**Гузій Оксана Володимирівна. Комплексна фізична реабілітація учнів 13-15 років з церебральним паралічем другої групи важкості захворювання : Дис... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02 / Львівський держ. ін-т фізичної культури. — Львів, 2002. — 189арк. — Бібліогр.: арк. 145-166.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Гузій Оксана Володимирівна.** Комплексна фізична реабілітація учнів 13-15 років з церебральним паралічем другої групи важкості захворювання. - Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.02 – Фізична культура, фізичне виховання різних груп населення. – Львівський державний інститут фізичної культури, Львів, 2002 р.  Дисертацію присвячено проблемі фізичної реабілітації неповносправних учнів з церебральним паралічем. У роботі зроблено аналіз сучасних поглядів щодо патогенезу дитячого церебрального паралічу, клініко-психологічної характеристики дітей з церебральним паралічем, узагальнено досвід використання засобів фізичного виховання у фізичній реабілітації дітей з церебральним паралічем.  У констатуючому експерименті визначено морфофункціональний стан, рівень соматичного здоров’я і показників рухової функції, особливості психічного стану школярів з обмеженою руховою активністю.  Розроблено і експериментально обґрунтовано комплексну програму фізичної реабілітації школярів з церебральним паралічем; визначено межі дозування фізичних навантажень залежно від вихідного стану серцево-судинної системи. | |
| |  | | --- | | 1. Шляхом аналізу даних спеціальної літератури встановлено, що особливість моторики дітей з церебральним паралічем полягає у наявності рухових вад, що виявляються у наявності обмеженні довільних, мимовільних, вимушених та сукупних рухів, розладі статичної та динамічної стійкості природних поз і рухів, відхиленні від оптимальної ритмічної структури крокових рухів тощо.   Практика використання чинних методів та засобів реабілітації при ДЦП, за літературними даними, показала недостатню їх ефективність. Реабілітаційні заходи, які в основному зводяться до ортопедо-хірургічних і нейрохірургічних втручань, не дають реального результату, що зумовлює необхідність пошуку нових підходів, засобів, методів і форм для успішного проведення реабілітаційно-реакреативних заходів.  2. Доведено, що характер реабілітаційних впливів на організм учнів з церебральним паралічем має бути комплексним, реабілітаційні заняття повинні враховувати механізми реституції і компенсації як біологічної основи процесу відновлення, підтримувати мотивацію дітей-інвалідів до постійних занять, відбуватися в режимі, який відповідає можливостям школяра, створювати сприятливий психологічний фон.  Особливості досліджуваного контингенту і отримані експериментальні дані дозволяють стверджувати, що потужність тренувального навантаження доцільно визначати за модифікованою нами формулою:  *Р тр. = Р спок. + 60 % (Р макс. – Р спок.),* де  *Р тр.* – частота пульсу під час тренувального навантаження;  *Р спок*. – частота пульсу в умовах спокою перед заняттям;  *Р макс*. – максимально допустима частота пульсу для школяра певного віку  *Р макс.* визначається за формулою:  *Р макс. = Р**спок. + 70%. Р**спок., якщо Р**спок. < 80 уд/хв*  *Р макс. = Р**спок. + 50%. Р**спок., якщо Р**спок. > 80 уд/хв.*  3. Сформована на міжнародному досвіді й доповнена нами система багатоцільового тестування рухової функції учнів 13-15 років з церебральним паралічем дозволила дати об’єктивну оцінку вихідним показникам їхнього фізичного стану:  - виявлено віково-статеву різницю між хлопцями та дівчатами 13-15 років: у морфофункціональному розвитку від 13 до 15 років хлопці мають незначну перевагу над дівчатами (Р>0,5 – 0,05); функціональний стан серцево-судинної системи знаходився у межах норми: частота серцевих скорочень – 64-70 уд/хв, артеріальний систолічний тиск – 105-117 мм.рт.ст., діастолічний – 62-76 мм.рт.ст.; життєва ємність легень – 2600-3200 см3;  - у розвитку рухової функції, навпаки, здебільшого дівчата переважають над хлопцями (Р > 0,5 – 0,05), що пояснюється суто індивідуальними руховими можливостями;  - порівняльний аналіз середньостатистичних показників рухової активності хлопців і дівчат свідчить про те, що від 15 до 17 років хлопці мають перевагу над дівчатами, але порівнюючи зі здоровими дітьми, підлітки з наслідками ДЦП мають нижчий індекс фізкультурно-оздоровчої рухової активності (на 4,16 %). Як свідчать дані анкетування, це зумовлюється неспроможністю повноцінно брати участь у фізкультурно-оздоровчій діяльності.  4. Згідно з результатами дослідження після фізичної реабілітації у школярів з церебральним паралічем під впливом корекційної програми збільшився обсяг рухової активності: у хлопців загальна рухова активність зросла на 16,8%, а фізкультурно-оздоровча – на 42,5%; у дівчат відповідно – на 24,8 і 65,51 % (P<0,01). За регіональними стандартами, розробленими автором, 83% хлопців і 60% дівчат віднесені до груп підлітків з помірним або високим рівнем рухової активності.  Експериментальна програма, зокрема, збільшення обсягу рухової активності, сприяла значним позитивним змінам у розвитку показників рухової функції неповносправних школярів, про що свідчать темпи приросту з основних показників рухової функції. Найбільші темпи приросту – від 100 до 200 % – відзначені у таких показниках рухової функції, як “ходьба, біг, стрибки” (у дівчат і хлопців), “стояння” (хлопці); від 50 до 85 % – у дівчат: “лежання та повороти”, “сидіння”, “стояння”, “керування основними рухами”, “психомоторні рухові уміння”; у хлопців: “повзання”, ”керування основними рухами”, “психомоторні рухові уміння” (P<0,05 – 0,01).  5. Встановлено, що моторна підготовленість дітей з церебральним паралічем складається з двох компонентів: основного рухового і психомоторного уміння. Таким чином, педагогічними критеріями, які визначають розвиток рухової функції, можуть бути тести для перевірки вміння виконувати рухи у повзанні, ходьбі, бігу, стрибках, метанні, хапанні, відбитті, штовханні, ударах та інші і психомоторні уміння: спрямоване і просторове відчуття, керівна і вибіркова можливість, реакція, координація рухів, сформованість навичок, що належать до функцій органів чуттів (зорові, слухові і смакові відчуття, тактильна чутливість, нюх та ін.).  6. Виявлено, що якісний прояв рухів, які виконувалися під час процедур рухової терапії на основі адаптації до фізичних навантажень, помітно поліпшується у тих випадках, коли основній частині заняття на тренажерах передують додаткові процедури: дихальні вправи і масаж, а по закінченні **–** йод-електрофорез на пошкоджені кінцівки (тривалість процедури **–** 15-20 хв. через день; курс лікування **–**15 процедур), йодо-бромні ванни (температура **–** 37-38є С; тривалість процедури **–** 15-20 хв. через день; курс лікування **–** 20 процедур), парафіно-озокеритові аплікації на пошкоджені кінцівки (температура **–** 45-48є С; тривалість **–** 20 хв.; курс лікування **–**10 процедур).  7. Результати експериментальної програми позитивно вплинули на психологічний стан школярів з церебральним паралічем. Про це свідчать такі дані: унаслідок впливу експериментальної програми школярі стали більше товариськими, у них поліпшилося мислення; в іграх вони значно краще проявляли емоційну стійкість і активність, підпорядкованість, стриманість і колективізм. Встановлено, що за морально-вольовими якостями переважна більшість школярів стали сміливими, вони майже позбулися почуття жорстокості, стали більш впевненими у своїх діях і менш тривожними, майже зникла залежність від підтримки групи, поліпшився самоконтроль при виконанні завдань учителя, значно зменшився фрустраційний стан (позитивні зміни якісного показника становили від 1,9 до 5,5 бала, Р<0,05 – 0,01).  8. Доведено, що експериментальна програма, яка грунтується на застосуванні засобів фізичного виховання і фізіотерапевтичних методів, дозволяє послідовно, з урахуванням психоемоціонального статусу і фізіологічних закономірностей рухової функції, планувати реабілітаційні заняття школярів з церебральним паралічем. Програма включає: індивідуальне дозування при виконанні спеціальних вправ з урахуванням рухових можливостей; вправи для розвитку ритмічності, рівноваги, розслаблення і розтягування; посильні вправи на тренажерах, рухливі ігри та елементи спортивних ігор.  9. Комплексна методика рекреаційно-реабілітаційних впливів показала свою ефективність і може бути рекомендована для використання у практичній роботі з школярами-інвалідами з церебральним паралічем. Перспективи подальшого дослідження проблеми вбачаємо у вивченні можливостей використання даної програми фізичної реабілітації для школярів з церебральним паралічем різного віку, з іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату. | |