

риментальній і контрольній групах, але різниця була статистично невірогідною ( $P > 0,05$ ), окрім показників рачкування, які були достовірно більші в контрольній групі. На етапі формуючого експерименту ситуація змінилася в бік покращання показників великих моторних функцій в експериментальній групі ( $P < 0,05$ ).

По групі завдань “сидіння” результати змінилися із  $78,58 \pm 2,88\%$  до  $96,67 \pm 1,03\%$  ( $P < 0,01$ ); “рачування” – із  $61,92 \pm 2,35\%$  до  $89,09 \pm 1,78\%$ ; “стояння” –  $61,83 \pm 1,84\%$  до  $86,92 \pm 1,54\%$  і “хода, біг, стрибки” – із  $61,08 \pm 2,25$  до  $88,75 \pm 0,68\%$ . У контрольній групі показники рівня великих моторних функцій при повторному тестуванні не змінилися.

### **Висновок**

Результати проведених досліджень показують, що запропонована нами програма самостійних занять фізичними вправами дітей із ЦП в умовах спеціальної школи є ефективною, про що свідчать показники динаміки великих моторних функцій. Також було виявлено, що позитивних результатів у відновленні показників великих моторних функцій дітей із ЦП можна досягти за умови регулярного контролю за самостійним виконанням фізичних вправ дітьми з боку фізичного реабілітолога.

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимошина О.В. Детские церебральные параличи. – К.: Здоров'я, 1988. – 327 с.
2. Козьявкін В.И. и др. Детские церебральные параличи: Основы клинической реабилитационной диагностики. – Л., Медицина світу, 1999. – 312 с.
3. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами й захворюваннями нервової системи: Навчальний посібник. – К.: Олімпійська література, 2006. – 196 с.
4. Ипполитова М.В., Бабенков Р.Д., Мاستюков Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье: Пособие для родителей и воспитателей. – М.: Просвещение, 1980. – 47 с.
5. Гойда Н.Г., Бережний В.В., Мартинок В.Ю. Першочергові заходи удосконалення дитячої реабілітації в неврології. – Харків, 1993. – Вип.2. – С.4.

УДК 37.041- 053.2-056.26  
ББК 74.900.440.54

Тетяна Барішок

## **ПРИНЦИПИ УКЛАДАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОГРАМ ІЗ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ В УМОВАХ СІМ'Ї**

*Стаття присвячена проблемі фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем в умовах сім'ї, а саме: принципам складання індивідуальних програм із фізичної реабілітації, які можуть застосовуватися вдома батьками.*

**Ключові слова:** *церебральний параліч, фізична реабілітація, сім'я, принцип.*

*This article is devoted to the problem of physical rehabilitation of children with cerebral palsy in the conditions of the home. We proposed principles of compose of physical rehabilitation's individual programs for children with cerebral palsy, that can be used by parents.*

**Key words:** *cerebral palsy, physical rehabilitation, family, principle.*

**Постановка проблеми та результати останніх досліджень.** За В.І.Козьявкіним та співавторами [4], церебральний параліч (ЦП) зустрічається у 2–6 випадках на 1000 новонароджених і є складною багатогранною проблемою, якою займаються різні спеціалісти. Також кількість дітей, які знаходяться вдома, значно перебільшує кількість дітей, які відвідують дитячі садки та школи. Л.І.Аксьонова та співавтори [1] відзначають, що, на жаль, освітні заклади приймають лише дітей відносно здорових і розвинених, тоді як хворі залишаються вдома. Тому, у сучасних умовах державної

системи реабілітації дітей з особливими потребами, можлива й необхідна фізична реабілітація саме в сім'ї.

Чимало робіт вітчизняних та закордонних авторів присвячено реабілітації дітей із ЦП, зокрема частина присвячена реабілітації в умовах сім'ї [2; 3; 6]. Але сім'ї приділяється достатня увага лише в аспекті соціальної та психологічної адаптації дитини в суспільстві [2; 3], хоча соціальна адаптація без корекції рухових функцій неможлива. Саме фізична реабілітація може допомогти дитині з особливими потребами усвідомити себе рівноправним членом суспільства, подолати ізоляцію, пом'якшити наслідки інвалідності, сформуванати адекватну самооцінку, реалізувати себе [6]. Тому необхідно розробляти принципи укладання програм із фізичної реабілітації для дітей із ЦП в умовах сім'ї, вивчати особливості фізичної реабілітації в умовах сім'ї, підбирати засоби реабілітації та методи контролю, які б могли застосовуватися батьками в умовах сім'ї.

**Мета дослідження** – обґрунтування принципів складання індивідуальних реабілітаційних програм для дітей із церебральним паралічем в умовах сім'ї.

**Методи дослідження.** Дослідження проводилось на базі Асоціації батьків та дітей-інвалідів "Надія" м. Запоріжжя. У ньому взяли участь 20 сімей із дітьми, що хворіють на ЦП. Під час дослідження використано аналіз науково-методичної літератури, соціологічні (бесіда, анкетування), педагогічні, медико-біологічні (тестування рівня функціонального стану опорно-рухового апарату) методи.

**Результати дослідження.** Проаналізувавши принципи фізичного виховання [7], ми під час роботи із сім'ями, в яких є діти із ЦП, для складання індивідуальних реабілітаційних програм запропонували ряд принципів.

1. *Індивідуальний підхід.*

1.1. Урахування віку дитини та її моторного розвитку. Оскільки вік дітей із досліджуваних груп – 13–15 років, то в них мали бути сформовані всі моторні функції [4; 5], та розвиток даних функцій досліджених дітей не відповідав віку; їх середній бал –  $6,0 \pm 0,33$  із 32 балів.

1.2. Урахування функціонального стану рухової сфери дітей. Для дослідження стану рухової сфери дітей із ЦП ми використали тести для визначення таких показників моторного забезпечення рухової діяльності: тонусу та сили м'язів, амплітуди рухів у суглобах.

Як зазначає Е.М.Мастюкова [5], при ЦП специфічний розподіл спастичності: найбільш виразне підвищення тонусу в м'язах – згиначах кінцівок, у привідних м'язах стегон, внутрішніх ротаторах стегон, згиначах стоп, передпліччя та кисті. Тому ми оцінювали саме ці групи м'язів. Оцінка тонусу м'язів у контрольній групі коливалася від  $1,55 \pm 0,21$  до  $3,73 \pm 0,15$  бала, а в експериментальній групі – від  $1,78 \pm 0,19$  до  $3,75 \pm 0,17$  бала відповідно.

Оцінюючи силу, ми зважали на те, що спастичність одних груп м'язів супроводжується зменшенням сили їх антагоністів [4; 5]. Отримані результати оцінки сили м'язів свідчать про значне зменшення цього показника у всіх протестованих м'язах і складає від  $1,70 \pm 0,08$  (м'язи, що відводять стегно) бала до  $2,92 \pm 0,04$  (розгиначі кисті).

Ураховуючи патологічність установок кінцівок, ми включили до обстеження тестування амплітуди рухів у суглобах. Через те, що підвищення тонусу суттєво впливає на активну амплітуду рухів, а також може відобразатись на пасивному діапазоні руху, ми тестували як активну, так і пасивну амплітуду рухів у суглобах. Обидві амплітуди рухів у суглобах у двох групах були меншими за норму й великої різниці між показниками контрольної та експериментальної груп не спостерігалось. Найбільше зменшення амплітуди від норми як пасивної, так і активної спостеріга-

лося під час згинання стегна (при нормі  $120^\circ$  середній результат правої кінцівки контрольної групи –  $95,91 \pm 5,04$ ; середній результат лівої кінцівки експериментальної групи –  $106,00 \pm 2,27$ ).

Ураховуючи результати обстежень, ми включали до індивідуальних реабілітаційних програм вправи на розтяг спазмованих м'язів, вправи на збільшення сили їх антагоністів, збільшення амплітуди рухів у суглобах.

1.3. При складанні реабілітаційної програми ми враховували соціально-побутові умови, в яких проживає родина: чи має дитина свою кімнату, чи вона займається в кімнаті відпочинку всієї сім'ї; можливість виходити з дитиною на вулицю; матеріальний стан (можливість придбання допоміжних засобів пересування). Ми намагалися використовувати в програмі ті засоби, які вже мала родина: стільці, рушники, мішечки з піском і т. ін.

2. *Простота та доступність реабілітаційної програми.* Ми враховували можливість батьків виконувати програму, режим праці та відпочинку, складність вправ, їх кількість та тривалість, вихідні положення та їх зміни, ситуацію в сім'ї. Також врахували і той факт, що, хоча в досліджених сім'ях були батьки з вищою освітою, спеціальної освіти у сфері фізичного виховання не було в жодного з батьків, досвід занять спортом мали 35% батьків, але на час дослідження вже жоден не займався оздоровчою фізичною культурою. Весь досвід із фізичної реабілітації був отриманий через спеціальну літературу та епізодичні заняття разом з інструктором ЛФК.

3. *Наочності та практичності.* Перш ніж внести вправу до комплексу з фізичної реабілітації, ми спочатку виконували її самостійно, показуючи батькам вихідні положення, хвати, рух, точки опору, потім батьки намагалися виконати вправу самостійно. За наявності помилок ми іноді змінювали вправу, робили її простішою та доступнішою для батьків. Також ми записували вправи разом із методичними рекомендаціями.

4. *Принцип свідомості й активності.* Ми намагалися пояснити як батькам, так і дітям, що без їх свідомого та активного ставлення позитивного результату не буде, що вони повинні розуміти необхідність занять, використовувати їх як обов'язкові режимні моменти. Саме відсутність свідомості та активності розділила сім'ї на контрольну та експериментальну групи. Оскільки більшість батьків контрольної групи не зрозуміли необхідності постійних занять і не проявили активного ставлення до процесу фізичної реабілітації своїх дітей.

5. *Принцип систематичності.* Ми роз'яснювали і батькам, і дітям, що ефект після заняття проявляється до двох діб і потім зникає, і, щоб його закріпити, необхідно систематично займатися не менше 4–5 разів на тиждень. Кожна сім'я впевнилася в цьому на власному досвіді, коли, після тривалих занять, досягався позитивний ефект, а вимушена пауза (через хвороби дітей, підвищену зайнятість батьків, проблеми приватного характеру) досягнутий ефект зводила нанівець. Як правило, це насамперед стосувалося підвищення тону м'язів, і вслід за цим спостерігалось зменшення амплітуди рухів, погіршення рівноваги.

### **Висновок**

Під час складання індивідуальних реабілітаційних програм необхідно враховувати принципи простоти та доступності, наочності, свідомості та активності, систематичності, особливу увагу приділяючи індивідуальному підходу, а саме: враховуючи вік дитини, її моторний розвиток, функціональний стан рухової системи, соціально-побутові умови проживання.

1. Аксенова Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании. – М.: Академия, 2001. – С.133–138.
2. Ви не самотні (на допомогу батькам дітей з особливими потребами) / За ред. Т.Д.Ілляшенко – К.: Ніка-Центр, 2002. – 40 с.
3. Іванова І.Б. Проблеми соціально-психологічної адаптації дітей-інвалідів // Інтеграція аномальної дитини в сучасній системі соціальних відносин: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (2–3 листопада 1994 р.). – К., 1994. – С.32–34.
4. Козьякин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. ДЦП: Медико- психологические проблемы. – Л., 1999. – 223 с.
5. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. – М.: Просвещение, 1991. – 160 с.
6. Соціально-педагогічна та психологічна допомога дітям та молоді з особливими потребами та їхнім батькам // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2003. – №3. – С.106–109.
7. Теория и методика физического воспитания: В 2-х т. / Под ред. Т.Ю.Круцевич. – К.: Олимпийская литература, 2003. – Т.1. – С.47–61.

**УДК 371.72**  
**ББК М 75**

*Сергій Горбатюк*

## **СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК СИСТЕМИ РЕГІОНАЛЬНИХ ЦЕНТРІВ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ**

*У статті викладена структура й основні принципи реабілітаційної роботи територіального центру медико-соціального обслуговування та реабілітації інвалідів із порушенням опорно-рухового апарату, а також рекомендації щодо розширення мережі аналогічних центрів.*

**Ключові слова:** *медико-соціальна реабілітація, інвалід, територіальний центр.*

*In article is stated structure and the cardinal principles rehabilitation functioning the territorial centre physician-social service and rehabilitations invalid with breach supporting-motor device and recommendations concerning the expansions of network of similar centres.*

**Key words:** *medical-social rehabilitation, invalid, territorial centre.*

**Постановка проблеми та результати останніх досліджень.** Чисельність людей з обмеженими можливостями в Україні з кожним роком зростає, що зумовлено комплексним впливом багатьох чинників, серед яких найбільш значущими є природні катаклізми, техногенні катастрофи, дорожньо-транспортні події, наслідки аварії на Чорнобильській АЕС, збільшення кількості вроджених аномалій, хронічні захворювання, травматизм на виробництві тощо [1].

Незважаючи на значні досягнення клінічної та профілактичної медицини, інвалідизація населення неухильно зростає. У наказі міністра охорони здоров'я від 23.05.2000 р. №117 “Про затвердження Комплексної програми профілактики інвалідності серед дітей та населення працездатного віку на період 2000–2005 роки” вказується, що 2000 року в Україні було майже 2,5 млн. інвалідів. Щороку кількість їх збільшується на 200–220 тисяч чоловік. Дитяча інвалідність навіть на фоні зниження показника народжуваності має стійку тенденцію до зростання. Так, 1999 року загальна дитяча інвалідність на Україні становила 151,1 тисяч, а кількість інвалідів із дитинства – близько 300 тис. чоловік. Головні причини інвалідності дітей – органічні ураження нервової системи, хвороби сенсорних органів, психічні розлади та вроджені вади розвитку.

**Мета дослідження** – вивчити структуру та принципи діяльності регіонального центру медико-соціального обслуговування інвалідів на прикладі Територіального центру медико-соціального обслуговування та реабілітації інвалідів із порушен-