МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

**Голенко Т.С.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Роль сімʼї в системі фізичної реабілітації**

**дітей з ДЦП**

Сєвєродонецьк

2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітрних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня** \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

на тему: «Роль сімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП»

Виконала: студентка групи ЗЛ-16з Голенко Т.С.

Керівник: д. психол. н., проф. Тоба М.В.

Завідувач кафедри здоров´я людини

та фізичного виховання:

к. психол. н., доц. Завацький Ю.А.

Рецензент: д. мед. н., проф. Зєльоний І.І.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра здоров´я людини та фізичного виховання

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки 227 – Фізична терапія, ерготерапія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**здоров´я людини**

**та фізичного виховання**

**доц. Завацький Ю.А.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Голенко Тетяни Сергіївни**

## Тема роботи: «Роль сімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП»

## Керівник роботи Тоба Маріанна Василіна, д. психол. н., проф.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2020 р. № 51/15.22

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи* *– 73 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 61 дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з ролі сімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення ролі сімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо ролі сімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 3.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2. | Тоба М.В. – д.психол.н., проф. | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р**.**

#### **КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо ролісімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП. | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

**Студентка Голенко Т.С.**

**Керівник роботи проф. Тоба М.В.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 73 с., табл. – 3, джерел – 61

В роботі розкрито теоретико-методологічні засади дослідження особливостей ролісімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП, розглянута рольсімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП та сучасні підходи до ролісімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП.

Проведено констатувальний експеримент з метою дослідження особливостей ролісімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП.

Розроблено практичні рекомендації ролісімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП.

**Ключові слова:** сімʼї, ЗДОРОВʼЯ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, діти, ДЦП, СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВʼЯ, система, КОРЕКЦІЯ.

**ЗМІСТ**

ВСТУП …………………………………………………………………………….7

РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ дітей з церебральним паралічем.........................................................................10

* 1. Загальне поняття про дитячий церебральний параліч (ДЦП), мовні, психічні та рухові порушення ………………………..……………..…...10

1.2. Адаптивне фізичне виховання дітей з ДЦП …………………………....15

1.3. Роль сім'ї у фізичній реабілітації дітей з ДЦП ………..………………..37

РОЗДІЛ 2. МЕТА, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СІМ'Ї НА ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ДИТИНИ З ДЦП………….................44

2.1. Мета та завдання дослідження ролі сім'ї у фізичній реабілітації дітей з ДЦП ……………………………………………………………………...44

2.2. Методи та організація дослідження ролі сім'ї у фізичній реабілітації дітей з ДЦП …………………………………………………….………….…….50

2.3. Методика фізичної реабілітації дітей з ДЦП та аналіз результатів дослідження…………………………………………………………………........54

ВИСНОВКИ ……………………………………………………………………..65

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ …………….……………………67

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** В останні роки у вітчизняній та зарубіжній літературі зріс інтерес до проблеми ранньої діагностики порушень розвитку рухової діяльності дітей з церебральним паралічем.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) це важке захворювання центральної нервової системи, яке проявляється у вигляді різних рухових, психічних та мовних порушень. При цьому особливо важко страждають рухові структури головного мозку, що регулюють довільні рухи. Серед усіх форм ДЦП найбільш часто зустрічається спастична диплегія, яка відзначається більш ніж у 50% дітей, які страждають на церебральний параліч.

Вивчення дітей з церебральним паралічем представляє істотні труднощі в зв'язку з різноманіттям проявів порушень рухового, психічного та мовного розвитку цих дітей. Рання діагностика та початок фізичної реабілітації, особливо в перші 3 роки життя цих дітей, сприяє максимальному використанню компенсаторних можливостей дитячого організму: пластичності мозоку, здатності до компенсації порушених рухових функцій.

Так, в ранньому дошкільному та молодшому шкільному віці особливу увагу слід приділяти особливостям формування спілкування дітей з дитячим церебральним паралічем, оскільки за визнанням багатьох фахівців, розвиток дітей даного віку відбувається саме у спілкуванні і найбільший вплив робить спілкування дитини з батьками.

Вивченням даної проблеми займалися такі дослідники, як Є. Каліжнюк, І. Левченко, І. Мамайчук, О. Мастюкова, Н. Сімонова та ін.

Вивченню порушень у дітей з церебральним паралічем, які займають значне місце серед інших патологічних проявів при ДЦП, присвячено також багато досліджень (О. Архіпова, Л. Данілова, М. Іпполітова та ін.).

У той же час недостатньо розроблені ранні діагностичні критерії виявлення порушень та адекватні методи їх корекції у ранньому віці. Також до теперішнього часу особливості формування рухомої функції у дітей з церебральним паралічем вивчені недостатньо. Не розроблена поетапна система з розвитку рухових функцій, і перш за все, в сім'ї дитини. Є лише поодинокі роботи, що досліджують статус батьків, які мають дітей з ДЦП, чого явно недостатньо, враховуючи значущість ранньої діагностики та фізичної реабілітації таких дітей, а також роль батьків у розвитку дитини з ДЦП.

**Об’єкт дослідження** – фізична реабілітація дітей з ДЦП.

**Предмет дослідження** – роль сім'ї у фізичній реабілітації дітей з ДЦП.

**Мета дослідження** – визначити роль сім'ї у фізичній реабілітації дітей з ДЦП.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень з проблеми розвитку дітей з церебральним паралічем, їх діагностики та корекції в сім'ї.

2. Обґрунтувати методичні засади та розробити процедуру дослідження порушень розвитку у дітей, які страждають на ДЦП.

3. Вивчити проблему реабілітаційної допомоги дітям з церебральним паралічем.

4. Надати рекомендації з фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах сімʼї.

**Методи дослідження.** Для розв’язання поставлених завдань використано систему загальнонаукових методів теоретичного та емпіричного дослідження: вивчення проблеми, теоретичний аналіз та узагальнення спеціальної літератури з теми дослідження; бесіди з батьками, лікарями, реабілітологами, які беруть участь в корекційній роботі з дітьми, а також з самими дітьми; спостереження в умовах вільної діяльності дітей, на спеціальних заняттях.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у можливості їх використання при розробці програм щодо особливостей ролісімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП; при наданні допомогибатькам у фізичній реабілітації дітей з ДЦП; при створенні сприятливих умов для покращення здоров’я дітей з ДЦП.

Використаний у роботі діагностичний інструментарій може становити методичну основу подальших досліджень ролісімʼї в системі фізичної реабілітації дітей з ДЦП.

**РОЗДІЛ 1**

**Теоретичні основи ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ дітей з церебральним паралічем**

**1.1. Загальне поняття про дитячий церебральний параліч (ДЦП), мовні, психічні та рухові порушення**

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) це органічне ураження мозку, що виникає у періоді внутрішньоутробного розвитку, під час пологів або в періоді новонародженості та супроводжується руховими, мовними і психічними порушеннями [1].

Рухові порушення проявляються у вигляді парезів, паралічів, насильницьких рухів. Особливо значимі та складними порушення регуляції тонусу, які можуть відбуватися по типу спастичності, ригідності, гіпотонії, дистонії. Порушення регуляції тонусу тісно пов'язані з затримкою патологічних тонічних рефлексів та несформованістю ланцюгових настановних випрямних рефлексів. На основі цих порушень формуються вторинні зміни у м'язах, кістках та суглобах (контрактури та деформації).

Мовні розлади характеризуються лексичними, граматичними та фонетико-фонематичним порушеннями.

Психічні розлади проявляються у вигляді затримки психічного розвитку або розумової відсталості всіх ступенів тяжкості. Крім того, часто є зміни зору, слуху, вегетативно-судинні розлади, судомні прояви та ін.

Рухові, мовні та психічні порушення можуть бути різного ступеня вираженості.

Виділяються такі форми порушень:

- спастична диплегія;

- подвійна геміплегія;

- гіперкінетична форма;

- геміпаретична форма;

- атонічески-астатическа форма [5].

1.Спастична диплегія є найпоширенішою формою ДЦП. Зазвичай це тетрапарез, але ноги уражаються більше ніж руки. Прогностично сприятлива форма у плані подолання мовних та психічних порушень і менш сприятлива в руховому відношенні. 20% дітей пересуваються самостійно. 50% - за допомогою, але можуть себе обслуговувати, писати, маніпулювати руками.

2. Подвійна геміплегія - найважча форма ДЦП з тотальним ураженням великих півкуль. Це тетрапарез з важкими ураженнями як верхніх, так і нижніх кінцівок, але руки «страждають» більше ніж ноги. Ланцюгові установчі випрамітельні рефлекси можуть не розвинутися взагалі. Довільна моторика різко порушена, діти не сидять, не ходять, функція рук не розвинена. Мовні порушення грубі, за принципом анартрія, в 90% розумова відсталість, в 60% судоми. Прогноз рухового, мовного та психічного розвитку несприятливий.

3. Гіперкінетична форма пов'язана з поразкою підкіркових відділів мозку. Причиною є несумісність матері і плоду по резус-фактору. Рухові порушення проявляються у вигляді насильницьких рухів, які виникають мимоволі, посилюючись від хвилювання і втоми. Довільні рухи розмашисті, порушена письмова функція, мова. У 20 - 25% випадків вражений слух, в 10% можливі судоми. Прогноз залежить від характеру та інтенсивності гіперкінезів.

4. При геміпаретичній формі уражаються руки і ноги з одного боку. Пов'язано це з ураженням півкулі мозку (при правостороннем геміпарезе порушується функція лівої півкулі, при лівосторонньому - правої). Прогноз рухового розвитку при адекватному лікуванні сприятливий. Діти ходять самі, здатність до навчання залежить від психічних та мовних порушень.

5. Атонічески-астатическа форма виникає при порушенні функції мозочку. При цьому спостерігається низький м'язовий тонус, порушення рівноваги у спокої та ходьбі, порушення координації рухів. Рухи неритмічні, порушено самообслуговування. У 50% відзначаються мовні та психічні порушення різного ступеня тяжкості [14].

У дітей з ДЦП спостерігаються такі порушення:

1. Контрактури та деформації. Якщо у дитини з ДЦП не формуються настановні рефлекси, то не формуються шийний і поперековий лордоз, рано з'являється надмірно виражений кіфоз у грудному відділі хребта, що сприяє швидкому розвитку кіфосколіозу. При затримці формування досвіду стояння і ходьби виникає дисбаланс м'язів тазостегнового суглоба, порушується розвиток вертлюжної западини і голівки стегна, що призводить до дисплазії тазостегнових суглобів, підвивихів та вивихів стегон. Дисбаланс м'язів гомілковостопного суглоба призводить до еквіноварусної і еквіновальгусної деформації стоп.

2. Гипертензіонно-гідроцефальний синдром. При ДЦП надмірно збільшується продукція ліквору, порушується всмоктування в шлуночках мозку, підвищується внутрішньочерепний тиск, що у свою чергу здавлює клітини та судини головного мозоку. При цьому можливі відрижки, блювота, млявість, сонливість, апатія, підвищення м'язового тонусу.

3. Судомний синдром часто супроводжує ДЦП, у відповідь на екзогенні або ендогенні подразники розвиваються епілептиформні пароксизми.

4. Порушення вегетативної нервової системи відбувається у вигляді зниження апетиту, розлади сну, занепокоєння, періодичного підвищення температури, спраги, запорів або проносів, підвищеного потовиділення, порушення імунологічної реактивності і ін.

5. Порушення слуху частіше виникають при гіперкінетичних формах. Зазвичай порушено сприйняття високого тону. Такі звуки як в, до, з, ф, м дитина просто може не вживати у своїй промові. Недорозвинений фонематичний слух, можливе зниження гостроти слуху. Будь-яке порушення слухового розвитку призводить до затримки мовного розвитку.

6. При ДЦП знижується гострота зору, порушуються поля зору, можуть виникати аномалії рефракції, косоокість, парез погляду, зміна очного дна.

7. Порушення мови відбувається при очаговому ураженні головного мозоку, уповільнення темпу його дозрівання, неузгодженості діяльності правої та лівої півкулі, відзначаються різноманітні розлади формування мови [5]. При ДЦП порушена функція апарату артикуляції та перш за все фонетичне вимова звуків. Звуки вимовляються спотворено або замінюються близькими по артикуляції, що призводить до невиразності мови та обмеження спілкування з однолітками і дорослими [3].

Лексика у дітей з ДЦП збільшується повільно, не відповідає віку, дуже складно формуються абстрактні поняття, просторово-часові відносини, побудова речень, сприйняття форми та об'єму тіла. У зв'язку з порушеннями лексики недостатньо розвивається граматичний лад мови. Порушення фонетико-фонематичного розвитку обмежує накопичення граматичних засобів.

8. Психічні порушення при ДЦП обумовлені раннім органічним ураженням головного мозку, обмеженням рухової активності, соціальних контактів, а також умовами виховання, пізнання навколишнього. Негативний вплив на нервову систему може надати психологічна обстановка у сім'ї, неможливість повноцінної ігрової діяльності, педагогічна занедбаність. Психічні порушення при ДЦП проявляються у вигляді розладів емоційно-вольової сфери, пізнавальної діяльності.

Порушення функції м'язів проявляються у патологічному перерозподілі м'язового тонусу, зниження сили м'язів, порушенні взаємодії між м'язами-агоністами і синергистами. Існує умовний розподіл м'язів на тонічні, щоб забезпечити підтримку поз і фазіческі, які здійснюють динамічні рухи. Різні функції м'язів забезпечуються складом, входять до м'яз різних рухових одиниць (ДЕ). Переважання швидких ДЕ забезпечує динамічні руху, наприклад двоголовий і триголовий м'язи плеча при балістичних рухах. Для цих рухів характерні прояви значної сили, висока швидкість розслаблення та швидка стомлюваність. М'язи, що включають переважно повільні ДЕ, забезпечують тривалу напругу, характерну для статичних навантажень. При цьому зусилля, що розвивається м'язом, невисока, але підтримується тривалий час без втоми, швидкість розслаблення нижча [4].

Більшість м'язів бере участь як в статичних, так і у динамічних рухах. Перерозподіл тонусу проявляється у вигляді перенапруги та укорочення м'язів з високим тонусом і надлишковим розтягуванням і подовженням м'язів з низьким тонусом. При цьому порушується ригідності, надмірне підвищення м'язового тонусу при подвійної геміплегії; гіпотонії це зниження м'язового тонусу, що характерно для атонічески-астатіческої форми.

При гіперкінетичний формі ДЦП з'являються мимовільні насильницькі рухи - гіперкінези. Вони зникають увісні та у спокої, але посилюються при фізичному або емоційному напруженні, спробі виконати рух, втомі. Гіперкінези можуть з'являтися у м'язах кінцівок, тулуба, язика, шиї, обличчя.

Гіперкінези спостерігаються у вигляді хореї, атетоза, подвійного атетоза (хореоатетоз), торсіонної дистонії.

Для всіх форм ДЦП характерно також порушення пропріоцептивної регуляції. Пропріоцептори розташовуються у м'язах, сухожиллях, суглобах - вони передають у ЦНС інформацію про положення тіла у просторі, ступеня скорочення м'язів. Порушення пропріоцептивної регуляції різко ускладнює вироблення умовно-рефлекторних зв'язків. У дітей з церебральним паралічем порушено почуття пози, спотворено сприйняття напрямки руху. Рухи одноманітні, стереотипні, затримується формування тонко координованих рухів, при цьому страждає просторова орієнтація, дитина складно сприймає і запам'ятовує такі поняття, як «праворуч», «ліворуч» та ін. [8].

При ДЦП внаслідок м'язового дисбалансу формуються типові порочні пози. Так, наприклад, при гемипаретическої формі ДЦП велика опора відбувається на уражену ногу з акцентом на носок. При цьому обмежена розгинання стопи, тулуб закинутий назад, а таз зміщений уперед та у сторону ураженої ноги. З цієї ж сторони ослаблені сідничні м'язи і м'язи черевного преса. У результаті формується порушення постави у фронтальній площині або сколіоз.

При спастичної диплегії, подвійної геміплегії дитина стоїть із зігнутими у тазостегновому, колінному та гомілковостопному суглобах ногами. Еквінусная установка стоп призводить до зміни положення тулуба і голови, вони нахиляються уперед. Якщо тулуб залишається прямим, тоді компенсаторно відбувається згинання ніг у тазостегновому і колінному суглобах, що знижує центр ваги та умови рівноваги поліпшуються. Таким чином, зміна у положенні однієї частини тіла призводить до зміни, пристосування у інший. Всі ці зміни виявляють велику різноманітність та індивідуальність при різних формах ДЦП.

* 1. **Адаптивне фізичне виховання дітей з ДЦП**

Адаптивне фізичне виховання (АФВ) це наука, що вивчає різні аспекти фізичного виховання людей, які втратили на тривалий час або назавжди будь-які функціональні можливості, у тому числі рухові. За визначенням сучасного законодавства, інвалід – це особа зі стійким порушенням функцій організму, яке є наслідком захворювань, травм або уроджених дефектів, засвідчених у встановленому порядку органами охорони здоров’я, що призводить до обмеження її життєдіяльності та потреби у соціальній допомозі та захисті. Сьогодні у більшості розвинутих країн відмовилися від застосування слова інвалід у зв’язку з його негативним психологічним навантаженням. Замість цього використовують такі визначення, як недієздатні особи, люди з фізичними вадами, люди з функціональними (фізичними) обмеженнями (порушеннями), люди з особливими потребами, аномальні особистості (діти). Причини інвалідизації це екологічні катастрофи, війни, криміногенні ситуації, спадковість, інфекційні захворювання, травми, каліцтва, отримані на виробництві, в побуті, на транспорті тощо. Інвалідність це повна або часткова втрата внаслідок захворювання, травм та вроджених дефектів здатності до самообслуговування, самостійного пересування, спілкування, контролю власної поведінки, навчання та заняття трудовою діяльністю, тобто стійке порушення (зниження або втрата) загальної або професійної працездатності. Це поняття є одночасно медичним, соціальним та юридичним, оскільки пов’язане зі станом здоров’я людини та її трудовою діяльністю. Інвалідність визначається медикосоціальною експертизою а результаті обстеження органами охорони здоров’я осіб, які частково або повністю втратили здоров’я внаслідок захворювання, травм та вроджених дефектів, що обмежують їхню життєдіяльність, а також осіб, які мають відповідно до законодавства право на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку або звільнення від виконання відповідних обов’язків. При цьому встановлюють ступінь обмеження життєдіяльності, працездатності, Групу інвалідності, визначають для кожного інваліда відповідно до стану здоров’я, виду трудової діяльності та умов праці, які сприяли відновленню порушених функцій організму. Для кожного інваліда розробляють індивідуальну програму адаптаційно-реабілітаційних заходів. Соціальний захист інвалідів це система правових, економічних та соціально-побутових заходів, спрямованих на забезпечення потреб людей з обмеженими фізичними можливостями у відновленні здоров’я, матеріальному забезпеченні, посильній професійній та громадській діяльності та реалізації ними прав та свобод на рівні з усіма громадянами держави. Реабілітація інвалідів це система медичних, професійних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення порушених функцій організму людей з обмеженими фізичними можливостями, компенсацію обмежень життєдіяльності, соціально-професійну адаптацію та інтеграцію до суспільства. Фізична реабілітація спрямована на відновлення у людей з обмеженими фізичними можливостями тимчасово втрачених або порушених функцій після перенесених захворювань, травм, фізичних та психічних перенапружень, які виникли у процесі будь-якого виду діяльності або будь-яких життєвих обставин. Реалізується з метою формування у людини адекватних психомоторних реакцій на те чи інше захворювання, її орієнтації на використання природних, екологічно виправданих засобів, які би стимулювали швидку нормалізацію функцій організму; навчання вміння самостійно застосовувати відповідні комплекси фізичних вправ, прийоми самомасажу, загартовуючі процедури, фізіотерапевтичні методи та ін. Індивідуальна програма фізичної реабілітації та адаптації інваліда це комплекс оптимальних для конкретної людини видів, форм, об’єктів, термінів та порядку проведення реабілітаційних заходів. Дефектологія це система наук, яка вивчає психофізичні особливості розвитку осіб із фізичними та психічними вадами, закономірності їх виховання, освіти, навчання. Дефектологія поєднує ряд спеціальних напрямів: Олігофренопедагогіка розвиває виховання розумово відсталих осіб; Сурдопедагогіка – педагогіку глухих і тих, хто слабко чує; Логопедія – корекцію мовних порушень; Тифлопедагогіка – педагогіку сліпих та тих, хто слабко бачить; Тифлосурдопедагогіка це виховання, розвиток, адаптацію та реабілітацію сліпоглухонімих людей. Адаптивна фізична культура це соціальний феномен, головною метою якого є соціалізація людей з обмеженими фізичними можливостями, та їх лікування за допомогою фізичних вправ та фізіотерапевтичних процедур. Досить «молоде» на сьогодні поняття – адаптивна фізична реабілітація. Її зміст спрямований на активізацію, підтримання та відновлення фізичних сил, які витрачаються людьми з обмеженими фізичними можливостями за час будь-якої діяльності: роботи, навчання, спорту та на профілактику стомлення, на розваги, цікаве проведення вільного часу, оздоровлення. Основна ідея адаптивної фізичної реабілітації полягає у забезпеченні психологічного комфорту та зацікавленості людей, які беруть у ній участь, за рахунок повної свободи вибору засобів, методів та форм занять. Спорт інвалідів, або адаптивний спорт, переслідує мету формувати у людей з обмеженими фізичними можливостями високу спортивну майстерність та досягнення ними найвищих результатів у різних видах змагальної діяльності людей, які мають аналогічні проблеми зі здоров’ям. Містить у собі три головних напрями: параолімпійський рух, спеціальну олімпіаду та Всесвітні ігри глухих («Тихі ігри»), які охоплюють інвалідів практично всіх нозологій. Значення адаптивного спорту полягає в тому, що психологічна дія спортивних тренувань та змагань полегшує компенсацію фізичних, психічних і соціальних змін особистості інваліда; підвищує психоемоційну стійкість, нормалізує соціальну значущість в умовах стресу. Дозоване застосування підвищених фізичних навантажень під час занять спортом виявляє резервні можливості організму, підвищує комунікативну активність. АФВ відрізняється від фізичної реабілітації наявністю в її змісті значного обсягу спортивних ігор та рекреативних заходів, цілеспрямованості для заохочення до спортивних занять, по можливості, найбільшої кількості учасників як інвалідів, так і здорових осіб. Від спорту АФВ відрізняє адаптаційно-оздоровча спрямованість та орієнтація на досягнення, насамперед, взаєморозуміння, співпереживання, взаємодопомоги та дружніх відносин, які забезпечують об’єднання людей з різними фізичними можливостями.

Основні принципи адаптивного фізичного виховання взаємодіють у процеси подолання, корекції та компенсації вад розвитку дитини з особливими потребами, її всебічного розвитку. Виховання відбувається на інтегрованій основі оволодіння знаннями, реалізації у процесі виховання взаємозв’язку між різними напрямами навчання. Основними принципами у АФВ є: свідомості та активності, індивідуалізації, доступності, наочності, послідовності, диференційно-інтегральних оптимумів, систематичності, розсіяного м’язового навантаження, міцності. У АФВ загальні дидактичні принципи мають певні особливості, пов’язані із специфікою контингенту тих, кого навчають. Зупинимося на кожному принципі докладніше. Принцип свідомості та активності спрямований на розвиток уміння орієнтуватися у навколишній дійсності. Фахівець будує заняття таким чином, щоб той, кого навчають, міг засвоювати навчальний матеріал, правильно сприймаючи дійсність. З цією метою фахівці повинні відповідати потребам та інтересам дитини, бути ясними та зрозумілими для нього. У постановці індивідуальних завдань фахівцям значною мірою може допомогти досвід Монтессорі, в основі якої лежить спостереження за дитиною та вирішення таких питань: до якого виду рухової активності проявляє інтерес або мимоволі звертається дитина? Яким інвентарем та як довго цікавиться дитина? Які дії, рухи здійснює вона з цим предметом самостійно, без стороннього втручання? За умов можливості вибору, якому виду фізичної діяльності дитина надає перевагу? Які індивідуальні рухові та особистісні якості демонструє дитина у своїй фізичній діяльності? Чи існує у руховій активності учня періодичність протягом дня, тижня, місяця тощо? Як можна охарактеризувати періоди підвищеної рухової активності? Як довго вони тривають? Яким чином дитина демонструє своє прагнення до розвитку? Яким вправам вона надає перевагу та в якій послідовності? Які перешкоди для неї найбільш значущі? Чи повертається дитина до своєї діяльності після того, якщо її увага була відвернута?

У відповідності з принципом свідомості нові вправи необхідно починати з обговорення цілей, завдань та способів їх виконання, основних моментів дії та її складових, а також умов виконання цих моментів дії. Необхідно розвивати осмислення побудови дії, вміння аналізувати власні дії та знаходити причини допущених помилок; активно практикувати завдання для самостійного вирішення, стимулювати творчий підхід до вирішення завдань на основі знань учня. При цьому обов’язкова позитивна оцінка успішного виконання завдання. У кожному випадку викладачеві необхідно індивідуально вирішувати завдання вибору, вихідного положення, раціональної оперативної постави. Вони повинні забезпечувати стійкість та рівновагу тіла у просторі, траєкторії руху, яка залежить від гнучкості та точності диференціювання рухів, тривалості фізичної дії, частоти повторення за одиницю часу, послідовності «включення» різних м’язових груп у дію, послідовності нарощування зусиль, оптимального передавання кількості рухів із однієї ланки рухового апарату до іншої, послідовності рухів, сполучення та узгодженості рухів у часі, раціонального співвідношення тривалості фаз навантаження та розслаблення. Принцип індивідуалізації. Фахівець звертає увагу на вік, стать, особливості стану здоров’я, фізичного розвитку, темперамент, особистісні та характерологічні якості дитини, його установки, цінності та інтереси, наявність та якість попередньої фізичної підготовки. Окрім того, фахівцю необхідно також знати загальні закономірності патологічного процесу, який має місце у дитини; орієнтуватися у пов’язаних із цим захворюванням змінах у руховій активності, добре розбиратися не тільки у фізичному, але й психічному потенціалі свого підопічного, враховувати протипоказання, пов’язані з ризиком погіршення стану здоров’я, конкретні індивідуальні заходи безпеки. Принцип доступності полягає у тому, що усі засоби, які використовуються в АФВ, повинні бути адекватними рівням фізичного навантаження, психомоторного розвитку, стану здоров’я, функціонального стану рухового апарату, попереднього рухового досвіду та фізичної підготовленості. Значною мірою доступність забезпечується на рівні формування кінестетичного образу за рахунок адекватного уявлення про дію та вибору відповідних засобів. У цьому допомагає показова демонстрація фахівцем або його помічником фізичних вправ, використання наочних посібників: рисунків, макетів, схем та ін., з метою створення у тих, хто навчається, найбільш повних і точних уявлень, забезпечення сприйняття й асоціацій, пов’язаних з діями, що вивчаються. Для цього бажано впливати на найбільше число сенсорних систем дитини, його емоційну сферу, які можуть бути порушені залежно від нозології, тобто дотримуватися принципу наочності. Звернення тільки до неуражених сенсорних систем звужує коло можливостей фахівця у процесі формування кінестезичного образу та підвищує вимоги до його професійної майстерності При цьому, чим адекватніша особистість дитини, яскравіші, емоційніші, цікавіші його асоціативні образи, тим ефективніше засвоюється новий матеріал. У АФВ фахівцю самому необхідно постійно розширювати діапазон порівнянь та предметних завдань. Принцип наочності забезпечується послідовним вирішенням наступних завдань: визначення педагогічних завдань, які вирішуються засобами наочності; вибір наочних посібників, які використовуються залежно від функціональних можливостей сенсорних систем; забезпечення засобами наочності процесу формування кінестезичного образу та подальшого осмислення побудови дій; використання безпосередньої та опосередкованої демонстрації засобу виправлення рухових помилок учня. Принцип послідовності вивчення вправ безпосередньо пов’язаний із принципом доступності. Це правило значно підвищує ефективність засвоєння нових фізичних вправ. Бажано як можна активніше використовувати позитивне перенесення рухових навичок. Це відбувається у тих випадках, коли у структурі та змісті вправ є велика подібність. Принцип знаходить своє відображення у широкому застосуванні підвідних та імітаційних вправ. Відмічається, що перенесення навичок у інвалідів найефективніший на початкових етапах навчання, коли рухи виконуються у більш примітивних варіантах та під посиленим контролем свідомості. Не слід забувати про негативне перенесення, коли раніше засвоєна рухова дія перешкоджає правильному виконанню фізичної вправи, що вивчається. Принцип диференційно-інтегральних оптимумів втілюється у застосуванні оптимальних локальних та інтегральних фізичних навантажень. Якісні зміни у організмі людини, досягнуті шляхом оптимальної дії локальних фізичних навантажень різного змісту, є основою для створення резервних можливостей лімітованих систем при формуванні фонду життєво важливих рухових умінь та навичок. Розвитком основних рухових якостей створюються функціональні резерви організму. Із цією метою індивідуально збільшують обсяг та інтенсивність тренувального заняття. Збільшення параметрів навантаження повинне підпорядковуватися наступному правилу: обсяг та інтенсивність навантаження зберігаються до тих пір, поки не відбудеться стабілізація ЧСС. Потім збільшують інтенсивність навантаження, організм пристосовується до нових умов рухової діяльності. Вважається, що стабільність одного з параметрів навантаження при варіюванні другого дозволяє системам організму ефективніше засвоювати кількісно-якісні форми тренувальних дій. Принцип систематичності випливає з принципів послідовності й диференційно-інтегральних оптимумів та базується на закономірностях умовно-рефлекторної діяльності. У зв’язку з тим, що підготовка являє собою складну систему взаємообумовлених засобів та методів навчання рухових якостей, послідовність основних вправ повинна відповідати вирішенню конкретних завдань кожного з етапів рухової підготовки, підбір та повторюваність вправ закономірностям «перенесення» рухових навичок та фізичних якостей, а чергування навантажень та відпочинку – незмінному підвищенню функціональних можливостей організму дитини. Систематичність забезпечується дотриманням таких правил: завчасне встановлення послідовності вправ; оптимізація сумарного навантаження педагогічних факторів, які застосовуються; додержання послідовності навчання фізичних вправ від головної, провідної фази вправи, до другорядної, похідної фази; періодичним поверненням до основної фази рухової дії. Принцип чергування, або розсіяного м’язового навантаження, важливий для попередження стомлення. Він передбачає таке поєднання засобів АФВ, при якому робота однієї групи м’язів, які здійснюють рух або реакцію постави, змінюється роботою іншої групи м’язів, що дає можливість здійснюватися відновлювальним процесам. Принцип міцності зводиться до створення у учня повних і точних уявлень, сприйняттів і відчуттів рухів, що вивчаються, для вироблення міцної навички. Порушення сенсорного аналізу або оптимального співвідношення функції свідомості й автоматизмів, які мають місце в АФВ, призводить до ускладнень у формуванні рухових умінь і навичок. Принцип міцності допомагає реалізувати дотримування таких правил: •не переходити до вивчення нових вправ, поки не буде ґрунтовно вивчено поточний матеріал; включати до занять вправи, вивчені раніше, у нових поєднаннях та варіантах; підвищувати інтенсивність та тривалість виконання засвоєних вправ. Спеціальні принципи АФВ: зв’язок, знань, умінь з життям та практикою; виховна та розвиваюча спрямованість; всебічності, гармонійності змісту знань, умінь, звичок; концентризм у навчанні. Під час засвоєння складного матеріалу повертаються до старого, але на новій основі, тобто відбувається повторне вивчення пройденого матеріалу на більш високому рівні з урахуванням того, що пізнавальні можливості учня порівняно з попереднім періодом зросли. До особливостей сучасного процесу виховання дітей із особливими потребами також належать: відмова від авторитарності, відповідність програм фізіологічним, віковим особливостям учнів, високий рівень кваліфікації фахівців, використання збагаченого освітнього середовища, створення різновікових груп. В адаптивному фізичному вихованні виділяють дві групи функцій: педагогічні та соціальні. До педагогічних функцій належать: Корекційно-компенсаторна, профілактична, освітня, розвиваюча, виховна, ціннісно-орієнтовна, лікувально-виховна, професійно-підготовча, творча та ін. До соціальних функцій належать: гуманістична, соціалізуюча, інтегративна, комунікативна, видовищна та естетична. До педагогічних функцій АФВ відносяться: корекційно-компенсаторна функція АФВ, яка є провідною для усіх його видів. Основою для корекції слугують відхилення у фізичній та психічній сферах, у стані здоров’я. Як правило, корекція рухових порушень у процесі багаторазових повторень виконання вправ надає також розвиваючу дію, а розвиваюча функція завжди носить індивідуальний характер, тому її можна назвати корекційно-розвиваючою. Різноманіття корекційних задач дозволило виділити наступні основні напрями: корекція, профілактика та розвиток сенсорних функцій; корекція психічних порушень: уваги, пам’яті, мови, уяви, сприйняття, емоційно-вольової сфери, поведінки, мотивації, особистих установок; корекція соматичних порушень: постави, плоскостопості та інших деформацій, дихання, серцево-судинної системи тощо; корекція координаційних здібностей: відповідність рухів окремих частин тіла, точності моторики рук, орієнтування у просторі, рівноваги, розслаблення тощо; корекція порушень фізичної підготовленості це ціленаправлене «підтягування» відстаючих у розвитку фізичних якостей, які обмежують рухову активність; корекція техніки основних рухів. Даний розподіл носить теоретичний характер, тому у практичній роботі таких розмежувань немає. Одна вправа може одночасно вирішувати декілька задач. У широкому розумінні профілактика розглядається як загальнодержавне завдання попередження захворювань, яка потребує координації інформаційної, просвітницької роботи серед населення, створення технологій широкомасштабних мір оздоровлення, діагностики та контролю за станом здоров’я тощо. Для всіх інвалідів без виключення у цілях боротьби з негативними наслідками гіподинамії профілактична функція заключається у цілеспрямованості усіх доступних видів рухової активності, а також гігієнічних та природних факторів загартовування організму, впровадження їх у повсякденне життя. Роз’яснююча робота стосується дотримання рухового режиму, відпочинку та раціонального харчування, збереження та формування постави, ліквідації шкідливих звичок тощо. У умовах стаціонару профілактична функція лікувальної фізичної культури направлена на попередження ускладнень, обумовлених малорухливим або обмеженим руховим режимом, а також на стримування можливих відхилень у системах організму. Освітня функція у широкому розумінні являє собою частину освітньої діяльності людини, яка пов’язана із задоволенням потреб у специфічних знаннях, уміннях, навичках та якостях в області фізичної культури. Це неперервний процес фізичної освіти особистості протягом усього життя, у сім’ї, у навчальних закладах, лікувальних установах, в процесі самоосвіти. У вузькому розумінні освітня функція являє собою формування знань та рухових умінь на доступному для кожної людини рівні. Для дітей із сенсорними, фізичними та інтелектуальними порушеннями це навчання основним видам фізичних вправ, засвоєння «школи рухів» та, у першу чергу, навчання природнім локомоціям: ходьбі та бігу, так як вони слугують основним способом переміщення та є складовою частиною багатьох фізичних вправ. Труднощі вирішення освітніх завдань обумовлені характером основного дефекту. Так, для сліпих дітей це страх відкритого простору, відсутність зорового наслідування, для глухих і слабкочуючих – обмеженість сприйняття вербальних методів навчання, для розумово відсталих – низький рівень пізнавальної здатності, для дітей із ураженням опорно-рухового апарату – нездатність зберігати рівновагу і вертикальне положення. Важливим аспектом навчально-пізнавальної діяльності дітей являється не лише засвоєння широкого діапазону умінь, але і інтелектуалізація даного процесу.

Фізичний розвиток людини як природній процес зміни морфофункціональних властивостей організму проходить незалежно від волі людини та здійснюється за законами вікового розвитку. Дана функція реалізується у всіх видах АФВ. Адаптивне фізичне виховання створює початкову базу для всебічного розвитку фізичних можливостей та рухових навиків, формує передумови для їх подальшого розвитку. Націленість занять, вибір засобів та методів визначення індивідуальної величини навантаження залежить від конкретних завдань, фізичних можливостей та віку тих, хто займається, стану здоров’я та збережених функцій, характеру другорядних порушень і медичних показників.

На виховання особистості людини з обмеженими функціональними можливостями впливає оточення, сім’я, наставники, лікарі, психологи, друзі, однолітки, природа, мистецтво, освіта тощо. До виховних функцій АФВ можна віднести лише ті, які являються прямим результатом педагогічної дії на заняттях фізичними вправами. Мета виховання всебічний гармонійний розвиток особистості, розкриття її потенційних можливостей при звужених сенсорних, моторних, інтелектуальних функцій, дисгармонійному розвитку та дезадаптації. Початкова позиція виховання по відношенню до даної категорії людей це сприймати їх особистостями, які володіють можливостями формувати себе, усвідомлювати свою поведінку, засвоювати знання та будувати життя у суспільстві. Усвідомлення засвоєння знань, тих чи інших рухових дій характеризується тим, яку суть вони становлять для людини. Розумінню не навчають, розуміння виховується, тому якщо дитина зрозуміла користь та смисл фізичної вправи для себе особисто, то знання у даній області зможуть лише підсилити виховний ефект, посилити мотивацію та інтерес, та як наслідок, усвідомлено сприймати процес навчання. Це важливе положення має істотне значення для спеціаліста АФВ, так як допомагає у визначенні вибору загальної дидактичної лінії, у формуванні особистості, а також при постановці конкретних педагогічних завдань, до числа яких відносяться наступні: виховання адекватної оцінки власних фізичних та психічних можливостей, подолання комплексів невпевненості, неповноцінності; виховання усвідомленого та активного відношення до фізичного здоров’я, систематичних занять фізичними вправами; формування позитивної мотивації, сталого інтересу та потреб до фізкультурної діяльності; виховання гуманного ставлення до себе та оточуючих, формування комунікативних відношень; виховання відповідальності, цілеспрямованості, творчості, наполегливості під час подолання труднощів; виховання дисципліни, уміння управляти своїми емоціями, підкорятися загальним правилам та нормам соціальної поведінки; формування навичків самовиховання: самоорганізації, самодисципліни, самоспостереження, самооцінки, самоконтролю, самообмеження, самонавіювання, саморегуляції, само реабілітації тощо. Самовиховання це не автономний процес. Спрямовуюча роль належить фахівцю, хоча форми та ступінь педагогічного керівництва міняються у залежності від міри дозрівання особистості. Поступово посилюючи функції самовиховання, педагог залучає у цей процес інвалідів, які навчаються, надаючи їм розширені можливості для прояву самостійності та власної ініціативи, а потім повністю передає їм свої функції. Перехід від виховання до самовиховання, від зовнішніх норм та вимог поведінки до внутрішніх має принципіальне значення, оскільки самовиховання особистості у наступні роки являється передумовою активного використання цінностей АФВ, фізичного та духовного самоствердження, формування здорового способу життя, соціалізації та інтеграції інвалідів у суспільство. Ціннісно-орієнтовна функція. Цінності АФВ зв’язані із засвоєнням, удосконаленням, підтримкою, відновленням, самореалізацією фізичних та духовних сил людини. Саме в цій єдності реалізуються культурно-духовні потреби, формуються уміння та навики, здібності, самовиховання, комунікативні відношення, самовизначення у суспільстві. Стійке прилучення до цінностей АФВ являється запорукою здоров’я, життєздатності, формування здорового способу життя. Проте для кожної окремо взятої людини мають значення цінності індивідуального існування, які включають пізнання самого себе, відношення до фізкультурної діяльності та реальної поведінки. Пізнання самого себе означає суб’єктивну поведінку своїх можливостей, яка включає «Я-концепцію» як основу самовизначення особистості. Відношення до фізкультурної діяльності відображає рівень потреб, мотивів, інтересів до неї. Воно може бути як позитивним, так і негативним. Стримуючими факторами виступають: загальна виснаженість організму, невпевненість у своїх силах, фізична неповноцінність та психологічний дискомфорт, депресивні стани, біль, відсутність знань та звичок займатися фізичними вправами, надання переваги іншим видам діяльності. Позитивними факторами виступають внутрішня установка людини не на хворобу та інвалідність, а навпаки на одужання, активне повноцінне життя. Ціннісні орієнтації, мотиви та інтереси можуть бути різними, наприклад: зміцнення здоров’я, корекція тіло будови та фізичного розвитку, перспектива знайти нові знайомства, отримати відповідний статус, досягти максимальних спортивних результатів, задовольнити емоційні та естетичні потреби, отримати знання та досвід для самостійних занять. Лікувально-виховна функція. Дана функція є основною у фізичній реабілітації. Лікувальне застосування фізичних вправ ґрунтується на педагогічних, психологічних і фізіологічних закономірностях формування рухів та керування ними. Кінцева мета відновлення людини як особистості, прискорення відновлювальних процесів після травм, хвороб тощо, попередження або зменшення інвалідизації. Її досягнення забезпечується реалізацією наступних положень: застосуванням обґрунтованих методів патогенетичного лікування; диференціацією завдань та напрямів впливу фізичними вправами; раннім активним використанням відновлювального лікування; активною участю хворого в даному процесі. Актуальність професійно-підготовчої функції обумовлена тим, що по закінченню навчального закладу перед інвалідами постає проблема зайнятості, конкурентоспроможності на ринку праці, задоволення потреб у діяльності, економічної незалежності. Формування професійної орієнтації у дітей з дефектами розвитку починається з раннього віку у сім’ї, дошкільних навчальних закладах та включає: залучення до доступних видів праці у ігровій формі, заохочення інтересів та здібностей дитини, створення стійких соціальних установок; корекцію та компенсацію основного дефекту за рахунок використання збережених функцій; розвиток професійно важливих функцій, фізичних і психічних здібностей. У умовах навчального закладу підготовка до майбутньої професії здійснюється майстрами підприємств за участі лікарів, фізичних реабілітологів, педагогів, психологів, батьків. Кожний спеціальний навчальний заклад має майстерні, набір спеціальностей орієнтованих на конкретну нозологічну групу людей, а також навчальні програми. Попередньо ведеться профорієнтаційна робота, психолого-фізіологічна діагностика для визначення професійної придатності.

Творча функція полягає у розкритті багатогранних здібностей людей з обмеженими можливостями з різних видів фізкультурної діяльності. Так, фізична рекреація найбільш масова і демократична форма активного відпочинку інвалідів, часто будується на принципах самоорганізації. Ця діяльність потребує спеціальних знань, ініціативи, творчості у організації та використанні фізичних вправ, модернізації обладнання, місць занять, освоєння територій, задоволення рухових та емоційно-естетичних потреб різних вікових і нозологічних груп інвалідів. Рекреативно-оздоровча функція реалізується як задоволення потреб у активному відпочинку, як засіб переключення на інший вид діяльності, відновлення фізичних та духовних сил. Найбільш поширеними формами фізичної рекреації являються заняття в умовах побуту та сім’ї, навчальної та трудової діяльності, а також у сфері відпочинку. У сім’ї, яка має інваліда, закладається навчальний процес гуманізації, закріплення сімейних відносин щодо взаємовідносин: дитина-інвалід – здорові батьки, здорова дитина – батько та мати – інвалід. Ось чому дуже важливі сімейні та побутові форми рекреації. До них відносяться вправи гігієнічної гімнастики у співвідношенні із загартуванням та плаванням, рухливі та малорухливі ігри, корекційні та розвиваючі ігри, індивідуальні програми саморозвитку, само реабілітації по відео, аудіотрансляції тощо. У навчальній та трудовій діяльності рухова рекреація завжди носить організаційний характер: ввідна гімнастика, ранкова зарядка, профілактична гімнастика, ігри на перервах, після роботи, рухові ігри, спортивні ігри, аеробіка, плавання, релаксаційна пластика, вправи на тренажерах тощо. У умовах дозвілля рухова рекреація представляє самий широкий арсенал фізичних вправ та форм занять. До основних засобів відносяться різноманітні рухливі та спортивні ігри, плавання, купання, орієнтування на місцевості, прогулянки та туристичні походи, танці, атракціони, забави, вікторини із поєднанням з театральними виставами, а також фізкультурні свята, конкурси, спартакіади, фестивалі, дні здоров’я, зустрічі із відомими спортсменами тощо. Рухова рекреація задовольняє руховий та емоціональний «голод» та відповідає інтересам та потребам даної категорії людей, так як є добровільною, доступною та реальною формою реалізації своїх фізичних можливостей, де основне не результат, а сам процес. Спілкування займає важливе місце для інвалідів. Заняття часто об’єднують дітей та дорослих, здорових та людей з різними патологічними порушеннями, осіб різного рівня розвитку, соціального стану, професії та національності, що створює гарний психологічний клімат та умови, при яких задовольняються потреби у приналежності до конкретної групи, суспільства у цілому. Гедоністична функція проявляється у тих видах рухової активності, які приносять радість, захоплення, відчуття щастя тощо. Люди з різними відхиленнями та обмеженнями у рухах гостріше переживають навіть найменші свої успіхи у рухових здібностях. Вони більш щиріше виражають свої почуття, радіють можливості ходити, гратися, спілкуватися, змагатися, перемагати тощо. Завданнями спеціаліста АФВ є створення атмосфери психологічного комфорту, довіри, доброзичливості, свободи, відвертості, дати можливість радіти, отримувати задоволення від фізичних вправ. Спортивна та змагальна функція на сьогоднішній день активно розвивається у адаптивному спорті і включає у себе три основні компоненти: параолімпійський, спеціально-олімпійський та сурдолімпійский рух. Багаторічний досвід показує, що в області спорту інвалідів тренувальний процес та участь у змаганнях є реальними засобами фізичної, психічної та соціальної адаптації. Навчально-тренувальний процес розглядається як лікувальнопедагогічна дисципліна, де у оптимальному співвідношенні функціонують лікувальні та педагогічні фактори, які забезпечують реалізацію фізичного, інтелектуального, емоційно-психічного потенціалу спортсмена-інваліда, які задовольняють естетичні та етичні потреби, досягнення спортивного удосконалення. У спорті інвалідів виділяється два напрями: спорт вищих досягнень; рекреативно-оздоровчий спорт. У першому напрямі технологія побудови тренувального процесу, структура та зміст педагогічних дій будуються на основі закономірностей термінової та довготривалої адаптації організму до фізичних навантажень, принципів та закономірностей спортивного тренування. Змагання являються специфічною функцією адаптивного спорту та займають центральне місце у житті інваліда. Спортивні змагання це завжди суперництво, конкуренція, співвідношення реальних можливостей спортсмена відносно можливостей інших, це не лише демонстрація фізичної та техніко-тактичної підготовки, але і відносна мобілізація та саморегуляція психічного стану. Для участі у змаганнях усі спортсмени-інваліди проходять спеціальну медичну комісію, яка відповідно до спортивно-медичної класифікації розподіляє спортсменів на рівні за своїми функціональними можливостями групи та класи. У різних нозологічних групах інвалідів змагання мають свої особливості. Змагання інвалідів з порушеннями слуху, зору, ураженням опорно-рухового апарату мають жорсткі правила та вимоги, проводяться у умовах гострої боротьби. У рамках другого напряму адаптивний спорт виконує оздоровчорекреативну функцію, та виступає як засіб та метод ефективного оздорового відпочинку, відновлення та підтримку роботоздатності, розвиток фізичних якостей та здібностей у обраному виді спорту, організація цікавого емоційного дозвілля. Типологічними ознаками оздоровчо-рекреативного спорту є систематичне тренування, спеціалізація у одному виді спорту, участь у змаганнях тощо. Така форма спортивної діяльності загальнодоступна, реалізується добровільно у вільний час, та не є домінуючою у житті інваліда. До числа найбільш популярних видів спорту відносяться: плавання, спортивні ігри, різні види гімнастики, легка атлетика, армреслінг, оздоровчі види східних єдиноборств тощо. У залежності від того у якій соціальній сфері культивується оздоровчо-рекреативний спорт, специфіка занять модифікується відповідно до умов, складу групи, за віком, інтересах тих, хто займається.

Гуманізація фізкультурної освіти виражається перш за все в його меті: формування фізичної культури особистості як системи цінностей, які реалізуються через здоровий спосіб життя. Гуманістична функція у сфері АФВ передбачає орієнтацію на особистісний розвиток, формування усвідомленого ставлення до будь-яких видів рухової активності, як необхідній умові життєзабезпечення; формування знань, рухових умінь, фізичних якостей та здібностей для створення передумов до повноцінного самостійного життя, навчальної, професійної та інших видів діяльності; засвоєння інтелектуальних, валеологічних, етичних, естетичних цінностей фізичної культури, які сприяють створенню умов для розвитку особистості, свободи самовираження, самореалізації та самоактуалізації. Гуманізм передбачає розуміння, допомогу людині з порушеннями у розвитку не лише з боку зацікавлених спеціалістів, але і з боку усього суспільства у цілому. Неадекватні установки по відношенню до інвалідів склались історично та зберігаються до сих пір у більшості населення. Соціалізація це процес включення людини у життя суспільства, засвоєння досвіду соціального життя, зразків поведінки, соціальних норм, ролей та функцій, входження у соціальну сферу та соціальні групи. Соціалізація складне явище, а для осіб з відхиленнями у стані здоров’я, особливо інвалідів, виступає у якості мети, так як входження людини у суспільство ставить високі вимоги до всебічного розвитку особистості. АФВ для даної категорії людей виступає як фундаментальна основа підготовки до самостійного життя та необхідні умови для життєзабезпечення, духовного та фізичного розвитку. Процес соціалізації продовжується протягом усього життя, у ході якого людина учиться бути членом сім’ї, групи, класу, суспільства тощо. Активні заняття АФВ у різних соціально-демографічних групах людей з обмеженими можливостями на кожному віковому етапі розвитку вирішують найскладніші завдання соціальної адаптації особистості, виховання психічних якостей, раціональної організації дозвілля, активного відпочинку, спілкування тощо. Все це позитивно впливає на інвалідів та їх оточення, оптимізує життєві інтереси та ціннісні орієнтації. Інтегративна функція означає включення різних категорій інвалідів у соціальні системи, структури, соціуми, які призначені для здорових людей, активна участь у основних напрямках життя та діяльності, самореалізація та розвиток особистих здібностей. Соціалізація та інтеграція тісно взаємопов’язані між собою: чим вищий рівень соціалізації, тим більше шансів у людини включитися у діяльність інших груп, колективів тощо. Інтеграція у суспільство дітей з обмеженими можливостями включає вплив суспільства та соціальної сфери на особистість дитини з відхиленнями у розвитку, активну участь у даному процесі самої дитини; удосконалення суспільства, системи соціальних відношень, яка у силу жорстокості вимог до своїх потенційних суб’єктів являється недоступною для дітей з обмеженими можливостями.

Спілкування як соціальний процес має важливе значення для інвалідів, оскільки воно є складовою людського взаєморозуміння. У спілкуванні відображається потреба людини у емоційному контакті, у прояві своїх почуттів, отримання інформації, відчуття включення у будь-яку діяльність. Діти-інваліди через меншу мобільність мають обмежені можливості у спілкуванні. Складність спілкування заключається в тому, що більшість із них мають відхилення у розвитку мови. Корекції дефектів мови приділяється велике значення, здійснюють її відповідні фахівці. Засобами комунікативного спілкування є: мова, жести, звуки, міміка, пантоміміка, постави. У процесі занять фізичними вправами використовуються вербальні та невербальні засоби спілкування. Якщо мовна функція збережена, вербальні засоби не викликають особливих труднощів. Невербальне спілкування характерне для спільної рухової діяльності на уроках фізичної культури, спортивних тренуваннях, коли взаєморозуміння досягається без слів. Видовище розглядається як особливий вид реалізації потреб у специфічній діяльності, яка пов’язана з естетичним, емоційним задоволенням, співпереживанням. Для дітей з відхиленнями у розвитку, обмеженням у спілкуванні, рухах видовищна функція має особливе значення. З раннього віку дитина повинна бачити, розуміти, відчувати красоту. У АФВ ця потреба реалізується у процесі занять фізичними вправами. Всі діти хочуть мати гарну фігуру, правильну поставу, сильне тіло, для багатьох це є основним мотивом занять. Не випадково діти з розумовими відхиленнями займаються фігурним катанням, спортивною та художньою гімнастикою, діти з ДЦП бальними танцями на колясках, аеробікою, виконуючи вправи з м’ячами, стрічками, обручами тощо, сліпі – ритмічною гімнастикою, танцями, демонструючи пластику, відчуття ритму. АФВ виконує важливі функції духовного та фізичного розвитку інвалідів та осіб з обмеженими функціональними можливостями. Усі педагогічні функції мають предметне вираження в діяльності, сутність яких полягає у багаторазовому використанні фізичної вправи, як універсального засобу та методу ініціації рухової активності інвалідів. Соціальні функції органічно поєднюються з процесом АФВ, розвиваючи духовну сферу, інтелектуальні, психічні здібності, формуючи активне відношення до цінностей фізичної культури, здорового способу життя. У адаптивному фізичному виховані використовують ті самі засоби, що й у фізичній культурі та спорті: фізичні вправи, рухливі та спортивні ігри, засоби загартовування, елементи хореографії та ін. Проблемним для фахівця АФВ є вибір засобів для конкретного заняття, конкретної дитини. Вибір засобів визначається: завданнями навчального процесу; функціональними можливостями дитини; матеріально-технічним забезпеченням; необхідними умовами безпеки. Закономірності побудови рухових форм танцю базуються на законах музики, яка є зовнішнім «задавачем ритму» для органів та систем організму. Рухливі ігри володіють високим оздоровчим і виховним потенціалом. Правила рухливих ігор диктують швидкі різноманітні фізичні дії учасників. Ситуація гри постійно змінюється, висуваючи перед гравцем вимоги до концентрації уваги, правильного її розподілу та переключення, доброї координації рухів. Заняття рухливими іграми дають можливість нормалізувати рухливість нервових процесів, розвивають увагу, пам’ять, ініціативу, вольові якості, сприйняття просторової та часової орієнтації, зміцнюють серцево-судинну та дихальну системи, активізують обмін речовин, розвивають руховий апарат. Ігри допомагають формувати емоційновольову сферу та моральні якості. Використання ігор із оздоровчою метою ставить перед викладачем такі завдання: необхідність регулювання фізичного навантаження залежно від функціональних можливостей учасників; здійснення контролю адекватності емоційних переживань; удосконалення рухових навичок і якостей. При дозуванні фізичного навантаження на занятті обов’язково повинен враховуватися рівень загального фізичного навантаження у іграх. У адаптивному спорті популярні такі спортивні ігри: при вадах слуху: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна та грекоримська, боулінг, волейбол, гольф, дзюдо, теніс, футбол, шашки, шахи; при вадах зору, боротьба вільна та класична, голбол, дзюдо, роллінгбол, торбол, шашки, шахи; при ушкодженнях опорно-рухового апарату: бадмінтон, баскетбол (на візках), волейбол (сидячи), теніс, футбол, шашки, шахи; при відхиленні у розумовому розвитку: бадмінтон, баскетбол, боулінг, волейбол, гандбол, гольф, футбол, софтбол, теніс, хокей на підлозі, настільний теніс. Загартовування це цілеспрямована дія на організм природними загартовуючими засобами з метою підвищення рівня здоров’я шляхом формування механізмів адаптації до несприятливих дій температури повітря, води, атмосферного тиску, сонячної радіації, виховання морально-вольових якостей: свідомості, відповідальності, стійкості, витривалості. Водне середовище, окрім загартовуючої дії на організм, виявляє інші специфічні дії: зменшує силу гравітації, нормалізує функції центральної нервової системи, активізує обмін речовин, у процесі фізичних навантажень попереджає зневоднення та втрату з потом мінеральних речовин, знижує відчуття болю, попереджає травматизм, сприяє розвитку здатності управляти рухами у складних умовах, розвиває координацію. Під час фізичних вправ у воді полегшуються статичні положення, досягаються повільні плавні рухи, швидкими рухами, завдяки підвищеному опору водного середовища, розвивається сила. У воді застосовуються ігрові вправи, ігри з елементами змагання, сюжетні ігри, естафети, ігри з м’ячем, фізичні вправи. Вправи з предметами: пінопластовими дошками, кругами, м’ячами, надувними іграшками, підтримуючими поясами та іншими спеціальними пристосуваннями. Цікавими та захоплюючими є заняття на неглибокій воді базовою аеробікою, степ-аеробікою, танцювальною аеробікою, аеробікою з використанням різних обтяжень, еластичного бинта, предметів, завдяки котрим розвивається координація, витривалість, сила, гнучкість, уміння розслаблятися. Проте слід пам’ятати, що при виконанні вправ у воді витрачання енергії у два рази більше, ніж при виконанні аналогічних вправ на суші, внаслідок ефекту опору більш щільного середовища та більшої теплопровідності, та враховувати цей фактор у харчуванні. Застосування засобів фізичного виховання різного характеру та змісту у профілактичних, коригуючих та тренувальних цілях повинно бути реалізоване на основі глибокого знання анатомо-фізіологічних особливостей відповідної патології, індивідуального підбору оптимальних фізичних навантажень з урахуванням функціонального стану систем організму.

Фізичне виховання дітей з церебральною патологією можна розділити на 3 періоди:

1) доречевой і ранній вік - від 0 до 3 років;

2) дошкільний вік - від 3 до 7 років;

3) шкільний вік - старше 7 років [2].

Перший період реалізується у центрах реабілітації в дитячих поліклініках та реабілітаційних центрах.

Другий період реалізується у дошкільних установах компенсуючого та комбінованого виду, що мають спеціалізовані групи дітей з ДЦП.

Третій період реалізується у спеціалізованих школах.

Відповідно до теми роботи розглянемо завдання фізичної реабілітації молодших школярів (3-й період).

Завдання 3-го періоду

1. Розвиток рухових навичок.

2. Розвиток психічних процесів та мови.

3. Розвиток пізнавальної діяльності.

4. Професійна орієнтація.

Урок з фізичного виховання у спеціалізованих школах з молодшими школярами є одним з основних предметів. При цьому вирішуються освітні, виховні та корекційні завдання.

Програма з фізичного виховання у спецшколах має свої особливості в порівнянні з загальноосвітніми школами.

В розділ загальнорозвиваючих вправ введені корекційні вправи для:

- корекції позотонических реакцій;

- розслаблення м'язів;

- формування правильної постави;

- опіроспособности;

- формування рівноваги;

- розвитку просторової орієнтації та точності рухів.

Гімнастика та легка атлетика не виділяються у окремі розділи. До коженого урок включаються загальнорозвиваючі вправи, що коригують зір, прикладні вправи та ігри за спрощеними правилами. Використовується індивідуальний підхід до дітей з урахуванням їх психічного розвитку [14].

Робота фахівця з фізичної реабілітації здійснюється у тісному контакті з лікарем.

Вимоги до занять з фізичної реабілітації:

- поступово збільшувати навантаження та ускладнювати вправи;

- чергувати різні види вправ, застосовуючи принцип розсіяного навантаження;

- вправи повинні відповідати можливостям дитини;

- повинен бути індивідуальний підхід;

- раціонально дозувати навантаження, не допускати перевтоми;

- забезпечити профілактику травматизму.

Всі ці вправи спрямовані на формування вікових локомоторно-статичних функцій, необхідних у побуті, навчанні та праці. Вправи включають до себе: побудови, ходьба, біг, стрибки, лазіння, ритмічні та танцювальні вправи, вправи з предметами [14].

Діти повинні займатися у спортивній формі та спортивному взутті. Питання про використання ортопедичного взуття та апаратів під час занять вирішує лікар.

Оцінка успішності здійснюється у формі поточного обліку.

Нормативів немає, при оцінці успіхів учнів враховуються рухові можливості та характер дефекту.

**1.3.** **Роль сім'ї у фізичній реабілітації дітей з ДЦП**

Сім'я це найближчі дитині та самі зацікавлені у його відновленні люди. Роль батьків та родичів хворої дитини у здійсненні лікування та реабілітації величезна. Діти дуже вдячні пацієнти, їхні маленькі, але дуже пластичні організми чекають будь-якої допомоги та турботи і краще або гірше, але завжди на них відгукуються [11].

Однак, щоб досягти бажаних результатів, необхідний цілісний підхід, правильне поєднання спеціального лікування, виховання та навчання. Основним методом лікування є фізична реабілітація, у основі якої лежить навчання рухам, цілеспрямованим діям та життєво необхідним навичкам.

Існують спеціальні комплекси фізичної реабілітації та ​​масажу для хворих з різними формами захворювання. При заняттях обов'язковий цілий ряд умов, яким батьки або члени сім'ї навчаються у процесі їх підготовки до самостійного проведення процедур. Фахівці установ відновлювальної та реабілітаційної медицини амбулаторного, сімейного напрямків допомагають перетворити будинок сім'ї з хворою дитиною у центр реабілітаці з відповідним технічним оснащенням та методичним забезпеченням.

У процесі численних досліджень вченими була виведена формула інвалідизації як процесу: таблеточна медицина, щорічні лікування по 1-1,5 місяця, 11 місяців перерви [6]. До 10-річного віку ця формула робить дітей інвалідами з незворотними медико-біологічними наслідками. Багато дорослих інваліди -це недоліковані діти.

Дослідження показують, що головним інвалідизуючим фактором для дитячого та дорослого населення є «таблеточна медицина», технологія лікарського лікування будь-яких захворювань та травм. Вона пронизала всі складові охорони здоров'я: підготовку лікарів у вишах; лікувальний процес у всіх клініках та лікарнях; матеріальне забезпечення закладів охорони здоров'я; наукові конференції, медичні видання та багато іншого. У результаті часто спостерігається застосування лікарських засобів без показань, без інструментально-діагностичних обгрунтувань, із зайвою тривалістю, що завдає тільки шкоду.

Ще одним інвалідизуючим фактором вважається недолікованість основних масових захворювань та травм. Справа в тому, що після будь-якого перенесеного гострого захворювання або травми, загострення хронічної хвороби організм хворого поступово переходить на інший - відновний етап. Цей етап настає об'єктивно у силу внутрішніх біологічних причин та його не можна не помічати і ігнорувати.

Третій фактор це щорічний так званий «мертвий сезон» тривалістю 11 місяців на рік упродовж 10-15 років життя дитини. Якщо від одного курсу стаціонарного лікування до іншого немає ніякого лікування та відновлення, то буде йти тільки втрата функціональних резервів хворого, знову ж у силу дії внутрішніх біологічних законів, буде посилюватися інвалідизація. Щоб цього не відбувалося, повинна бути неформальна зацікавленість у хворому. Методика та технології сімейної реабілітації дозволяють не допускати дій перерахованих факторів інвалідизації, прибираючи «мертві» сезони, використовуючи немедикаментозні функціональні засоби у лікуванні та відновленні [6].

Таким чином, аналізуючи вищевикладений матеріал можна зробити висновок, що ДЦП це захворювання центральної нервової системи, при якому відбувається ураження одного (або кількох) відділів головного мозку, в результаті чого розвиваються порушення рухової та м'язової активності, координації рухів, функцій зору, слуху, а також мови та психіки. Провідна роль у лікуванні цього захворювання відводиться адаптивної фізичної культури, що проводиться у спеціальних лікувальних і навчальних закладах. Проте, сім'я грає важливу роль у реабілітації дітей інвалідів, у відновленні їх рухової та емоційної сфери.

Безперечний факт, що фундамент особистості дитини закладається у сім'ї, яка є першою ланкою виховання його моральних почуттів, навичок соціальної поведінки. На моральне обличчя дитини впливає вся життя сім'ї з її повсякденними турботами, побутом, сімейними засадами. Дорослі члени сім'ї несуть ціннісні установки та стандарти суспільства, до культури якого вони долучені. Через сім'ю дитина сама долучається до культури суспільства, стає його членом. Досвід спілкування та взаємин з батьками та близькими дорослими, придбаний у сім'ї, в значній мірі визначає характер взаємин дитини з оточуючими людьми в подальшому житті.

Найбільш важливими факторами, що впливають на формування особистості дитини та його міжособистісні відносини, що вимагають першочергового вивчення, є атмосфера сім'ї, наявність емоційного контакту у дитини з батьками, позиція дитини, структура сім'ї. Багато дослідників підкреслюють, що любов, турбота, увага з боку близьких дорослих є для дитини необхідним своєрідним життєво важливим фактором, який дає йому відчуття захищеності, забезпечує емоційну рівновагу, підвищує його самооцінку.

Тому від того як складаються внутрішні взаємини у родині, навколишня атмосфера, особливо ставлення батьків до дитини, що страждає на ДЦП залежить його подальший психічний розвиток. Батьки, при бажанні, можуть пом'якшити значне відставання у психічному розвитку.

Тісний взаємозв'язок між емоційним статусом індивіда, його соціальними відносинами, з одного боку, та особливостями його взаємодії з батьками у дитячому віці в значній мірі визначається тим, наскільки часто образ батьків асоціюється дитиною з процесом отримання задоволення та зменшенням дискомфорту.

Ерік Еріксон вважає тісний контакт дитини з матір'ю у дитинстві є фундаментальною основою розвитку самостійності, впевненості у собі, незалежності та в той же час теплого і довірливого ставлення до інших. Включена у ці відносини, дитина до кінця першого півріччя може диференціювати власне "Я" від «не Я" матері. Цей період вважається найбільш сензитивним у розвитку відносин, які отримали назву "поведінки прихильності" [24].

Позитивний вплив на формування особистості, як показують багато спостереженнь, надає загальна атмосфера у родині, доброзичливість відносин між членами сім'ї, любов між батьками, атмосфера щастя. Спостереження фахівців свідчать про те, що потреба дітей у спілкуванні не з'являється у них автоматично. Вона формується поступово, у залежності від умов існування. Вирішальна роль у становленні та подальшому розвитку такої потреби залежить від впливів ближніх [25].

У зв'язку з цим дитині з ДЦП необхідний тісний фізичний та емоційний контакт з батьками, це основа всього соціального розвитку. Завдяки контакту спочатку батьки, а потім і інші люди отримують можливість впливати на поведінку дитини. У перші місяці життя малюка батьки постійно поруч з ним, їх присутність асоціюється у нього з ситістю, теплом, затишком, він починає сприймати батьків як основне джерело задоволення. Вже тільки їх обличчя, голос, запах та дотику стають для дитини вкрай необхідними та приємними, а тому стимулюють його. Неспання він пов'язує із задоволенням перебування поруч з батьками, воно породжує у ньому відчуття безпеки. Трохи пізніше саме це відчуття допоможе йому поступово освоювати навколишній світ, адже він знає: якщо щось трапиться - батьки поруч, вони допоможуть, захистять та йому знову стане добре [10].

Але найчастіше, у багатьох батьків, що мають дітей з ДЦП розвивається гостра реакція заперечення захворювання у дитини. На думку Чиркіна Г.В., розвиток емоційних реакцій у батьків, які дізналися про те, що їхня дитина не така, як інші, проходить наступні етапи:

1) Заперечення (сумнів у компетентності фахівця, пошук іншого більш компетентного);

2) Гнів це одна з найбільш часто зустрічаються захисних реакцій (відчуття безпорадності, розчарування, безвиході);

3) Почуття провини - страждання, переживання з приводу "своїх помилок".

4) Емоційна адаптація батьків це вироблення позитивних установок по відношенню до самих себе та дитині, формування навичок забезпечення майбутнього своєї дитини [9].

Фахівці, що працюють з сім'єю "особливого" дитини, знають, що мовні порушення дитини сприймається батьками як особиста трагедія. Сім'я живе у умовах хронічної психотравмуючої ситуації, постійного емоційного напруження. Розуміння того, що процес спеціального навчання буде тривалим, приходить не відразу. Усвідомлення цього факту сильний стрес для батьків та інших членів сім'ї, який нерідко виявляється у ізоляції сім'ї від суспільства. Найчастіше сім'я виявляється у своєрідному замкнутому світі зі специфічною деформованою системою відносин між родичами. Нерідко така дитина стає причиною сімейних конфліктів та розлучень батьків. Батьківське ставлення до дітей з порушеннями мови має свою специфіку. Важке завдання зміни власних очікувань та установок по відношенню до дитини з вадами мовлення, з одного боку, та неможливість змінити біологічний та емоційний статус дитини вусім'ї. Фіксація на порушення мови дитини призводить до того, що батьки часто переходять до незвичайної для них манері виховання та поведінки з дитиною [20].

Важливість відносин з батьками для соціального розвитку дитини очевидна, але і у інтелектуальному розвитку їх роль не менше. Навчання починається не у п'ятирічному віці та не в школі, а з самого народження. Найважливіші речі діти дізнаються від батьків, відбувається це природно і часто неусвідомлено. Такий життєво необхідний навик, як вміння виділити з усього навколишнього світу один, найбільш значимий, предмет, малюк набуває, спостерігаючи за батьками. Вона також учиться бути уважним, думати, передбачати, а потім висловлювати себе, діяти та досліджувати. Все це починається з того, що вона стає соціально чуйним; отримує задоволення від спостереження за особами батьків.

Цей процес основа для подальшого навчання. Не вміючи реагувати на стимули за ступенем їх важливості, не можна нічого навчитися. Щоб зрозуміти зв'язок між предметами та явищами, треба спочатку освоїти виділення з усього їх різноманіття тільки те, яке має один до одного відношення, не відволікаючись на інші. Батьківське обличчя, коли воно знаходиться зовсім близько, затуляє весь інший світ, це відбувається досить часто та повторюється знову і знову, день за днем. Велику частину часу вона лежить одна, не чує ніжного голосу, йому часто незатишно. Не дивно, якщо позбавлений необхідної стимуляції малюк виросте байдужим, нещасним та не пристосованим до суспільства.

Слабкість волі у більшості дітей, які страждають на ДЦП, безпосередньо пов'язана з особливостями виховання. Дуже часто у родині з хворою дитиною можна спостерігати таку картину: увага близьких зосереджена винятково на його хвороби, батьки виявляють занепокоєння з будь-якого приводу, обмежують самостійність дитини, побоюючись, що вона може поранитися або впасти. У такій ситуації сама дитина неминуче буде надмірно неспокійна та тривожна. Навіть грудні малята тонко відчувають настрій близьких та атмосферу, що оточує їх, яка у повній мірі передаються їм. Ця аксіома вірна для всіх дітей - хворих і здорових. Що ж говорити про дітей, які страждають на ДЦП. Важливість виховної позиції батьків по відношенню до дітей з ДЦП підтверджує той факт, що зустрічаються серед них хлопці з високим рівнем вольового розвитку є вихідцями з благополучних у сенсі психологічного клімату сімей. У таких сім'ях батьки не зациклені на хвороби дитини. Вони стимулюють та заохочують її самостійність у межах допустимого. Вони намагаються сформувати у дитини адекватну самооцінку.

Таким чином, батькам слід знати, що поряд з постійною турботою про дитину потрібно максимально розвивати у ньому самостійність, необхідну для соціальної адаптації у зрілому віці. Батьки не повинні ізолюватися від друзів, родичів, сусідів, які охоче допоможуть у догляді за дитиною та зроблять їх життя більш повноцінним.

**РОЗДІЛ 2**

**МЕТА, ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СІМ'Ї НА ФІЗИЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ ДИТИНИ З ДЦП**

**2.1. Мета та завдання дослідження ролі сім'ї у фізичній реабілітації дітей з ДЦП**

Загальний та глобальний погляд на допомогу дітям з ДЦП, окрім залучення багатьох учасників, передбачає перехід від багатопрофільної перспективи до інтегрованого мульти, інтер та трансдисциплінарного підходу [25]. Мультидисциплінарність у реабілітації ДЦП спирається на знання та практику різних дисциплін та фахівців (невролога, фізіотерапевта, офтальмолога, педіатра, психолога, логопеда, педагога), які працюють у сфері своєї компетенції, а інтердисциплінарність інтегрує, вбирає та скоординовано і послідовно гармонізує зв’язки між різними дисциплінами для підтримання належного розвитку дітей з ДЦП [24]. Трансдисциплінарний підхід є необхідною перспективою інтеграції природних, соціальних наук про здоров’я у контексті гуманітарних наук, що дозволяє кожній з них вийти за свої традиційні межі [14]. Трансдисциплінарність дає змогу фахівцям із різних дисциплін співпрацювати та розробляти загальну структуру втручання для досягнення спільної мети. Трансдисциплінарність поєднує у собі мульти і інтердисциплінарність з активним підходом, здатна генерувати нові знання, а також встановлює холістичний підхід до реабілітації при ДЦП, у якій всі зацікавлені сторони відкладають власні конкретні перспективи, щоб охопити одну глобальну мету для оптимального довгострокового догляду дітей з ДЦП [25]. Методологічний підхід є важливим та сучасним аспектом формування програм реабілітації пацієнтів [10]. Відзначимо, що Всесвітня організація охорони здоров’я пропонує МКФ як один із найбільш актуальних інструментів для формування державної політики в галузі реабілітації, а також для статистичного аналізу здоров’я в плані економічного впливу, показників захворюваності та інвалідності серед населення, при медико-соціальній експертизі. Визначення МКФ представлено як багатоцільова класифікація зі стандартною мовою і рамками для проведення опису стану здоров’я і пов’язаних із ним станів [2]. Дорослий варіант МКФ, а також версія для дітей і підлітків є біопсихологічними моделями, які все частіше визнаються як ефективний інструмент для опису стану здоров’я та інвалідності, і основою для планування і моніторингу реабілітаційних заходів [25]. Сутність терміну «функціонування» у МКФ розглядається як інтегративний показник здоров’я людини на рівнях організму (структура і функції), адаптивної поведінки (активність) і участі в соціальних ситуаціях, беручи до уваги вплив контексту (факторів зовнішнього середовища й особистісних) [6]. Основні сфери активності та участі, за МКФ, включають мобільність, самообслуговування і самоорганізацію, навчання і комунікації, суспільне й особисте життя [2]. Тож для найбільш ефективного впливу і повного розуміння пацієнта як складної системи, а також реабілітації як процесу впливу засобами фізичної терапії та ерготерапії, враховували взаємозв’язок складових концепції МКФ. Так, стосовно структури та функції при ДЦП насамперед враховують наявність мозкових ушкоджень, що призводять до спастичності та інших порушень моторної функції, відхилень у психічних функціях. Це у свою чергу впливає на зниження функціональної активності та участі, оскільки обмежується незалежність і збільшується роль сторонньої допомоги, що супроводжується можливими проявами депресії, порушеннями поведінки. На практиці використання підходу МКФ, за даними літератури [2], дозволяє: виконати всебічний аналіз обмежень життєдіяльності; змінити напрямок впливу заходів реабілітації та уточнити послідовність їх застосування; проаналізувати фактори контексту; оцінити результативність реабілітації. Стосовно методичних особливостей планування та керування реабілітаційним процесом у роботах зазначають, що досягнення мети програми реабілітації залежить від особливостей формулювання цілей, або завдань [1, 20]. Загалом мета визначається як предмет прагнення, те, що треба чи бажано здійснити, ідеальне передбачення результату певної діяльності. Мета відповідає на питання «Чого потрібно досягти?», а завдання – «Якими діями цього можна досягти?» [1]. Ця досить дієва та популярна методика SMART застосовується з метою покращення результатів програми реабілітації, підвищення якості управління процесом реабілітації та взаємодії [10]. В основі цих можливостей лежить той факт, що при передачі інформації між людьми зміст її часто перекручується, оскільки однакові повідомлення сприймаються по-різному. Основа нерозуміння виявляється у неможливості людей дати однакову оцінку одній і тій самій ситуації [7]. У роботі з дітьми, що мають ДЦП, необхідність максимального порозуміння є дуже актуальною, оскільки досить часто наявні різні порушення фізичного й психічного розвитку, поведінки. Також ця методика є актуальною у роботі з батьками, які на фоні постійного стресу також не завжди правильно сприймають інформацію. Поліпшити рівень порозуміння покликана методика SMART, що базується на застосуванні критеріїв. Таким чином, у роботі з дітьми, хворими на ДЦП, правильна постановка завдань і цілей означає, що вони: є конкретними та зрозумілими для всіх учасників реабілітаційного процесу. Цілі мають бути визначені у формі конкретних результатів; можуть бути об’єктивно виміряні: мета повинна вказувати на можливість і необхідність вимірювання / оцінки результату у конкретних показниках; є досяжними, здійсненними, реалістичними для конкретного пацієнта у конкретних умовах; забезпечені ресурсами для досягнення і не протипоставляються між собою; мають співвідноситися з конкретним часовим терміном досягнення. Фахівці відновного лікування припускають можливим визначення цілей у форматі SMART з акцентом у постановці цілей не тільки на фахівця і пацієнта, а й на близьке оточення (сім’ю, родичів та кураторів). Пацієнти, які беруть участь у встановленні цілей і визначають певні практичні критерії, показують більшу прихильність до самої практики (фізичної терапії чи ерготерапії) [20]. Це є дуже актуальним для зацікавлення та включення до процесу дітей з ДЦП. Центральну роль сім’ї (сімейно-центрований підхід) у довгостроковій перспективі догляду за дітьми з ДЦП та їх реабілітації (фізична терапія і ерготерапія) підтверджують численні дослідження, які розглядають сім’ю як частину мульти-інтер-трансдисциплінарного підходу. Літературні джерела вказують на сильний вплив сімейноцентрованого підходу у сприянні соціально-психологічному благополуччю дітей і їх батьків, що обумовлює підвищення задоволеності послугами. На сьогодні сімейно-центрований підхід вважається найкращим підходом у фізичній терапії та ерготерапії серед дітей з ДЦП [15, 22, 25]. Асоціація догляду за здоров’ям дітей розробила підхід, який: фокусується на щоденних потребах дітей з ДЦП; розглядає батьків як основні ресурси для життя своїх дітей; підтримує ідеї про те, що сім’ї і фахівці повинні співпрацювати в рамках програми реабілітації дитини, що фахівці повинні підтримувати батьків у виконанні своїх обов’язків; говорить про те, що ефективність заходів щодо сервісу та зручності повинна ґрунтуватися на цінності, перевагах, пріоритетах та потребах сімей [21].

Відповідно до сімейно-центрованого підходу, основною метою довгострокового догляду є поліпшення стану дитини і якості життя сім’ї, підвищення задоволеності батьків від їх участі у програмі реабілітації, оскільки вони краще знають потреби і здатності дитини. Поставивши сім’ю в центрі цього підходу, ми визнаємо її центральну роль у розвитку дитини і в успішному результаті реабілітації, розуміння потреб своєї дитини [25]. Таким чином, сім’я є невід’ємним елементом забезпечення мульти-інтер-трансдисциплінарного догляду та співпрацює з іншими зацікавленими сторонами в медичних рішеннях. Такий підхід допомагає полегшити стан батьків і поліпшити їх сприйняття догляду, який отримує їхня дитина. Крім того, при проведенні програми враховувався дитино-центровий підхід, що є відображенням ролі дітей з ДЦП (стадії розвитку). Цей підхід дозволяє не випускати з поля зору головного одержувача допомоги й розширити просторові й часові рамки надання допомоги, орієнтованої на реальні потреби таких дітей [25]. Отже, діти з ДЦП та члени їх сімей посідають центральне місце у програмі реабілітації, що спрямована на досягнення дітьми кращих можливостей у плані підвищення рівня їх активності та участі, а також підвищення якості їх життя. Визнання і прийняття до уваги потреб дітей з ДЦП, враховуючи складність патологічного стану, етап реабілітації і рівень розвитку дитини, а також досяжність поставленої мети, відбувалося з оглядом на те, що мета може і повинна змінюватися залежно від віку, життєвих умов і навколишнього середовища. Дитино-центровий підхід дозволяв встановити індивідуальні й індивідуально-цільові завдання, що доповнювалися та поєднувалися з методикою SMART. Фізіологічною основою програми реабілітації була нейропластичність, яка відбувається за рахунок феномену нейронного дарвінізму, феномену динамічної реорганізації (рекрутингу), феномену реорганізації аферентних і еферентних шляхів, феномену постнатального нейроангіогенезу, З метою приросту сили застосовували елементи силових тренувань нижніх і верхніх кінцівок. Для підвищення моторної активності, покращення активності та участі у заняття з фахівцями включали елементи індукованої обмеженням рухової терапії (CIMT), цілеспрямовану терапію (goal-directed training), бімануальні тренування, заняття фізичними вправами для балансу та ходи, заходи для подальшого проведення реабілітації вдома (теоретичні та практичні заняття з батьками, проведення процедур батьками). Під час застосування методик ерготерапії та фізичної терапії враховували принципи моторного навчання [8]: особиста ініціатива активності; визначений ступінь когнітивної активності; урахування індивідуальних особливостей; відповідній рівень складності діяльності; достатня кількість повторень конкретної навички, виду діяльності; варіабельність тренування; наростаюча складність рухової активності на межі можливостей; увага на відсутні компоненти дії; самостійне виявлення та виправлення помилок у діях; значущість діяльності і перенесення її у щоденну активність. Вибір рівня складності здійснювався на основі аналізу результатів діагностичного дослідження за такими критеріями: велика моторика – вміння сідати, вставати, ходити, підніматися і спускатися сходами тощо; дрібна моторика – маніпуляції з предметами (штовхати, тягнути, перевертати, тримати і за необхідності випускати з рук тощо); зорово-моторна координація; мислення та імітація (можливість впізнавати предмети, виконувати нескладні вказівки, доручення, слухати, відповідати на запитання зрозумілим способом, а також повторювати дії). Ерготерапевтична оцінка як основа для визначення індивідуальної спрямованості покращення активності та участі мала визначені ключові моменти. Перший – це необхідність достатньої гнучкості для прийняття до уваги індивідуальних потреб дитини та її сім’ї (сімейно-центровий підхід) без жорстких норм, оскільки діяльність пацієнта визначається в індивідуальному порядку. Зазначимо, що серед пацієнтів з когнітивними порушеннями роль відповідей членів сім’ї на запитання та допомога у виявленні проблем з точки зору дитини та її потреб стає ще важливішою. Комплексна і повна оцінка ерготерапевта та формування напрямку втручань здійснювалися у сферах самообслуговування, продуктивної діяльності та дозвілля, враховували ролі та рольові очікування дитини та її сім’ї, а також проблеми, які визначалися дитиною або членами сім’ї самостійно. Окрім того фокусування робилося на навколишньому середовищі дитини, що підтверджувало важливість проблем. Встановлення рівня задоволеності пацієнта наявним рівнем виконання діяльності та рольових очікувань також справляло позитивний вплив на залучення пацієнта до процесу ерготерапії з самого початку та підвищувало рівень включення у терапевтичний процес. Оцінка важливості необхідна для визначення аспектів, які потребують першочергового втручання. З’ясування у бесіді з дитиною та її сім’єю про їхні типові повсякденні заняття тих дій, які необхідно чи бажано виконувати, але виконання яких неможливе або має незадовільний рівень, дозволяє ерготерапевту визначити і мати справу з життєвими реаліями, розширювати використання цільових задач і активностей. Таким чином підтримується правило, що пацієнти несуть відповідальність за своє здоров’я і власний терапевтичний процес.

**2.2. Методи та організація дослідження ролі сім'ї у фізичній реабілітації дітей з ДЦП**

Аналіз проведення дослідження при якому були відібрані наступні види роботи:

1. Організовані.

2. Порівняльний метод.

Виористовувалися наступні методи дослідження:

1. аналіз медичної документації:

2. спостереження;

3. тестування

Опис вибірки: у експериментальну групу увійшли 8 дітей, які виховуються в родині, 4 дитини, які виховуються у умовах

школи-інтернату. Вік дітей 7-8 років.

Характеристика експериментальної групи представлена в таблиці 2.1.

Таблица 2.1

**Характеристика экспериментальной группы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **учень** | **виховання** | **діагноз** | |
| Невропатолог | Психіатр |
| 1.Ва-в О. | сімейне | ДЦП. Нижній парапарез, плоскостопість, ММД. | Інтелект у нормі. |
| 2. Cе-ва Ю. | сімейне | Нижній парапарез. Заїкання | Мислення продуктивне, причинно-наслідкові зв'язки встановлює. |
| 3. І-ва М. | інтернат | ДЦП правобічний геміпарез, контрактура гомілковостопного суглоба. Косоокість Енурез. | Мислення конкретне, продуктивне. |
| 4. C-єв В. | інтернат | Спастічена діплегія. | Мнестіко-інтелектуальне зниження. |
| 5. Ол-ов М. | сімейне | 2-х сторонній підвивих стегна, пясно-вальгусна деформація стоп. | Змішані специфічні розлади психічного розвитку. |
| 6. Ко-кін C. | семейное | Атонічески-астатическ форма, мозжечкова недостатність, дизартрія, ОНР III, ММД. | Груба затримка психомовного розвитку. |
| 7. Ма-єва В. | интернат | ДЦП. Лівобічний геміпарез, вкорочення лівої нижньої кінцівки | Легка розумова відсталість. |
| 8. Др-ва К. | сімейне | ДЦП. Спастичний квадріпарез з переважним ураженням нижньої кінцівки. Енурез. | ЗПР. Синдром розгальмованої поведінки. |
| 9. Гі-ко А. | сімейне | ДЦП. Спастичний парапарез. Енурез. | Інтелект у нормі. |
| 10. Су-кий М. | сімейне | ДЦП. Лівобічний геміпарез. | ЗПР. Наслідки перенесеного гнійного мененгоенцефаліта. |
| 11. Ля-на А. | сімейне | ДЦП. Спастичний парапарез. Дизартрія. | Інтелект у нормі. |
| 12. Ко-на І. | інтернат | ДЦП правобічний геміпарез. | Розумова відсталість легкого ступеня. |

Як видно з таблиці, у експериментальну групу увійшли діти з різними формами ДЦП (парапарез нижній (2), геміпарез (4), спастична диплегія (2), атонически-астатическая форма (1), підвивих стегна (1) та різним ступенем тяжкості.

Крім перерахованих вище порушень у обстежуваних дітей відзначалися розлади нервової системи (денний і нічний енурез у трьох осіб), розлад темпо-ритмічної сторони мовлення (заїкання) у одного, дизартрія у двох дітей. У двох випадках відзначалася мінімальна мозкова дисфункція. До складу групи увійшли учні з ЗПР, легкою розумовою відсталістю.

Опис методів дослідження:

1. Вивчення документації

Були вивчені наступні необхідні для подальшої роботи документи:

а) особисті справи;

б) медичні карти;

в) журнал спостережень з характеристикою на кожну дитину.

2. Спостереження це один з методичних прийомів обстеження. Для опису характерних особливостей рухових порушень у школярів з ДЦП виникла необхідність поспостерігати за дітьми у процесі навчальної та ігрової діяльності, що дозволяє судити про інтелектуальні та фізичні можливості дітей.

3. Тестування. У дану методику увійшли наступні завдання:

1. на координацію руху:

- по по дошці шириною 20 см потрібно пройти, переступаючи через різні предмети (камінці, іграшки, палички і т.д.);

- мишка на колоді - по дошці 20 см необхідно пройти рачки туди і назад;

- акробат - на підлозі шнур (2 скакалки) витягнуті по прямій лінії. Дитина йде по шнуру (скакалці), приставляючи п'яту до носку. Руки у сторони;

- стрибки - потрібно взяти дитину за руки, допомогти їй підстрибнути, м'яко приземлитися. Потім кілька послабити підтримку;

- Струмочок - дитина повинна перестрибнути на двох ногах через стрічку або шнур, що лежить на підлозі.

2) на рух рук:

- Петрушка - злегка нахилившись. Прямі повисли руки розгойдуються в сторони, потім перехрещуються;

- Маятник - злегка нахилившись. Руки - униз, перед собою; розгойдуються паралельно праворуч – ліворуч;

- Балерина - стоячи. Широкий помах руками, розведеними у сторони. Піднятися на носки. Помах кистями рук;

- дерево на вітрі - руки підняті. розгойдуються паралельно вправо – вліво;

3) Ігри з уявними предметами:

- шофер - обертаючи руками уявне кермо, пересуватися по умовним доріжках, повертаючи то вправо, то вліво. Добре, на якщо "шофер" зуміє як правильно реагувати на зелений, червоний, жовтий світло (кольорові гуртки);

- Дворник:

а) руки - одна нагорі, інша внизу - охоплюють рукоятку уявної мітли. Широкими помахами підмітаємо тротуар;

б) руки «охоплюють лопату». «Згрібають сніг».

- Рубити дрови:

а) встати один проти одного. Ліва нога висунута уперед. Правою рукою рухати уявну пилу до себе та від себе;

 б) Рубаємо дрова. Розставити ноги на ширину плечей. Руки зі зчепленими пальцями над головою. Нахиляючись, широким помахом опускати руки вниз.

Вправи для верхніх кінцівок. При обстеженні даної категорії рухів пропонувалися прості вправи:

- руки у сторони. Руки підняті до рівня плечей та складають з ними одну лінію;

- руки вперед. Руки підняті до рівня плечей і паралельні одна одній;

- руки вгору. Руки підняті вертикально і приблизно паралельні одна одній;

- встати, злегка нахилившись. Руки в сторони. Потім впустити руки «як мотузочки».

Вправи на дрібну моторику:

- гармошка - спочатку пальці розсуваються, потім зсуваються, імітація гри на гармошці;

- гурток - намалювати кружок пензлем і пальцем;

- павучок - зобразити пензлем як біжить павучок;

- чарівний мішечок - розвивається зорова увага, пам'ять та здатність впізнавати предмети на дотик. Набір дрібних іграшок потрібно помістити в мішечок, іграшки з такого набору по одній показуються дитині. Вона повинна на дотик вибрати з мішечка таку ж;

- дерев'яні матрьошки;

- мозаїка, конструктор.

**2.3. Методика фізичної реабілітації дітей з ДЦП та аналіз результатів дослідження**

При аналізі проблеми реабілітації дитей з ДЦП у сім'ї та в умовах школи-інтернату можна запропонувати наступні вправи для підвищення ефективності адаптаційного фізичного розвитку хворої дитини, які можуть бути використані як в родині, так і в спеціальній установі [14].

1. Загальні та коригуючі вправи:

Дихальні вправи.

У вихідному положенні лежачи на спині (сидячи, стоячи) розвивати діафрагмальне дихання, з акцентом на видих. Виконувати подовжений, поглиблений видих з одночасним проголошенням звуків: «х-х-хо» (як зігрівають руки), «ФФ-фу» (як студія чай), «чу-чу-чу» (паровоз), «ш-ш- ш »(вагони),« у-у-у »(літак),« ж-ж-ж »(жук), задути свічку, надути кульку. Звукова гімнастика, поєднання дихання з рухами. Основні вихідні положення та ізольовані рухи голови, рук. ніг, тулуба. Початкове положення: лежачи, сидячи, стоячи. Рухи головою у різних напрямках. Одночасні рухи руками уперед, назад, у сторони, вгору, вниз. Згинання та розгинання передпліч та кистей рук. Почергове та одночасне згинання пальців у кулак та розгинання зі зміною темпу руху. Протиставлення першого пальця іншим з контролем зору, а також без нього. У вихідних положеннях лежачи на спині, на животі, на боці почергове піднімання та відведення прямих або зігнутих ніг, згинання, розгинання, а також кругові рухи ними. Присідання на всій ступні, стоячи біля опори. Нахили тулуба уперед, назад, у сторони. Акробатичні угруповання: сидячи, лежачи, на спині. Найпростіші поєднання вивчених рухів. Вправи для формування зводу стоп, їх рухливості та опорної спроможності. У вихідному положенні: сидячи (стоячи біля опори) згинання та розгинання пальців ніг: тильне і підошовне згинання стопи з почерговим дотиком п'ятою, носком; змикання та розмикання стоп. Прокатування стопами канату. Загарбання стопами м'яча, загарбання ногами предметів з подальшими кидками їх й обруч і передачею сусідові по ряду. Ходьба по ребристій дошці, масажному килимку, рейках гімнастичної стінки.

Вправи для формування рівноваги.

Рух головою сидячи, стоячи на колінах, стоячи біля опори. Нахили уперед-назад, вправо, вліво; повороти вправо-вліво. З вихідного положення лежачи на спині (на животі) швидкий перехід у основну стійку, приймаючи якомога менше проміжних вихідних положень. Кружляння на місці переступанням. Утримання різних вихідних положень на хиткій площині. Ходьба по накресленому коридору, по дошці, що лежить на підлозі, по дошці з піднятим краєм (вгору і вниз), по гімнастичній лаві (25-30 см заввишки). Переступання через канат, що лежить на підлозі, через бруски, гімнастичні палиці, що лежать на підлозі на відстані 1 м., Що крокує з предмета на предмет.

Вправи для формування правильної постави.

Стійка у вертикальній площині із збереженням правильної постави при рухах головою, руками, очима в різних вихідних положеннях та при рухах рук. Збереження стійкості у стійці «одна ступня попереду інший» з відкритими і закритими очима. Стійка на носках, стійка на одній нозі, інша у сторону, уперед, назад. Зміна вихідних положень під рахунок фахівця з відкритими і закритими очима. утримання різних вихідних положень на хиткій площині з рухами рук. Кружляння на місці з переступанням, подальшим виконанням вправ руками з нахилами, присіданнями і випадами уперед, у сторону. Ходьба по дошці, що лежить на підлозі, по похилій дошці, по гімнастичній лаві, колоді з рухами руками та з предметом у руках. Ходьба по гімнастичній лаві з присіданнями, з поворотом (переступанням), приставними кроками, змінними кроками вперед, назад, боком. Ходьба по гімнастичній лаві з переступанням через набивні м'ячі, мотузку, натягнуту на висоті 20-25 см.

Прикладні вправи.

Побудови та перешикування. Рівняння у шерензі та в колоні. Перешикування з шеренги та колони у коло. Повороти на місці направо, наліво, кругом. Виконання стройових команд.

Вправи з гімнастичними палицями.

Підкидання та ловля палиці, змінюючи хват. Балансування палиці, стоячи на одному місці.

Утримуючи палицю перед собою, змінювати вихідне положення, наприклад: встати на одне коліно, на обидва коліна, сісти та піднятися у основну стійку, не випускаючи палиці з рук та не міняючи хвата.

Вправи з великим м'ячем.

Перекладання м'яча з руки в руку з обертанням навколо себе. Ведення м'яча. Удари м'яча об підлогу перед собою з одночасним підстрибування на двох ногах. Прокатування м'яча, кидки уперед, у сторону з дозіровальними зусиллями.

Вправа з малими м'ячами.

Кидок м'яча збоку однією рукою. Кидок тенісного м'яча на дальність. Кидок двома руками знизу через височину (висота 2 м). Попадання м'ячем у предмет.

Ігри.

Рухливі ігри: «Влуч у ціль», «Гонка м'ячів у колонах» та ін.

 Естафети з лазіння та перелазання та гри зі спеціальними завданнями на поставу і ходьбу з включенням метання та вправ, що розвивають просторові уявлення.

При роботі з дітьми, що мають ДЦП, можна використовувати заняття у сухому басейні та фітбол.

Тіло дитини у басейні постійно знаходиться у безпечній опорі, що особливо важливо для дітей з руховими порушеннями.

У той же час в басейні можна рухатися, відчуваючи постійний контакт шкіри з кульками, що наповнюють басейн. Таким чином, відбувається постійний масаж усього тіла, стимулюється пропріоцептивна та тактильна чутливість. Дитина вільно рухається, змінює напрямок руху, позу, чергуючи діяльність з відпочинком, мимовільно регулюючи навантаження, задовольняє потребу у русі. Сухий басейн сприяє розвитку моторики, координації рухів, рівноваги, пропріоцептивної чутливості, всіх сенсорних систем. Вправи, що проводяться у сухому басейні, активізують серцево-судинну та дихальну системи, діяльність шлунково-кишкового тракту, сприяють розвитку фізичних якостей, зменшують спастику та гіперкінези, стимулюють функцію паретичних м'язів, сприяють збільшенню рухливості хребта та суглобів верхніх і нижніх кінцівок, створюють позитивний психоемоційний настрій.

Підбір вправ у басейні повинен бути індивідуальним у залежності від форми та ступеня тяжкості захворювання.

Іншою формою заняття з дітьми, що страждають на ДЦП, є фітбол-гімнастика на великих пружних м'ячах. Вперше фітболи стали використовуватися у лікувальних цілях з середини 50-х років XX століття швейцарським лікарем-фізіотерапевтом Сюзан Кляйн Фогельбах у Базелі для хворих на ДЦП. Фітболи виготовляються з високоміцного матеріалу пластіка. У технології виготовлення цих м'ячів враховані такі особливості, як оптимальна пружність, еластичність матеріалу, дезодоруючий аромат, антистатичні властивості, максимальна травмобезопасность, так як у разі механічного пошкодження м'яч не лопне, а буде повільно здуватися. Витримує фітбол вагу понад 300 кг, дозволяючи займатися людям будь-якого віку та комплекції.

Фітболи можуть бути різного розміру у залежності від віку та зрісту. Так, наприклад, для дітей від 6 до 10 років - 55 см, для дітей, що мають ріст від 150 до 165 см, діаметр м'яча повинен становити 65 см. М'яч підібраний правильно, якщо при посадці на ньому кут між стегном і гомілкою дорівнює або трохи більше 90 °.

Гострий кут в колінних суглобах небезпечний, так як створює додаткове навантаження на зв'язки при виконанні вправ, сидячи на м'ячі. Накачати фітбол можна велосипедним або автомобільним насосом.

Фітболи надають комплекс корисних впливів на організм людини. Так, наприклад, вібрація на м'ячі активізує регенеративні процеси, сприяє покращенню кровообігу та лімфовідтоку, збільшує скоротливу здатність м'язів. При цьому поліпшуються функція серцево-судинної системи, зовнішнього дихання, підвищуються обмін речовин, інтенсивність процесів травлення, захисні сили та опірність організму.

При оптимальному та систематичному навантаженні створюється сильний м'язовий корсет, поліпшується функція внутрішніх органів, врівноважуються нервові процеси, розвиваються всі фізичні якості та формуються рухові навички, відбувається колосальний позитивний вплив на психоемоційну сферу.

Умови виконання вправ на м'ячі набагато важчі, ніж на жорсткій стійкій опорі (на підлозі), так як вправи виконуються у постійному балансуванні. 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.

Крім оздоровчого, безсумнівно також виховний, педагогічний та психологічний вплив фітболу на організм дитини.

Перш ніж приступити до занять, слід ознайомитися з деякими методичними рекомендаціями:

1. правильна посадка на фітбол передбачає оптимальне взаємне розташування всіх ланок тіла. Посадка на м'ячі вважається правильною, якщо кут між тулубом і стегном, стегном і гомілкою, гомілкою і стопою дорівнює 90 °, голова піднята, спина випрямлена, руки фіксують м'яч долонями ззаду, ноги на ширині плечей, стопи паралельні один одному. Такий стан на м'ячі сприяє збереженню правильної постави;

2. необхідно правильно та своєчасно використовувати страховку, самострахування та допомогу для профілактики травматизму. Крім того, на підлозі та одязі не повинно бути ніяких гострих предметів, щоб не пошкодити м'яч. На заняттях використовується зручний одяг взуття;

3. починати з простих вправ та полегшених вихідних положень, поступово переходячи до більш складним;

4. жодна вправа не повинна завдавати болю або доставляти дискомфорт;

5. уникати швидких і різких рухів, скручувань у шийному та поперековому відділах хребта, інтенсивної напруги м'язів шиї та спини. Різкі повороти, скручування, навантаження ушкоджують міжхребцеві диски, збільшують нестабільність хребетно-рухових сегментів, порушують кровообіг;

6. при виконанні вправ лежачи на м'ячу не затримувати дихання, особливо це стосується вихідного положення лежачи на животі на м'ячі, так як тривале здавлювання діафрагми утруднює дихання;

7. при виконанні вправ лежачи на спині на м'ячі та лежачи на грудях на м'ячі, голову не закидати, потилицю і хребет повинні складати одну пряму лінію;

8. при виконанні вправ м'яч не повинен рухатися;

9. при виконанні вправ лежачи на животі на м'ячі з упором руками на підлозі, долоні повинні бути паралельні один одному та розташовуватися на ровне плечових суглобів;

10. вправи на силу повинні чергуватися з вправами на розтягування та розслаблення;

11. на кожному занятті прагнути до створення позитивного емоційного фону, бадьорого, радісного настрою. Важлива також естетика виконання вправ;

12. заняття на фітболі можуть проводитися через день або два рази на тиждень. Тривалість занять для дітей до 6-7 років - 25-30 хв, у більш старшому віці - до 40-45 хв;

13. кожна вправа повторювати, починаючи з 3-4 разів, поступово збільшуючи до 6-8 повторень. Вправи виконувати, виходячи з принципу розсіювання навантаження у різних вихідних положеннях на різні групи м'язів. На прикінці заняття використовуються вправи для відновлення дихання та розслаблення.

Фітбол-гімнастика дозволяє вирішувати наступні завдання:

- розвиток рухових якостей (швидкість, витривалість, гнучкість, сила, спритність);

- навчання основним руховим діям;

- розвиток та вдосконалення координації рухів і рівноваги;

- зміцнення м'язового корсету, створення навички правильної постави та вироблення оптимального рухового стереотипу;

- поліпшення функціонування серцево-судинної та дихальної систем;

- нормалізація роботи нервової системи, стимуляція нервово-психічного розвитку;

- поліпшення кровопостачання хребта, суглобів і внутрішніх органів, усунення венозного застою;

- поліпшення комунікативної та емоційно-вольової сфери;

- стимуляція розвитку аналізаторних систем, пропріоцептивної чутливості;

- розвиток дрібної моторики та мовлення;

- адаптація організму до фізичного навантаження.

Використання фітбол-гімнастики у профілактиці, лікуванні та корекції ДЦП дозволяє урізноманітнити заняття, вносити емоційний розряд, сприяє активному залученню займається в лікувально-педагогічний процес, що значно підвищує ефективність реабілітаційних заходів.

При ДЦП на фітболах можна займатися у різних вихідних положеннях у залежності від поставлених завдань. Фітбол-гімнастика у практиці АФК дає позитивні результати та може ефективно застосовуватися у дітей з церебральним паралічем.

Оцінка ефективності занять АФК може складатися з різних параметрів. Це може бути поточна оцінка зовнішніх ознак втоми дитей, що займаються, оцінка функціонального стану організму дітей по фізіологічної кривої, оцінка щільності проведеного заняття. Так як оцінка проводиться лікарем спільно з фізичним терапевтом, цей метод оцінки називається лікарсько-педагогічним наглядом (ВПН). Такі ВПН проводяться при будь-якої патології у дітей.

Виконання вправ дітьми оцінювалося за трибальною шкалою.

1 бал - дитині потрібна постійна допомога фахівця. Рухи не точні, не координовані. Важко перемикається з одного руху на інше. Активність дитини низька.

2 бали - дитині потрібна допомога фахівця у виняткових випадках. Рухи більш точні, більш координовані. Рухи дитини активніші.

З бали - дитині не потрібна допомога фахівця. Рухи точні, координовані. Переключення рухів висока. Дитина активна.

Залежно від отриманих результатів діти були розділені на три групи. До першої групи увійшли діти, які отримали три бали - це високий рівень рухових навичок, у другу було віднесено діти, які отримали два бали - середній рівень рухових навичок, і нарешті, третя група, до неї увійшли діти, які отримали один бал - це низький рівень сформованості рухових навичок. Дані, отримані при обстеженні, внесені у таб. (табл.2.2).

Таблица 2.2

**Данные результатов исследования уровеня сформированности двигательных навыков младших школьников с ДЦП (общая моторика)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **учні** | **виховання** | **кількість балів отриманих під час експерименту** |
| 1.Ва-єв А. | сімейне | 2 |
| 2.Се-ва Ю. | сімейне | 2 |
| 3.Іва-ва М. | інтернат | 1 |
| 4.Се-єв В. | інтернат | 1 |
| 5.Але-ов М. | сімейне | 2 |
| 6.Ко-кін С. | сімейне | 2 |
| 7.Ма-ва В. | інтернат | 1 |
| 8.Др-ва К. | сімейне | 2 |
| 9.Ги-ко А. | сімейне | 2 |
| 10.Су-кий М. | сімейне | 2 |
| 11.Ля-на А. | сімейне | 2 |
| 12.Ко-на І. | інтернат | 2 |

З таблиці видно, що у більшості дітей (75%) середній рівень сформованості рухових навичок загальної моторики.

У 25% низький рівень сформованості рухових навичок. Високий рівень не був поставлений жодному випробують. Під час експерименту викликало утруднення завдання на проходження по зигзагоподібно викладеної стрічці, переступання через предмети, стрибки на двох ногах. Це пов'язано у першу чергу з особливостями дефекту. Таким дітям важко координувати свої рухи та утримувати рівновагу.

Слід зазначити, що низький рівень сформованості рухових навичок діагностований у дітей, які виховуються в умовах інтернатних установ.

Крім вивчення загальної моторики також велися спостереження за сформованістю рухових навичок дрібної моторики. Отримані під час дослідження дані також внесені у таблицю 2.3.

Таблица 2.3

**Уровень сформированности двигательных навыков младших школьников с ДЦП (мелкая моторика)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **учні** | **виховання** | **кількість балів отриманих під час експерименту** |
| 1.Васильев А. | семейное | 2 |
| 2.Семенова Ю. | семейное | 2 |
| 3.Иванова М. | интернат | 1 |
| 4.Сергеев В. | интернат | 1 |
| 5.Александров М. | семейное | 2 |
| 6.Корзинкин С. | семейное | 1 |
| 7.Матвеева В. | интернат | 1 |
| 8.Дремова К. | семейное | 2 |
| 9.Гирько А. | семейное | 2 |
| 10.Сущевский М. | семейное | 2 |
| 11.Ляпина А. | семейное | 2 |
| 12.Костина И. | интернат | 1 |

Дані таблиці показують, що у досліджуваної категорії дітей порушення дрібної моторики виражені так само як і загальної моторики. Низька сформованість відзначена у дітей, які виховуються в інтернатному закладі.

Оцінка сформованості дрібних рухів проводилася за тими ж параметрами, що і загальних. Рухові порушення пальців рук були виражені у 42% дітей, і вони віднесені до першої групи дітей з низьким рівнем розвитку рухових навичок, 58% віднесені до другої групи із середнім рівнем розвитку рухових навичок. Дітей третьої групи, з високим рівнем розвитку, так само як і в першому випадку, виявлено не було.

У момент обстеження у дітей експериментальної групи, що знаходяться на вихованні в інтернатному закладі, було відзначено утруднення відведення пальців рук, руху пальців скуті, неточні.

Результати дослідження показали, що діти, котрі виховуються у родині, мають більшу рухову активність, ніж діти, що виховуються в умовах інтернатного закладу.

У дітей, які виховуються у сімʼї, більш сформована загальна та дрібна моторика.

Спостереження на уроках фізичної реабілітації показало, що діти, які виховуються у сімʼї, більш активні, з бажанням виконують вправи, намагаються виконати завдання самостійно, без допомоги фахівців. У той час, діти, що виховуються у інтернатному закладі більш пасивні, дратівливі, агресивні, болісно реагують на невдачу, часом навіть відмовляються від подальших занять, потребують постійної підтримки та допомоги фахівців.

Сімейна терапія допомагає дитині не тільки справлятися з фізичною недугою, але і створює навколо нього сприятливу психо-емоційну атмосферу, почуття турботи і уваги. У умовах сім'ї батьки займаються з дитиною адаптаційними фізичними вправами, спрямованими на його реабілітацію.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтвердили висунуту гіпотезу: що сімейне виховання матиме позитивний вплив на фізичний стан дітей з ДЦП.

**ВИСНОВКИ**

1. Здійснено теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних досліджень з проблеми розвитку дітей з церебральним паралічем, їх діагностики та корекції в сім'ї. Аналіз літературних джерел показав, що дитячий церебральний параліч це рухові порушення, що розвиваються у результаті пошкодження центральної нервової системи під час внутрішньоутробного розвитку, пологів або у перші кілька днів після них. ДЦП може поєднується з порушенням слуху, зору або мови, іноді супроводжується судомами. Дитячий церебральний параліч – це, перш за все, рухові порушення, але супутні вади слуху, мови тощо не обов'язкові.

Фізична реабілітація є найважливішою частиною загальної системи виховання, навчання та лікування дітей з опорно-руховими порушеннями. Важливою передумовою успішності реабілітації дітей з ДЦП є поєднання лікувальних факторів та факторів фізичної реабілітації.

2. Обґрунтувано методичні засади та розроблено процедуру дослідження порушень розвитку у дітей, які страждають на ДЦП. Провідне місце в загальній системі реабілітації дітей з ДЦП відіграє сім'я. У сім'ї створюється по-перше, комфортна для дитини емоційно-психологічна атмосфера, наповнена почуттям турботи та уваги. По-друге, комплекс вправ, спрямований на формування рухової активності включає у себе не тільки заняття в спеціалізованих установах, а й заняття з батьками надому. Сімейна терапія дозволяє хворій дитині активніше та успішніше розвивати рухові навички. Результати дослідження показали, що діти, котрі виховуються в родині, мають більшу рухову активність, ніж діти, які виховуються в школі-інтернаті.

3. Досліджено проблему реабілітаційної допомоги дітям з церебральним паралічем. Спостереження на заняттях з фізичної реабілітації показало, що діти, які виховуються у сімʼї більш активні, з бажанням виконують вправи, намагаються виконати завдання самостійно, без допомоги інструктора. У той час, як діти, які виховуються в школі-інтернаті більш пасивні, дратівливі, агресивні, болісно реагують на невдачу, часом навіть відмовляються від подальших занять, потребують постійної підтримки та допомоги фахівців.

4. Надано рекомендації з фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах сімʼї. Сімейна терапія допомагає дитині не тільки справлятися з фізичною недугою, але створює навколо неї сприятливу психо-емоційну атмосферу, почуття турботи і уваги. В умовах сім'ї батьки займаються з дитиною адаптивними фізичними вправами та вправами, спрямованими на її реабілітацію.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Аникеев Д. М. Цель и задачи физического воспитания студентов в программно-нормативных документах Украины / Д. М. Аникеев // Физ. воспитание студентов. – 2010. – Т. 5. – С. 3–6.

2. Амосов А. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. —М.: ООО “АСТ”, 2002. — 461 с.

3. Аулик И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. — М., Наука, 1984.

4.Белозерцева И. Оставить в живых! Профилактика суицидального поведения у детей// Основы безопасности жизнедеятельности. — 2002. — № 11. — С. 22–27.

5. Белозерцева И. Этотребенокневыносим! Клиникопсихологическая характеристика детей-суицидентов // Основыбезопасности жизнедеятельности. — 2000. — № 10. — С. 27–31.

6. Буйлова Т. В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации / Т. В. Буйлова // МедиАль. – 2013. – № 2 (7). – С. 26–31.

7. Вахрук Т. П., Лисовский В. А., Сологуб Е. Б. Основы тератологии и наследственной патологии: Учеб. пособе.— М.: Сов. cпорт,2001.

8. Вахрук Т. П., Лисовский В. А., Сологуб Е. Б. Основы тератологии и наследственной патологии: Учеб. пособе.— М.: Сов. cпорт,2001.

9. Виноградова Р. Н. Об опытеработы по интерграции в общество людей с ограниченнымивозможностями в Германии // Соц. и клин. психиатрия. — 2000. — Т. 10. — № 4. — С. 72–73.

10. Вітомський В. Методичні основи побудови програми із фізичної реабілітації для дітей шкільного віку з функціонально єдиним шлуночком серця / В. Вітомський // Молодіж. наук. вісн. Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Л. Українки (серія «Фізичне виховання і спорт»). – 2015. – Вип. 18. – С. 111– 116.

11. Вітомський В. Фізична реабілітація дітей з вродженими вадами серця: огляд зарубіжного досвіду та досягнень / В. Вітомський // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2015. – № 3. – С. 48–54.

12. Выготский Л. С. Основыдефектологии // Собр. соч. — М., 1983. — Т. 5.

13. Дегонская Е. В. Метод “Вилкион”-терапии в лечении сопутствующей соматической патологи у детей с церебральным параличем //Укр. вісн. психоневрологии. — 2002. — Т. 10. — №2. — С. 203–204.

14. Декларация Организации Объединенных Наций о правах инвалидов, 1975, п. 2.1.

15. Дембо А. Г. Врачебный контроль в спорте. — М., 1988.

16. Доценко О. О. Організація соціальної практики дітей дошкільного віку з дитячим церебральним паралічем на заняттях з трудотерапії / О. О. Доценко, Д. С. Бараненкова // Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова (серія 19 «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія»). – 2014. – № 25. – С. 41–50.

17. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура (цель, содержание, место в системе знаний о человеке) // Теория и практ. физ.культуры. — 1998. — № 1.

18. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура, ее философия,содержание и задачи // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. — СПб., 1996.

19. Евсеев С. П., Курдыбайло С. Ф., Сусляев В. Г. Материально техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учеб. пособие. — М.: Сов. спорт, 2000. 210

20. Епифанов В. А. Медицинское обеспечение спорта у инвалидов //Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. — 1995. — № 6. — С. 47–48.

21. Зелинская Д. И., Белова Л. С. Детская инвалидность. — М.,2001. — 136 с.

22. Kазьмин А. М. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) [Электронный ресурс] / А. М. Kазьмин, Г. А. Перминова, А. И. Чугунова // Клиническая и специальная психология. – 2014. – Т. 3, № 2. – Режим доступа : http: / /psyjournals.ru /psyclin /2014 /n2 /Kazmin\_et\_al. shtml.

23. Комплексная профілактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учеб. пособие / В. А. Лисовский, С. П. Евсеев, В. Ю. Голофеевский, А. Н. Мирошниченко. — М.: Сов.спорт, 2001.

24. Конституція України. — К., 1996. — Ст. 23, 28, 49.

25.Коренев Н. М. Международные подходы к оценке последствийзаболеваний и трав // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2001. — № 3.

26. Кузнецова Т. Целеполагание по правилам [Электронный ресурс] / Т. Кузнецова // Новый менеджмент. – 2007. – № 1. – Режим доступа : http: //www.new-management.info /issues /2007 /1 /8.

27. Курдыбайло С. Ф. Влияние гипокинезии и ампутации конечностей на функциональное состояние организма // Адаптивная физическая культура ифункциональное состояние инвалидов.—СПб.,1996.

28. Маккьюсик В. А. Наследственные признаки человека.— М., 1976.

29. Матов В. В. Медицинские проблемы современной оздоровительной физической культуры (обзор) // Теория и практика физ. культуры. — 1987. — № 2. – С. 43–46.

30. Международная классификация болезней. 10-й пересмотр.ВООЗ, 2000.

31. Милнер Е. Выбираюбег. — М.: Физ-ра и спорт., 1985.

32. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии. — М.,1990.

33. Нечаева Н. В., Сыромолотов Ю. С. Физкультура и спорт для инвалидов // Теория и практика физ. культуры. — 1988.— №11.

34. Огорелкова Л. Загальні та індивідуальні особливості керування процесом фізичного виховання дітей-інвалідів по зору // Молода спортивна наука України. — 2004. — Вип. 7. — Т. 1. —С. 370– 372.

35. Основи соціальної педіатрії : навч.-метод. посіб. : у 2 т.; за ред. В. Ю. Мартинюка. – К. :ФОП Верес О.І., 2016. – Т. 1. – 480 с.

36. Основи соціальної педіатрії : навч.-метод. посіб. : у 2 т.; за ред. В. Ю. Мартинюка. – К. :ФОП Верес О.І., 2016. – Т. 2. – 480 с.

37. Раад Абдул Хаді Мохаммад Алалван, Вітомський В., Вітомська М. Програма фізичної реабілітації пацієнтів після хірургічного лікування розривів ахіллового сухожилка // X Міжнар. конф. «Молодь та олімпійський рух» 24–25 травня 2017 року. – С. 415–416.

38. Сарычев С. Я. Основные медико-социальные проблемы инвалидности в детском возрасте // Педиатрия. — 1990.— № 12. —С. 4–10.

39. Сергиени Е. В. Актуальные вопросы медицинской реабилитации инвалидов в Украине // Мед. реабилитация, курортология и физиотерапия. — 1998. — № 1. — С. 52–53.

40. Солодов А. С. Адаптационно-компенсаторные реакции организма инвалидов при занятиях физической культурой // Адаптивная 211 физическая культура и функциональное состояние инвалидов. — СПб., 1996.

41. Составление комплексних планов по трудовому устройству инвалидов, пенсионеров по возрасту и одиноких матерей: Метод.реком. — М., 1985. — 18 с.

42. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (Прийнято Генеральною Асамблеєю Організації Об’єднаних Націй на 48 сесії 20 грудня 1993 р. Резолюція 48/96) (Витяги): Основи концепції політики стосовно інвалідів. Реабілітація. Параграф 23. Розділ 1. Передумови для рівноправної участі.Правило 3. Реабілітація.

43. Страковская В. Л. 300 подвижных игр для оздоровления детей от 1 года до 14 лет. — М.: Новая шк., 1994.

44. Финни Н. Р. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие / Н. Р. Финни. – М. : Теревинф, 2005. – 336 с.

45. Шанина Г. Е. Адаптивнаяфизическая культура как фактор соціального здоров’я лиц с ограниченными возможностями // Теория и практ. физ. культуры. — 2003. — № 1. — С. 56–57.

46. Шапкова Л. В. Средства адаптивной физической культуры: Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с изменениями в интеллектуальном развитии. — М.: Сов. спорт, 2001.

47. Шатов А. В. Стан інвалідності з дитинства в Україні у 2000 р. // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров’я України. — 2001. — № 3. — С. 5–11.

48. Шевцов А. Г. Сучасні міждисциплінарні підходи до етапної комплексної реабілітації дітей із церебральним паралічем / А. Г. Шевцов, Г. М. Хворова // Наук. часопис нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова (серія 19 «Корекційна педагогіка та спеціальна психологія»). – 2013. – № 23. – С. 281–285.

49. Bovend’Eerdt T. J. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide / T. J. Bovend’Eerdt, R. E. Botell, D. T. Wade // Clin. Rehab. – 2009. – Vol. 23. – Р. 352–361.

50. Choi B. C. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness / B. C. Choi, A. W. Pak // Clin. Invest. Med. – 2006. – Vol. 29, Iss. 6. – Р. 351–364.

51. Dirks T. The role of the family in intervention of infants at high risk of cerebral palsy: a systematic analysis / T. Dirks, M. Hadders-Algra // Dev. Med. Child Neurol. – 2011. – Vol. 53 (Suppl 4). – P. 62–67.

52. Fahimzad A. Common infections among disabled children admitted to hospital / A. Fahimzad, D. Babaie, J. Ghoroubi, G. H. Zahed, T. Rafieli // Archives of Pediatric Infectious Diseases. – 2013. – Vol. 1, Iss. 2. – Р. 71–74. – Retrieved from doi:10.5812 /pedinfect.9075.

53. GIPCI Gruppo Italiano Paralisi Cerebrali Infantili. La valutazione delle funzioni adattive nel bambino con paralisi cerebrale. / E. Fedrizzi (ed.). – Milan: Franco Angeli Editore, 2002. – 225 р.

54. Gunel K. M. Rehabilitation of children with cerebral palsy from a physiotherapist’s perspective / K. M. Gunel // Acta Orthop. Traumatol. Turc. – 2009. – Vol. 43, iss. 2. – P. 173–180. Retrieved from doi:10.3944 / AOTT.2009.173.

55. Helders P. J. Creating and being created: the changing panorama of paediatric rehabilitation / P. J. Helders, R. H. Engelbert, J. W. Custers, J. W. Gorter, T. Takken, J. van der Net // Pediatr. Rehabil. – 2003. – Vol. 6. – P. 5–12.

56. Hertsyk A. SMART goal setting in physical therapy / A. Hertsyk // Фіз. виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві : зб. наук. праць. – 2016. – № 2 (34). – С. 57–63.

57. King S. Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: a review of the literature / S. King, R. Teplicky, G. King, P. Rosenbaum // Semin. Pediatr. Neurol. – 2004. – Vol. 11, Iss. 1. – P. 78–86.

58. Law M. Factors affecting family-centred service delivery for children with disabilities / M. Law, S. Hanna, G. King, P. Hurley, S. King, M. Kertoy, P. Rosenbaum // Child Care Health Dev. – 2003. – Vol. 29. Iss. 5. – Р. 357–366.

59. Styer-Acevedo J. Physical therapy for the child with cerebral palsy / J. Styer-Acevedo // Pediatric physical therapy / J. S. Tecklin (ed.). – 3rd ed. – Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 1999. – P. 179–230.

60. Trabacca A. The ICF-CY perspective on the neurorehabilitation of cerebral palsy: a single case study / A. Trabacca, L. Russo, L. Losito et al. // J. Child Neurol. – 2012. – Vol. 27, Iss. 2. – P. 183–190.

61. Trabacca A. Multidisciplinary rehabilitation for patients with cerebral palsy: improving long-term care / A. Trabacca, T. Vespino, A. Di Liddo, L. Russo // J. of Multidisciplinary Healthcare. – 2016. – Vol. 9. – P. 455–462.