

РОЗДІЛ 3 – СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА РОБОТА З РІЗНИМИ КАТЕГОРІЯМИ НАСЕЛЕННЯ

УДК: 796.3:796.4:612.13-053.5-056.26

КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З НАСЛІДКАМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ (ДЦП) ТА ЇХНЯ ІНТЕГРАЦІЯ В СУЧАСНЕ СУСПІЛЬСТВО

Малікова А.М. к. фіз. вих. і спорту, доцент, Байкіна Н.Г. д.пед.н., професор
Запорізький національний університет, вул. Жуковського, 66, м. Запоріжжя, Україна
nvmalikov@mail.ru

Дітям з ДЦП слід рекомендувати нетрадиційні форми занять (футбол, футбол-гімнастику). Ці форми занять з футболу активізують регенеративні процеси, сприяють кращому кровообігу і лімфовідтоку, збільшують скорочувальну здатність м'язів. Заняття з футболу скорочують терміни корекції психомоторики в дітей з ДЦП і сприяють більш інтенсивній нівеляції відмінностей.

Ключові слова: ДЦП (дитячий церебральний параліч), корекція, дрібна моторика рук, психомоторика, порушення, мовні порушення, спастична диплегія, подвійна геміплегія, гіперкінетична форма, атонічно-астатична форма, нетрадиційні форми занять, футбол, футбол-гімнастика.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА (ДЦП) И ИХ ИНТЕГРАЦИЯ В СОВРЕМЕННОЕ ОБЩЕСТВО

Маликова А.М., Байкина Н.Г.
Запорожский национальный университет, ул. Жуковского, 66, г. Запорожье, Украина
nvmalikov@mail.ru

Детям с ДЦП следует рекомендовать нетрадиционные формы занятий (фитбол, фитбол-гимнастику). Эти формы занятий с фитболом активизируют регенеративные процессы, способствуют лучшему кровообращению и лимфооттоку, увеличивают сокращающую способность мышц. Занятия с фитболом сокращают сроки коррекции психомоторики у детей с ДЦП и способствуют более интенсивному нивелированию различий.

Ключевые слова: ДЦП (детский церебральный паралич), коррекция, мелкая моторика рук, психомоторика, нарушения, речевые нарушения, спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гиперкинетическая форма, атонически-астатическая форма, нетрадиционные формы занятий, фитбол, фитбол-гимнастика.

COMPLEX REABILITATION OF CHILDREN WITH CONSEQUENCES (CEREBRAL PALSY) AND THEIR INTEGRATION IN MODERN SOCIETY

Malikova A.N., Baykina N.G.
Zaporizhzhya National University, Zhukovskogo str., 66, Zaporizhzhya, Ukraine
nvmalikov@mail.ru

Research has shown that the development of psychomotor functions in children with cerebral palsy to lag significantly behind their peers. Children with cerebral palsy at the age of 5-6 years, delayed the entry into operation of higher cortical levels of the organization of movements that do not provide progressive development of precise and forceful movements, and does not create the necessary conditions for the development of a growing number of motor skills and manual manipulation of subject. Due to the underdevelopment of psychomotor delay the formation of writing skills. The latter is the most difficult skill psihomotrnym, the successful establishment of which is based on the coordination of cooperation between all levels of the organization of movement. In healthy children this skill reach the required development to the beginning of primary school age.

Звертання до міри і суті розвитку моторики в онтогенезі полягає не у біологічно обумовленому дозріванні морфологічних субстратів, а в накопиченні на основі цих субстратів та з їх допомогою індивідуального досвіду особи. У дітей з ДЦП ці функції порушені і вони не розвиваються без педагогічної дії.

За даними М.Гуревича [4], для наукового вивчення психомоторики передусім потрібне виділення окремих компонентів, які складають руховий акт. Ці компоненти мають бути виділені так, щоб вони були доступні експериментально-клінічному вивченню, у той же час вони мають бути пов'язані з певними анатомо-фізіологічними механізмами, чим визначалася б їх роль у загальній структурі людської моторики.

М. Гуревич [4] вказав на те, що існують різні форми рухової недостатності: форма Дюпре, яка виявляється в паратонії, посиленні сухожильних рефлексів, пертурбації плантарних рефлексів, синкезіях, незручності вольових рухів.

Naudacher виявив, що моторна дебільність буває у 75% від загальної кількості ідіотів, у 44% - імбецилів, у 24% - дебілів і в 2% нормальних дітей. За даними Є. Осипової, у важких імбецилів моторна дебільність спостерігається в 95% випадків, у легших імбецилів в 60%, у дебілів у 40%.

Вермейлен (Vermeulen) також на великому матеріалі знаходив у моторних дебілів синкезії, підвищення сухожильних рефлексів, зниження шкірних рефлексів, гіпотонію, паратонію, які проявлялися в опорі при пасивних рухах, тривалому збереженні неправильного положення частин тіла (симптом Колена (Collin)).

Том Бургер і К. Якоб відносять до явищ моторного інфантілізму симптом Моро, наявність ізольованої дорсальної флексії великого пальця ноги при подразненні підшов, ізольоване положення великого пальця ноги в дорсальній флексії при стоянні, тенденція до супінації і плантарної флексії ніг при сидінні і лежанні, хапальні рухи ніг, переважання згинальної синергії при хапанні, згинальні положення рук, затримка сидіння і ходіння, млявість мускулатури голови та шиї, явище прокулості, атетоїдні рухи.

Thomas, ґрунтуючись на роботі Ферстера з атонічно-астатичного типу центрального дитячого паралічу, також описав під назвою "статичного інфантілізму" у дітей з церебральною диплегією і розумовою недостатністю – атонічно-астатичні явища в мускулатурі шиї і спини. Внаслідок цього, діти не здатні сидіти, тримати голову.

К. Якоб описав низку випадків з симптомами екстрапірамідної недостатності. Він відмічав різке послаблення міміки і жестів, захисних і асоційованих автоматичних рухів, незручність, повільність рухів, слабкість спинних м'язів, пітекоїдну фігуру.

При фронтальній формі рухової недостатності Гуревича різко виражена рухливість, видимим багатством і нестемлюваністю рухів, коли дитина хапає одну річ, швидко її кидає, щоб схопити іншу, приводить навколо себе все в крайній безлад. За видимим багатством рухів ховається їх крайня непродуктивність, безцільність.

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Досліджень, присвячених цій проблемі, дуже мало. Саме систематичні заняття фізичними вправами і спорт сприяють особам з проблемами в розвитку досягти повноцінного буття. На цих заняттях на всіх етапах закладаються основні соціальні зв'язки, стосунки з суспільством, відбувається соціальне становлення людини, їх самовизначення. Від успішності психолого-педагогічних заходів та їхньої дії залежить подальша доля людини. Помилки в цій роботі можуть призвести до небажаних наслідків – повернення в хворобу, соціальної ізоляції.

Отже, вивчення ранньої діагностики і психологічних особливостей дітей з обмеженнями життєдіяльності внаслідок ДЦП доповнить наші уявлення про роль рухової патології у формуванні психіки, дозволить оцінити динаміку особистісних змін з віком, систематичних занять фізичними вправами і спортом у цьому процесі, а також намітити шляхи психолого-педагогічної допомоги особам з руховим порушенням на різноманітних вікових етапах.

Мета роботи: вивчити чинники занять фізичними вправами осіб, що впливають на формування і соціальну адаптацію осіб з наслідками ДЦП, і намітити шляхи вдосконалення їхньої інтеграції в сучасне суспільство.

Завдання дослідження :

1. Надати теоретичне і методологічне обґрунтування системи психологічної допомоги, спрямованої на профілактику і корекцію рухових порушень при дитячому церебральному паралічі.
2. Виявити психологічні і соціально-психологічні чинники, що впливають на рівень і особливості соціальної адаптації дітей з руховими порушеннями.

У дослідженні брало участь 116 дітей з ДЦП. Спрямованість роботи на виявлення психологічних особливостей осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, а також механізмів їх формування, визначила вибір методів дослідження.

Діти обстежувалися в місті Євпаторія (Україна), санаторій "Дружба", у Північній Ірландії (м. Дунганнон), у Шотландії (м. Абвердин) у реабілітаційних центрах з дитячим церебральним паралічем. Вони знаходилися під наглядом впродовж 5 років і були обстежені на різних етапах комплексної реабілітації в період навчання в школі і під час занять фізичними вправами. Для виявлення особливостей психічного розвитку учасників експерименту використовувалися результати психологічного обстеження, проводився аналіз анамнестичних даних, сімейної ситуації, оцінювалися характер і динаміка психокорекційної роботи під час занять фізичними вправами.

У процесі досліджень апробувалися психокорекційні методики: групові психокорекційні заняття, тренінги спілкування, невербальні методи (нетрадиційні форми занять), індивідуальна психокорекція, корекційна робота з сім'єю.

Ідея єдності і складної динамічної взаємодії органічних і соціальних чинників в онтогенетичному розвитку виступала як провідна на етапах проведення дослідження і при інтерпретації його результатів.

Дослідження проводилися в 2 етапи: перший етап – вік учасників був 5-7 років, вони відвідували спеціальні інтегровані дошкільні заклади; другий етап – учасники обстежувалися при навчанні в школі у віці 7-8 років. Деякі з них обстежувалися кілька разів.

У дослідженні брали участь 116 випробовуваних, які мали клінічний діагноз: "Дитячий церебральний параліч, пізня резидуальна стадія". За тяжкістю рухових порушень вони склали три групи.

Перша група (I) – діти з важкими руховими порушеннями, що пересуваються тільки на милицях або у візку. У більшості з них грубо порушені маніпулятивні функції через гіперкінезії або контрактури, що ускладнювали самообслуговування і викликало ускладнення при письмі і на заняттях фізичними вправами.

Друга група (II) – діти з руховими порушеннями середньої тяжкості, що пересувалися з опорою на тростину. Маніпулятивні функції розвинуті достатньо: вони повністю обслуговували себе, могли писати і грати.

Третя група (III) – діти з легкими руховими порушеннями, що пересувалися самостійно на значну відстань дефектною ходою. Хода відрізнялася нестійкістю. Маніпулятивні функції були обмежені несуттєво, але м'язова сила в руках знижена.

У 95 % учасників дослідження були виявлені дизартричні розлади. Дані про важкість рухової патології і форми ДЦП представлені в таблиці 1.

Таблиця 1 – Розподіл обстежених з різними формами ДЦП за ступенем важкості рухових порушень (у % від 116)

Ступінь тяжкості	Форма ДЦП			
	спастична диплегія	геміпаретична	гіперкінетична	атонічно - астанічна
I - важкі порушення	11	8	18	-
II - порушення середньої важкості	15	9	12	14
III - легкі порушення	10	12	5	12
Всього	36	29	25	26

У дослідженні брали участь тільки випробовувані без виражених психопатологічних проявів. У анамнезі в більшості з них відзначалася затримка психічного розвитку. У 5-6 років усі вони були обстежені фахівцями ПМПК і мали рекомендації для навчання в інтегрованих класах.

На першому етапі дослідження його учасники відвідували реабілітаційні центри (77 %) або навчалися в загальноосвітніх школах (23 %).

Усі учасники дослідження були інвалідами дитинства. Аналіз відомостей про характер соціальної ситуації розвитку випробовуваних довів, що найчастіше зустрічався такий тип виховання, за якого в сім'ї був "культ хвороби" дитини, з перебільшеною турботою про неї. Рідше мали місце гіпоопіка і гіпопроекція у вихованні або емоційне заперечення з боку одного або обох батьків.

Система психолого-педагогічного обстеження учасників дослідження здійснювалася за трьома напрямками:

- 1) рання діагностика психомоторики функцій до і після заняття фізичними вправами;
- 2) дослідження психічних функцій;
- 3) дослідження впливу нетрадиційних форм занять на корекцію психомоторних функцій.

Для вирішення поставлених завдань використовувався аналіз психологічної, педагогічної, медичної літератури з проблем формування психіки у осіб з порушеннями рухового розвитку та їхньої комплексної реабілітації, а також аналіз медичної (історія хвороби) і педагогічної (характеристики) документації.

Загальна соматична слабкість і сповільненість розвитку локомоторних функцій супроводжується відставанням у розвитку рухової сфери в дітей з ДЦП. У зв'язку з цим проведені дослідження за немовною симптоматикою: дрібної моторики рук, пальців за методикою М.І. Озерецького [6]. Були запропоновані варіанти методик :

- "Перебір пальців" за 5-бальною системою.
- "Реципрокна координація рухів" - дитина поперемінно стискала і розтискала кисті рук з одночасним показом кінчика язика на кожне стискування. До серії входило стискання і повернення кисті в початкове положення. Оцінка результатів проводилася за 4-бальною системою.
- "Асиметричне постукування" - дитині необхідно відтворити 5-9 серій рухів зі змінного постукування двічі однією рукою і один раз - іншою (умовне позначення 2-1); потім ускладнювали завдання, і порядок ударів ставав протилежним (1-2). Завдання виконувалося двічі в швидкому (8-9 серій в 5 с) і повільнішому (5-6 серій в 5 с) темпі. Оцінка результатів проводилася за 4-бальною системою.
- "Графічні проби" – дитині пропонували, не відриваючи олівця від паперу, відтворити графічні ряди: 1-й ряд - "ланцюжки", 2-й ряд – "огорожі", 3-й ряд – "дах". Для аналізу регулюючої функції мови завдання пропонувалося у двох варіантах: "Малюй і підказуй собі:

ланцюжок – раз, ланцюжок – два, ланцюжок – три". Оцінка результатів проводилася за 4-бальною системою.

Рівень розвитку пізнавальної діяльності визначали за методиками С.Д. Забрамної, Н.М. Стадненко, А.Г. Обухівської [5], Т.Д. Ілляшенко, Л.В. Борщевської, Т.В. Розанової. Пропонувалися такі методики: "Панель", "Виключення зайвого предмета", "Четвертий зайвий", "Групування предметів".

На кожного учасника дослідження заповнювалася карта, що містить анкетні дані, клінічні і соціально-демографічні характеристики, відомості про психолого-педагогічний маршрут.

Сукупність цих психолого-педагогічних методів і анкет дозволили виявити особливості випробовуваних. При обробці результатів використовувалися методи математичної статистики, що дозволило здійснити якісний і кількісний аналіз результатів.

Дослідженнями встановлено, що розвиток психомоторних функцій у дітей з ДЦП істотно відстає від їх здорових однолітків. У дітей з ДЦП у віці 5-6 років запізнюється включення в роботу вищих коркових рівнів організації рухів, що не забезпечує прогресивного розвитку точних і силових рухів, а також не створює необхідних умов для освоєння все більшого числа рухових навичок і предметних маніпуляцій руками. У зв'язку з недорозвиненням психомоторних функцій затримується формування навички письма. Останнє є складною психомоторною навичкою, успішне становлення якої спирається на узгодження взаємодії усіх рівнів організації рухів. У здорових дітей ця навичка досягає необхідного розвитку до початку молодшого шкільного віку.

Серед дітей з ДЦП частіше, ніж серед дітей, розвиток яких відповідає віковим нормам, зустрічається неспівпадання моторного і метричного віку.

Для цієї категорії дітей характерне недорозвинення тонко координованих рухів пальців рук, нерозуміння рухових установок, просторові і ритмічні порушення, ізолюваність і неспівмірність рухів. Діти зазнавали складнощів при відтворенні певного положення пальців рук за запропонованим зразком. У них спостерігалися дискоординовані рухи, неточності, уповільнене утворення рухових диференціювань. Також відмічали несформованість навички письма.

Отже, діти з ДЦП істотно відставали в моторному розвитку, характеризувалися диспропорційною незрілістю рухів на усіх рівнях їхньої організації, що визначало відмінності в усіх психомоторних актах і низький рівень їх виконання.

Проведена оцінка моторної зрілості дозволила не лише діагностувати моторний вік, його відповідність (невідповідність) метричному віку, але і конкретизувати рівень відстаючих ланок моторики, використати динаміку моторної зрілості як об'єктивний критерій для визначення адекватних засобів і методів психокорекційної роботи.

Вивчення пізнавальної діяльності здійснювалося шляхом проведення психологічної діагностики і педагогічних спостережень, а також постановки спеціальних експериментів з дітьми з ДЦП у віці 5-6 років. Вибір саме цього виду діяльності диктувався тим, що в цьому віці високі вимоги висуваються мовному і розумовому розвитку цієї категорії дітей, стає необхідним пошук резервів їх психічного розвитку і шляхів використання цих резервів у навчанні.

Сформованість пізнавальної діяльності – необхідна умова повноцінного розвитку, що має важливе значення в їхньому компенсаторному розвитку.

Експериментальні дослідження проводилися з дітьми з ДЦП і здоровими у віці 5-6 років за спеціально розробленими методиками розвиваючого характеру. Система поетапної, чіткої, дозованої допомоги дітям з ДЦП під час експерименту давала можливість виявляти особливості їх пізнавальної діяльності: уміння оперувати зоровими образами, здійснювати практичні і розумові дії, а також використовувати мову при рішенні завдань пізнавальної спрямованості.

Порівняння результатів виконання завдань обстежуваною дитиною з раніше отриманими "нормативами" дозволяє побачити, до результатів якої групи наближаються дані обстежуваного, і тим самим судити про рівень розвитку у нього тих чи інших психічних процесів.

При обстеженні пізнавальної діяльності дітей з ДЦП потрібна часткова адаптація методик. При цьому слід використовувати наочно-практичні завдання з попереднім скрупульозним відпрацюванням і системою дозованої допомоги.

При діагностиці пізнавальних психічних процесів дітям з ДЦП необхідно пропонувати завдання, а потім надавати допомогу в словесних вказівках. Заздалегідь дітям з ДЦП пропонували загальні вказівки, а потім конкретні шляхи вирішення. Усе це дозволяло їм виконувати основні завдання. При діагностиці пізнавальної діяльності у цієї категорії дітей необхідно дотримуватися принципу від складного до простого, а потім до складного.

Ці положення, використовувані при діагностиці пізнавальної діяльності дітей з ДЦП, дозволили проникнути в механізми психічної діяльності, виявити потенційні можливості і шляхи їх успішного формування.

Отримані результати дослідження свідчать про низький рівень розвитку пізнавальних психічних процесів у більшості дітей з ДЦП. Діти з ДЦП відстають від їхніх здорових однолітків у рівні розвитку пізнавальних психічних процесів (сприйняття, мислення, пам'яті). У них відзначаються порушення ходу міркувань при вирішенні завдань, складнощі встановлення внутрішніх, причинних зв'язків явищ. Успішність виконання дітьми з ДЦП різного роду логічних операцій залежить від наочності матеріалу, що пропонується, і підкріплення його життєвим досвідом.

Вивчення психічних функцій показало, що в дітей з ДЦП виявляються порушення просторового сприйняття і конструктивного праксису, причому існує пряма залежність між тяжкістю рухової патології і мірою вираженості цих порушень.

Динаміка розвитку просторового сприйняття і наочно-дієвого мислення за наявності істотної рухової патології недостатня.

Отримані дані вказують і на те, що разом з просторовими порушеннями і порушеннями конструктивного праксису значна роль у загальній структурі порушень при ДЦП належить стомлюваності. Дані про порушення психічних процесів у дітей з ДЦП представлені в таблиці 2.

Спеціальна обробка даних патохарактеріологічного діагностичного опитувача, проведена для виявлення ролі важкості рухових порушень у формуванні рис характеру при ДЦП, показала, що відзначається наростання рис астено-неврологічного типу.

Це дозволяє припустити, що у формуванні таких рис характеру в дітей з ДЦП, як тривожність, іпохондричність, нерішучість, важливе місце займає постійна невротизація у зв'язку з порушеннями моторики.

Таблиця 2 – Зіставлення даних про характер рухових порушень з результатами дослідження психічних процесів (у %)

Порушення вищих психічних функцій	I	II	III
1. Порушення схеми тіла	100	39	31
2. Порушення орієнтування в просторі	91	58	26
3. Порушення стереопрогнозу	64	27	11
4. Порушення вищих зорових функцій	9	14	9
5. Порушення конструктивного праксису	100	32	52
6. Зниження розумової працездатності	100	91	54
7. Зниження механічної пам'яті	100	42	33
8. Низький рівень абстрактного мислення	0	5	2

Наслідком є страхи падіння, висоти, пересування, що відзначалися в багатьох обстежуваних дітей, особливо при важких рухових порушеннях. У походженні цих страхів, разом з недостатністю рухових функцій, істотну роль відіграють порушення вестибулярного аналізатора.

На другому етапі досліджень під наглядом знаходилися діти з ДЦП у контрольній групі з такими формами:

- спастична диплегія – 10;
- подвійна геміплегія – 7;
- гіперкінетична форма – 6;
- геміпаретична форма – 5;
- атанічно-статична форма – 7.

Всього – 33: 19 хлопчиків і 14 дівчаток.

Слід вказати, що в цих дітей були відмічені супутні захворювання і вторинні порушення, а також мовні і психічні відхилення.

До експериментальної групи входили діти з ДЦП з порушенням мови. У цієї категорії дітей була порушена функція артикуляційного апарату. Це призводило до невиразності мови і обмеження спілкування з однолітками і дорослими. Мовленнєво-рухові ускладнення вторинно призводили до порушення аналізу звукового складу слів. Діти не могли розрізняти звуки на слух, повторювати склади, виділяти звуки у словах. Вони дуже важко формували абстрактні поняття, просторово-часові стосунки, побудову пропозицій, сприйняття форми і об'єму тіла, недостатньо розвинену граматичну будову мовлення.

Порушення мовлення поєднувалося з розладами дихання і голосоутворення, у них переважало прискорене, аритмічне, поверхнєве дихання. При цьому була порушена координація між диханням, фонацією і артикуляцією. Порушення голосу пов'язані з парезами і паралічами м'язів язика, губ, м'якого піднебення, гортані. Голос у них був слабкий, тихий, глухий, монотонний, емоційно невиразний. Вони насилу опанували читання і письмо. Тривалий час діти повільно читали по складах, переставляли букви, пропускали рядки. На аркуші спотворювався графічний образ букв, насилу сполучали букви в слова, а слова у фрази, зустрічалася дзеркальність письма. У них відзначалися оптико-гностичні розлади, спастичність м'язів кисті, очей, звуження поля зору, порушення взаємодії мовно-слухової, мовно-рухової і зорово-моторної систем.

Слід зазначити, що в дітей експериментальної групи були відмічені порушення пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери. Порушення пізнавальної діяльності проявлялися у відсутності інтересу до занять, поганій розумовій працездатності і концентрації уваги, зниженні пам'яті, мислення. Порушення емоційно-вольової сфери проявлялося у вигляді підвищеної емоційної збудливості в поєднанні з нестійкістю вегетативних функцій, підвищеною виснажуваністю нервової системи. Спостерігалася дисгармонія розвитку особистості з нестійким настроєм і складною дошкільною і соціальною адаптацією.

На першому етапі була розроблена методика корекції нормалізації тону і моторики дитини, стимуляція звукової і мовної активності.

На другому етапі були апробовані прийоми предметної діяльності, розвивали маніпулятивні функції. Контрольна група дітей у віці 5-6 років займалася за загальноприйнятою програмою для дітей з ДЦП у школах Північної Ірландії.

В експериментальній групі дітям у віці 5-6 років було запропоноване заняття в сухому басейні і на фітболах. Використання нетрадиційних форм занять пояснюється тим, що тіло дитини у басейні постійно знаходиться у безпечній опорі, що особливо важливо для дітей з руховими

порушеннями. Крім того, у басейні можна пересуватися, відчуваючи постійний контакт шкіри з кульками, що наповнюють басейн. Це сприяє масажу тіла, стимулюється пропріоцептивна і тактильна чутливість. Дитина вільно рухається, міняє напрям руху, позу, чергуючи діяльність з відпочинком, мимоволі регулюючи навантаження, задовольняє потребу в русі. У сухому басейні розвивали моторику, координували рухи, рівновагу, пропріоцептивну чутливість усіх сенсорних систем, зменшували спастичку і гіперкінези, стимулювали функцію паретичних м'язів, сприяли збільшенню рухливості хребта і суглобів верхніх і нижніх кінцівок, створювали психоемоційний настрій. Підбір вправ у басейні був індивідуальний залежно від форми і ступеня тяжкості захворювання.

В експериментальній групі дітям з ДЦП також пропонувалося заняття фітбол-гимнастикою. Для дітей 3-5 років діаметр м'яча дорівнював 45 см, від 6 до 10 років - 55 см.

Фітболи мають комплекс корисних дій на організм людини. Вібрація на м'ячі активізує регенеративні процеси, сприяє кращому кровообігу і лімфовідтоку, збільшує скорочувальну здатність м'язів. При цьому покращується функція серцево-судинної системи, зовнішнього дихання, підвищуються обмін речовин, інтенсивність процесів травлення, захисні сили і опірність організму.

Вібрація сидячи на м'ячі, за своєю фізіологічною дією, схожа з райттерапією (лікуванням верховою їздою). При цьому створюється м'язовий корсет, покращується функція внутрішніх органів, урівноважуються нервові процеси, розвиваються усі фізичні якості і формуються рухові навички, відбувається колосальна позитивна дія на психоемоційну сферу.

Умови виконання вправ на м'ячі набагато важчі, ніж на жорсткій стійкій опорі (на підлозі), оскільки вправи виконуються в постійному балансуванні, і, для того, щоб не впасти, необхідно поєднувати центр тяжіння тіла з центром м'яча. Ускладнені умови роботи дозволяють отримати швидкі результати за короткий час. Фітбол сприяє гарній релаксації м'язів, а природна опуклість м'яча може використовуватися для корекції різних деформацій хребта. Заняття з фітболом мають оздоровче, виховне, корекційно-розвиваюче значення для усієї психомоторики дітей з ДЦП.

Перед проведенням психолого-педагогічного експерименту усі фахівці були ознайомлені з методичними рекомендаціями. В основу методики були покладені положення А.А. Потапчука:

- в.п. на фітболі передбачає оптимальне взаємоположення усіх ланок тіла. Кут між тулубом і стегном, стегном і гомілкою, гомілкою і стопою дорівнює 90°, голова підведена, спина випрямлена, руки фіксують м'яч долонями ззаду, ноги на ширині плечей, стопи паралельні одна до одної. Це положення на м'ячі сприяє стійкості і симетричності збереження правильної постави;
- своєчасно використати страховку, самостраховку і допомогу для профілактики травматизму. На підлозі і одязі тих, що займаються не повинно бути ніяких гострих предметів, слід мати зручний одяг і неслизьке взуття;
- розпочинати з простих вправ і полегшених початкових положень, поступово переходячи до складніших;
- вправи не повинні заподіювати болю або відчуття дискомфорту;
- уникати різких рухів, скручувань у шийному і поперековому відділах хребта, інтенсивного напруження м'язів шиї і спини. Повороти, скручування, навантаження по осі ушкоджують міжхребцеві диски, збільшують нестабільність хребетно-рухових сегментів, порушують вертебро-базиллярний кровообіг;
- при виконанні вправ лежачи на м'ячі не затримувати дихання, оскільки тривале здавлення діафрагми ускладнює дихання;
- при виконанні вправ м'яч не повинен рухатися;

- при виконанні вправ лежачи на животі на м'ячі з упором руками на підлозі долоні мають бути паралельні одна до одної і розташовуватися на рівні плечових суглобів;
- вправи на силу повинні чергуватися з вправами на розтягування і розслаблення;
- заняття на фітболі можуть проводитися через день або двічі на тиждень. Тривалість занять для дітей до 5 років 15-20 хв, для дітей 6-7 років - 25-30 хв.;
- кожен вправу повторюють, починаючи з 3-4 разів, поступово збільшуючи до 6-8 повторень. У кінці заняття використовуються вправи для відновлення дихання і розслаблення.

Використання фітбол-гімнастики в профілактиці, лікуванні і корекції різних захворювань і деформацій дозволяє урізноманітнити заняття, вносити емоційний розряд, сприяє корекції рухової сфери в дітей з ДЦП.

Нами була розроблена диференційована оцінка рівня розвитку психомоторики в дітей 5-6 років до і після експерименту. Ці дані представлені в таблиці 3.

Таблиця 3 – Диференційована оцінка рівня розвитку психомоторики у дітей 5-6 років (до і після експерименту)

Оцінка рівні	бали	вік			вік			вік			вік	
		5	6		5	6		5	6		5	6
		ХЛОПЧИКИ										
низький	1	28 i >	23 i >	Проста зорово-моторна реакція	609 i >	590 i >	Перекладування фішок дрібного діаметру, мм., с	21,8 i >	21 i >	Проба Ромберга п'яточно-носочна, с	2 i <	4 i <
нижче за середн.	2	22 -27	19 -22		481- 608	470- 589		18,4- 21,7	18- 20,9		3-8	5-10
середній	3	12 -21	11 -28		225- 480	230- 469		11,8- 18,3	12- 17,9		9-20	11-12
вище за середн.	4	7- 11	7- 10		170- 224	160- 229		8,4- 11,7	9- 11,9		21-30	23-32
високий	5	7	6		169	159		8,3- 8,9	8,9 i <		31 i >	33 i >

ДІВЧАТКА												
Оцінка рівні	бали	вік			вік			вік			вік	
		5	6		5	6		5	6		5	6
		ДІВЧАТКА										
низький	1	32 i >	29 i >	Проста зорово-моторна реакція	495 i >	520 i >	Перекладування фішок дрібного діаметру, мм., с	25,4 i >	24,1 i >	Проба Ромберга п'яточно-носочна, с	3 i <	5 i <
нижче за середн.	2	25 -32	23 -28		391- 494	420- 519		21,1- 21	25,3- 20,2		4-9	6-11
середній	3	11 -24	11 -22		203- 390	220- 419		12,5- 21	12,7- 20,2		10-21	12-23
вище за середн.	4	4- 10	5- 10		170- 202	160- 210		8,2- 12,4	9- 12,6		22- 27	24- 29
високий	5	3	4		169 i <	159 i <		8,1 i <	8,9 i <		28 i >	30 i >

Висновки

1. Розвиток психомоторики представляє значні складнощі в ранньому і дошкільному віці. Для дітей притаманна підвищена стомлюваність, вони дратівливі, метушливі, у них посилюються насильницькі рухи. Довільна діяльність формується дуже повільно. Ці особливості визначають необхідність поєднань занять психомоторики із заходами, спрямованими на загальний розвиток дитини і попередження у неї вторинних емоційних і поведінкових відхилень.

2. Використання нетрадиційних форм занять з дітьми з ДЦП дозволяє інтенсифікувати процес корекції психомоторики і сприяє нівеляції відмінностей у більш короткі терміни, порівняно з традиційними заняттями.

Перспективи подальших розвідок у цьому напрямку. Реалізація запланованих у рамках заходів Державної Програми розвитку системи в Україні системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями повинна забезпечити подальше формування комплексної системи реабілітації та інтеграції інвалідів у сучасне суспільство, що дозволить досягти відчутного соціального ефекту, який буде мати значимість не тільки для інвалідів, але й для всього суспільства загалом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бернштейн Н.А. О построении движений / Н.А. Бернштейн. – М. : Наука, 1990. – С. 373.
2. Бондар В. І. Спеціальне навчання: забезпечення та реалізація принципу рівних освітніх можливостей. В кн. Реабілітаційна педагогіка на рубежі ХХІ ст.: / В. І. Бондар. наук.-метод. Зб-к.: ІЗМН, 1998. – ч. 1. – С. 71-78.
3. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / Л.С. Выготский. – М. : изд-во экспер. дефектол. ин-та, 1936. – 238 с.
4. Психопатология детского возраста / М.О. Гуревич. – М., 1932. – 288 с.
5. Обухівська А.Г. Научуваність як діагностичний показник розумового розвитку дошкільників : Автореф. дис.... канд.. психол. наук. : 19.00.08. // Обухівська А.Г. – К., 1998. – 19 с.
6. Озерецкий К.Н. Метод массовой оценки моторики у детей и подростков / К.Н. Озерецкий. – М., 1928. – 77 с.
7. Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенитенциарії. Вибрані наукові праці: К. : «МП Леся», 2010. – 779 с.
8. Шевцов А.Г. Вступ до абілітації та реабілітації дітей з обмеженнями життєдіяльності. Навчально-методичний посібник / А.Г. Шевцов. – К. : ГЕРБ, 2007. – 288 с.

REFERENCES

1. Bernshtejn N.A. O postroenii dvizhenij / N.A. Bernshtejn. – M.: Nauka, 1990. – P. 373.
2. Bondar V. I. Special'ne navchannja: zabezpechennja ta realizacija pryncypu rivnyh osvitnih mozhlyvostej. V kn. Reabilitacijna pedagogika na rubezhi NHI st.: / V. I. Bondar. nauk.-metod. Zb-k.: IZMN, 1998. – ch. 1. – P. 71-78.
3. Vygotskij L.S. Diagnostika razvitija i pedologicheskaja klinika trudnogo detstva / L.S. Vygotskij. – M. : izd-vo jeksper. defektol. in-ta, 1936. – 238 p.
4. Psihopatologija detskogo vozrasta / M.O. Gurevich. – M., 1932. – 288 p.
5. Obuhivs'ka A.G. Nauchuvanist' jak diagnostychnyj pokaznyk rozumovogo rozvytku doshkil'nykiv: Avtoref. dys.... kand.. psyhol. nauk.: 19.00.08. // Obuhivs'ka A.G. – K., 1998. – 19 p.
6. Ozereckij K.N. Metod massovoj ocenki motoriki u detej i podrostkov / K.N. Ozereckij. – M., 1928. – 77 p.
7. Syn'ov V. M. Psyhologo-pedagogichni problemy defektologii' ta penyencyarii'. Vybrani naukovy prac.: K. : «MP Lesja», 2010. – 779 p.
8. Shevcov A.G. Vstup do abilitacii' ta reabilitacii' ditej z obmezhenjami zhyttjedijal'nosti. Navchal'no-metodychnyj posibnyk / A.G. Shevcov. – K. : GERB, 2007. – 288 p.