції підлітків 15-16 років, хворих на ДЦП

Показники рухової функції	Стать	Етапи дослід.	N	M ± Sm	P
Легкість, повороти	Х	1	6	3,2 0,25	< 0,001
		2	6	4,2 0,18	
	Д	1	5	3,4 0,20	< 0,005
		2	5	4,5 0,20	
Сидіння	Х	1	6	3,7 0,19	< 0,001
		2	6	4,6 0,09	
	Д	1	5	4,0 0,23	< 0,005
		2	5	4,7 0,07	
Легкість	Х	1	6	3,2 0,22	< 0,001
		2	6	4,3 0,16	
	Д	1	5	3,2 0,42	< 0,01
		2	5	4,4 0,15	
Стояння	Х	1	6	3,2 0,32	< 0,05
		2	6	4,1 0,24	
	Д	1	5	3,2 0,23	< 0,001
		2	5	4,2 0,15	
Вальс. Біг. Стрибки	Х	1	6	3,0 0,22	< 0,01
		2	6	4,0 0,30	
	Д	1	5	3,1 0,36	< 0,05
		2	5	4,0 0,25	
Керування основними рухами	Х	1	6	2,8 0,22	< 0,005
		2	6	3,9 0,24	
	Д	1	5	3,0 0,23	< 0,001
		2	5	4,1 0,13	
Психомоторні рухові уміння	Х	1	6	2,9 0,35	< 0,01
		2	6	4,0 0,25	
	Д	1	5	3,4 0,19	< 0,001
		2	5	4,4 0,15	

Аналіз даних, наведених у таблиці 1, показав, що за навчальний рік в експериментальній групі за всіма показниками рухової функції відбулися статистично вірогідні зміни ($P < 0,05-0,001$). За абсолютними і відносними показниками найбільші зрушення відбулися за результатами тестів “повзання” у дівчат – на 1,2 бала, що склало 24% ($P < 0,01$); у хлопців за результатами тестів “повзання”, “керування основними рухами”, “психомоторні рухові уміння” – на 1,1 бала, що склало 22% ($P < 0,01-0,001$).

Найменший абсолютний і відносний приріст відбувся за результатами тестів “сидіння” у дівчат – на 0,7 бала та “сидіння” і “стояння” у хлопців – на 0,9 бали, що становить відповідно 14% і 18% (рис 1).

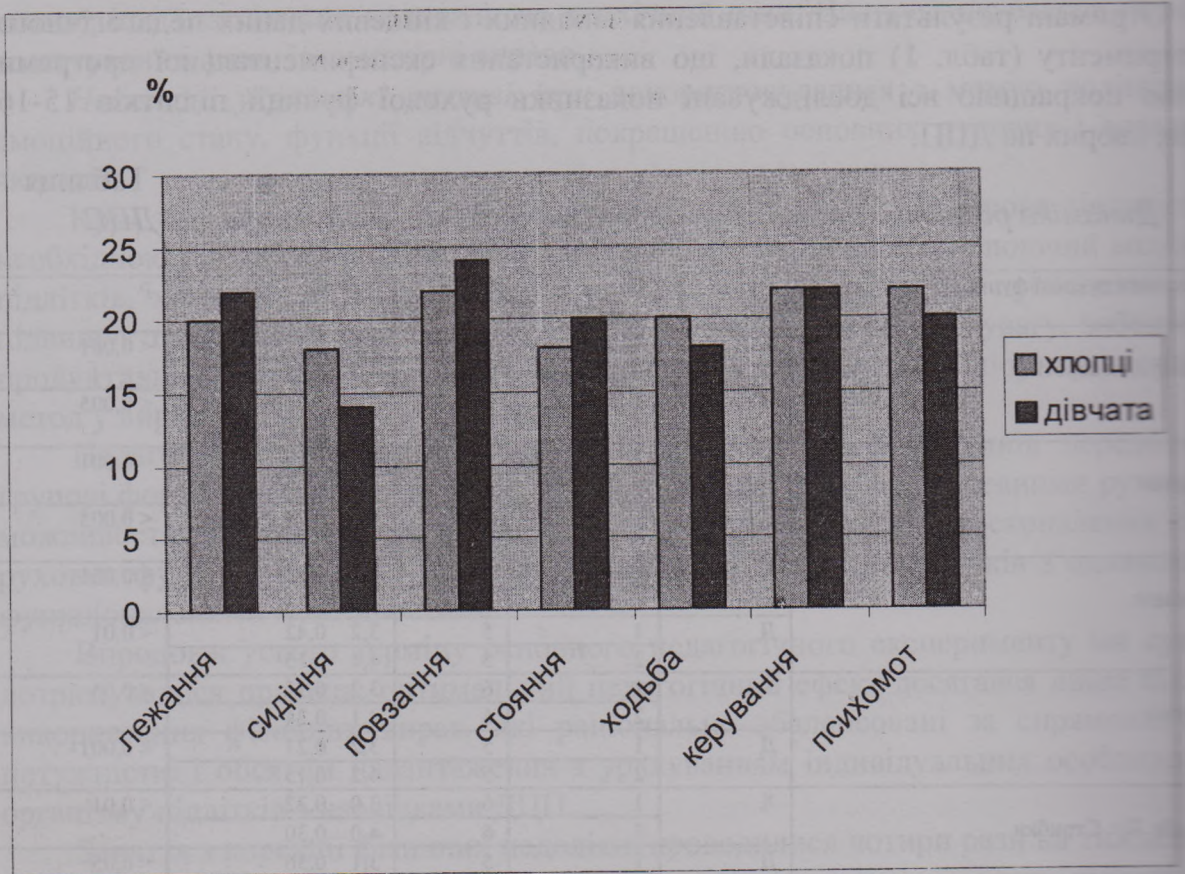


Рис. 1. Темпи приросту у показниках рухової функції підлітків-інвалідів за період основного педагогічного експерименту

Висновки. Таким чином, отриманні експериментальні дані свідчать про те, що наша методика корекції фізичних вад підлітків, хворих на ДЦП, є ефективною, вона може бути рекомендована для запровадження у практику спеціальних закладів та реабілітаційних центрів, які займаються проблемами фізичної, психічної та соціальної адаптації інвалідів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи – Здоров'я, 1988. – 328 с.
2. Ганзина Н.В. Система рекреативно - восстановительных мероприятий и социальной адаптации инвалидов с последствиями детского церебрального паралича. Автореф. дисс...канд. пед. наук. - Москва, РГАФК, 1997. - 24с.
3. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детском церебральном параличе. – Москва: Медицина, 1976. – С. 168-171.
4. Спекторов В.Б. Подвижные и спортивные игры на курортах и в санаториях. – К.: Здоров'я, 1987. – 93 с.

THE DYNAMICS OF THE DEVELOPMENT OF MOVABLE FUNCTIONS OF TEEN-AGERS OF 15-16 YEARS OLD, SUFFERING FROM CHILDREN'S CELEBRAD DISFUNCTION

OLGA MERZLIKINA

Vinnitsia State Pedagogical M.Kotsiubynsky University

The aim of the research was to investigate the dynamics of the movable functions of teen-agers of 15-16 years old, suffering from children's cerebral disfunction.

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СЛІПИХ ТА СЛАБОЗОРИХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З УРАХУВАННЯМ РІВНЯ ФІЗИЧНОГО СТАНУ

ЛЮБОВ ОГОРЕЛКОВА

Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ

Обмеження рухових можливостей, психологічні порушення (пригніченість або розгальмованість), неадекватне сприймання навколишнього середовища - все це може бути наслідком втрати функції зорового аналізатора [2].

Головна проблема фізичного виховання при глибокому порушенні зору у дітей полягає у виявленні загальних і індивідуальних закономірностей керування процесами адаптації важливих систем організму в цілому. Ця проблема має складну багаторівневу і багатофакторну структуру і включає кілька головних аспектів: медичні, соціальні, психолого-педагогічні, спортивні [1, 3].

В Україні інвалідність з важкою патологією зору (1 і 2 група) складає приблизно 0,13% від усього складу населення. Фізична реабілітація школярів інвалідів по зору залишається актуальною проблемою сучасної України.

Особливості стану здоров'я, специфіка методів навчання інвалідів дитинства відносно цієї категорії учнів у школах-інтернатах для сліпих і слабоворих, чисельність яких складає 10,8 чоловік на 10 тис. дітей. Варто звернути увагу на зростаючу кількість дітей з цією патологією; їхня кількість у спеціалізованих школах-інтернатах зросла за 10 років більш, ніж у 8 разів.

Відсутність одного із самих інформативних аналізаторів навколишнього середовища визначає специфіку навчання таких дітей у спеціалізованих установах системи виховання.

В інтернаті для сліпих і слабоворих дітей проживають і навчаються діти 1 групи інвалідності по зору, що призначається при повній відсутності зору (абсолютній сліпоті) чи при наявності зорових відчуттів в обсязі до 25%. Комплектація класів складає 9-12 чоловік. З різних причин: від відхилень у стані здоров'я (це можуть бути планові операції, загострення хронічних захворювань органів і систем, інфекційні захворювання) до соціальних (важкі родини, фінансові труднощі, т.і.) приблизно 10% дітей молодшого шкільного віку на термін біля року можуть виключатися з процесу навчання взагалі і фізичного виховання зокрема.

Аналіз медичних карт 30 дітей молодшого шкільного віку школи-інтернату №5 м. Києва виявив наступне: