**Баришок Тетяна Віталіївна. Теоретико-методичні основи застосування індивідуальних програм з фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах сім'ї. : Дис... канд. наук: 24.00.03 - 2009.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Баришок Т. В.**Теоретико-методичні основи застосування індивідуальних програм з фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах сім’ї. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03 - фізична реабілітація. – Львівський державний університет фізичної культури, Львів, 2009.  Дисертація присвячена проблемі фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах сім’ї.  У роботі визначено та науково обґрунтовано основні принципи застосування індивідуальних програм та етапи (складання, виконання, корекція) фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах сім’ї. Основою індивідуальних програм є фізичні вправи для зниження м’язового тонусу, покращення сили м’язів, амплітуди рухів, моторного розвитку дитини, що виконуються разом з батьками. Досліджено вплив та доведено ефективність застосування індивідуальних програм з фізичної реабілітації для покращання функціонального стану опорно-рухового апарату дітей 13-15 років з церебральним паралічем в умовах сім’ї під контролем фахівця  Результати роботи впроваджено у діяльність реабілітаційних центрів та вищих навчальних закладів м. Запоріжжя. | |
| |  | | --- | | * 1. Аналіз українських та зарубіжних літературних джерел дозволив встановити, що кількість дітей з церебральним паралічем не зменшується і становить приблизно три дитини на тисячу новонароджених. Існує багато методів відновлення дитини з ЦП, основним з яких є метод фізичної реабілітації. Відновлення дитини, її соціалізація та адаптація до довкілля щонайперше відбувається у сім’ї. Але в доступній нам літературі не спостерігається систематизованого висвітлення питань фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах сім’ї.   2. На процес фізичної реабілітації в умовах сім’ї впливають як соціальний статус сім’ї, її повнота, умови проживання, так і сімейні стосунки, мотивація батьків та їхнє ставлення до процесу реабілітації, активність позиції щодо прийняття участі у реабілітаційних заходах, а також фізичний та психоемоційний стан дитини, збереженість інтелекту, рівень тривоги.   3. Процес застосування індивідуальних програм з фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем в умовах сім’ї має складатися з трьох етапів: 1) складання індивідуальної реабілітаційної програми, що передбачає налагодження контакту з сім’єю, збір необхідної первинної інформації, обстеження стану опорно-рухового апарату дитини, аналіз отриманих результатів та написання програми для дитини; 2) виконання програми з дотриманням усіх рекомендацій; 3) корекція програми за результатами контролю.   4. Основними принципами застосування індивідуальних програм з фізичної реабілітації в умовах сім’ї є: принцип індивідуального підходу, а саме урахування віку дитини, її моторного розвитку, функціонального стану рухової системи, соціально-побутових умов проживання; принцип простоти і доступності програми з фізичної реабілітації; принцип наочності та практичності; принцип свідомої й активної участі як батьків, так і дітей у процесі фізичної реабілітації; принцип систематичності. Саме урахування всіх цих принципів дозволяє зробити процес фізичної реабілітації дитини з ЦП в умовах сім’ї ефективним.   5. Результати дослідження засвідчили статистично вірогідну зміну досліджуваних показників в основній групі протягом експерименту та невірогідну різницю між показниками стану опорно-рухового апарату у дітей групи порівняння. Так, в основній групі:  – наприкінці дослідження в результатах оцінки тонусу м’язів не було зафіксовано показника, вищого ніж 2,7 бала, найбільше зменшення тонусу було констатовано у м’язах задньої поверхні стегна, привідних м’язах стегна та згиначах ліктьового суглоба, середній сумарний показник тонусу семи протестованих м’язів знизився до 12,82±1,11 бала з правої сторони (з 21,01±1,2 бала) та 15,08±0,85 з лівої сторони (з 22,45±0,9 бала) при максимально можливих 35 балах при нормі 0 балів;  – максимальні показники приросту силових здібностей спостерігалися у згиначів кульшового та розгиначів ліктьового суглобів, середній сумарний показник зріс до 24,07±0,42 бала (з 19,11±0,45 бала) по правій стороні тіла та до 23,29±0,38 бала (з 18,52±0,61 бала) по лівій стороні тіла (при нормі в 40 балів);  – амплітуда як пасивних, так і активних рухів у суглобах збільшилася на статистично вірогідному рівні, що є результатом зменшення тонусу м’язів, максимальний приріст пасивної амплітуди спостерігався у тесті на згинання кульшового суглоба, активної – на відведення плеча;  – було зафіксовано вірогідну різницю між результатами ступеня парезу на початку та наприкінці експерименту за всіма показниками, результат для сторони тіла у середньому збільшився на 10,46 бала (права сторона) та на 12 балів (ліва сторона), що становить 19 і 26,1% відповідно від вихідного рівня у 100 балів;  – оцінка моторних функцій довела вірогідність різниці приросту показника загальної моторики з 10,56±2,16 бала до 18,45±2,53 бала та окремо показника у сидінні (з 6,0±0,33 бала до 8,56±0,66 бала), а також зафіксувала позитивну тенденцію до збільшення результатів у стоянні і ходьбі.  6. Отримані результати свідчать про позитивний вплив запропонованих засобів фізичної реабілітації на стан опорно-рухового апарату дітей з церебральним паралічем та ефективність розробленого теоретико-методичного підходу до застосування індивідуальних програм з фізичної реабілітації для дітей з церебральним паралічем, які батьки можуть використовувати в умовах сім’ї.  7. У державних центрах реабілітації необхідно створити систему, яка буде активно залучати батьків до процесу відновлення дитини, у межах якої варто застосовувати індивідуальні програми фізичної реабілітації для дітей з ЦП в умовах сім’ї. | |