

## ПІДВИЩЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК У РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ЗІ СПАСТИЧНОЮ ДИПЛЕГІЄЮ В УМОВАХ САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

Важливу роль у життєдіяльності дитини відіграє рухова діяльність, яка є однією з природних особливостей організму. Фахівці підкреслюють, що особливо в дитячому віці, рухова активність сприяє позитивному впливу на організм дитини. Визначальним компонентом способу життєдіяльності на поведінку дітей є рухова активність [4].

Під терміном "рухова активність" розуміють суму рухів, які людина виконує в процесі своєї життєдіяльності [6].

У дитячому віці рухову активність умовно можна поділити на певні складові, які тісно пов'язані між собою: активність у процесі організованої рухової активності; фізична активність під час побутової та трудової діяльності; спонтанна фізична активність у вільний час. Всі ці складові відзначають загальний обсяг добової рухової активності [4].

Рухова активність залежить від організації фізичного виховання, індивідуальних особливостей, яка обумовлюється родом занять, кількістю вільного часу й характером його використання, доступністю спортивних та оздоровчих споруд, місць відпочинку для дітей [6].

Такі компоненти, як морфо-функціональний стан опорно-рухового апарату й нервової системи; рухові можливості дитини, рівень розвитку; змістовність рухової діяльності; психоемоційний стан і мотивація до активної діяльності складають рівень рухової активності. Все це зумовлює рівень рухової активності й виступають безпосереднім чинником їх корекції в процесі спеціалізованої рухової діяльності [7].

Рухова активність стимулює обмін речовин та енергії. Діяльність різних систем організму дитини залежить від діяльності скелетних м'язів, удосконалює всі функції й системи організму [1,2].

Обмеженість рухової активності негативно впливає на формування й розвиток організму дітей з ДЦП, психічних функцій, інтелекту, сенсорних систем та на поведінку дітей [3, 4].

Г.А. Єдинак [5] зазначив, що загальна рухова активність дітей з церебральним паралічем 7–10 років в умовах спеціальних шкіл, зумовлена їх більше побутовою активністю, що дає можливість мати резерви зростання оздоровчої рухової активності. Автор відмічає, що відсутні дані, які дозволили створити систему управління руховою активністю дітей з церебральним паралічем у режимі дня спеціальних закладів. Недостатні інформаційні дані про мотиви та інтереси дітей до різних видів рухової діяльності.

Однією з особливостей розвитку дітей 5–8 років з ДЦП є рухова активність, яка є необхідною і складається зі спонтанних і спеціально організованих рухів протягом дня. Достатній обсяг рухової діяльності в режимі дня повинен забезпечувати організовані форми занять.

Мета роботи – визначити стан рухової активності дітей 5-8 років зі спастичною диплегією в умовах санаторно-курортного лікування.

На нашу думку, через специфіку контингенту, що перебуває у санаторії, цьому питанню приділяється недостатньо уваги, що відбивається на руховій активності дітей, які перебувають у санаторії. Аналіз режиму дня у санаторії доводить, що він не передбачає спеціальних занять, спрямованих на покращання рухової активності.

У процесі нашого дослідження проводився хронометраж добової й тижневої рухової активності дітей з ДЦП в умовах санаторно-курортного лікування. Ми з'ясували час і характер рухової активності дітей у режимі дня. Під спостереженням перебували діти 5–8 років. За нашими спостереженнями, режим дня в даному санаторії не передбачає спеціально організовану активність крім прогулянки.

Встановлено, що з 24 годин 12 з них витрачено дітьми санаторію на сон (10,30 - нічний і 1,30 - денний). Другу значну частину становить час, витрачений на відпочинок – це 31,25% від активного часу коли діти не сплять, тобто від 12 годин. Він містить перегляд телепередач, відвідування гуртків. На проведення медичних процедур витрачено 16,6%. Самообслуговування займає 12,5% часу й містить підготовку дітей до будь-якої діяльності, особисту гігієну, збирання й т.д. Трохи більше часу - 27,08% становить чотириразовий прийом їжі і є найнижчим показником - усього 3,75%, який становить час рухової активності, що містить ранкову гігієнічну гімнастику, побутові переміщення з будинку до їдальні, лікувальних корпусів і назад.

Тижнева рухова активність містить у собі два заняття ЛФК по 35 хвилин, суботню прогулянку біля години, дорогу до театру, музею або іншого культурного заходу, запланованого в неділю, близько 30 хвилин, що становить 8,69%. Час на проведення медичних процедур знижується до 11,90% у порівнянні з добовою діяльністю.

Враховуючи зазначене, тижнева рухова активність виявляється дуже низька й складається переважно не зі спеціально організованих форм фізичної культури, а зі змушених пересувань.

Аналіз рухового режиму дітей 5–8 років з ДЦП, які знаходяться у санаторії, дозволяє дійти висновку, що у зв'язку зі змушеною фізичною пасивністю діти не відчувають потреби в русі, до того ж вона ні як не мотивується.

Враховуючи це, ми спрямували реабілітаційно-корекційну програму на залучення дітей 5–8 років до занять з використанням рухливих ігор. За нашими спостереженнями діти навіть не грають у звичайні ігри, за винятком тих, що дає їм методист на заняттях ЛФК. Час, що витрачається на рухову активність дуже малий для дитини 5–8 років. Оскільки для дітей даної категорії рух є однією з основних форм комплексної реабілітації, тижневий обсяг рухової активності цих дітей повинен бути значно більше [8].

Таким чином, під підвищенням рухової активності в дітей 5–8 років з ДЦП потрібно розуміти збільшення її тривалості на підставі якісних перетворень в організмі дитини та розробки привабливих для неї видів рухової активності.

На нашу думку, рухливі ігри є самою прийнятною формою, ігри впливають на функціональний і емоційний підйом дітей у процесі ігор. Емоційний фон ігрової обстановки стимулює рухову активність, підвищує щільність занять, сприяє удосконаленню функціональних можливостей дитини.

Гра - це найбільш природна діяльність для дитини. У грі дитина знайомиться із навколишнім світом, засвоює нові вміння. Такі заняття спрямовані на розширення рухових можливостей дитини, розвиток загальної координації, корекцію моторних порушень, розвиток пізнавальної сфери.

Ми рекомендуємо застосовувати однакові методи як для дітей 5–6 років, так і дітей 7–8 років. Перед проведенням занять і на етапах проведення у роботу включаються фахівці, які вносять свої корективи до програми – це зміна або виключення певних видів занять, зміна його змісту залежно від стану дитини, що перебуває на лікуванні в санаторії.

До участі у грі залучались й батьки. У процесі занять з батьками ми роз'яснювали, що батьки – це головні учасники психолого-педагогічного процесу. Проводили бесіди з батьками, в якій пояснювали їм, як знайти оптимальний підхід до дитини й до занять із ними; продемонстрували батькам, як слід проводити рухливі ігри, в якій формі; надати допомогу в ознайомленні з літературними джерелами з цієї теми; пояснити батькам, які відбуваються зміни в розвитку дитини; активно залучати батьків до участі в спільній діяльності з дитиною.

Дуже важливо обговорити з батьками як вирішувати поставлені педагогом завдання в домашньому житті. Батьки виконують рекомендації фахівців-вихователів, які працюють з дитиною, знають її особливості. Якщо на заняттях відбуваються позитивні зміни, частина роботи, проведеної на заняттях, передається батькам. Щоб вони вдома так само грали й займалися з дитиною. Батьки самі можуть дати педагогові багато корисної інформації про те, що любить робити дитина, а чого вона боїться.

У роботі з дітьми, що мають дані порушення розвитку, використовується аналіз порушень і динаміки, що відбувається. Висновки про динаміку, що відбувається можна робити у такий поетапний спосіб:

1. Порівняльний аналіз первинної діагностики та повторної. Результати педагог записує до щоденника спостереження за дитиною. Педагог робить аналіз рухової, емоційної сфери дитини. Як дитина використовує мову, розуміння зверненої до нього мови.

2. Спостереження за поведінкою й діяльністю дитини у вільній ситуації на занятті: стійкість до психічних навантажень, час зосередження на запропонованій діяльності, швидкість засвоєння нового матеріалу й придбання навичок.

3. Відгуки батьків і фахівців про зміни в поведінці й діяльності дитини.

Проводячи рухливі ігри необхідно враховувати такі терапевтичні рекомендації:

- займаючись із дітьми, необхідно уникати напруги, що може виникнути в результаті довгого м'язового тренінгу, силових рухових вправ, переносу ваги, ходіння по сходах;

- сильного розтягнення м'язів рук або ніг, що виникають при виконанні вправ або ігор, напруги суглобів (наприклад, сидіти навсидячки або п'ятах);

- при проведенні ігор стежити за тим, щоб діти зі спастичною диплегією використовували по можливості обидві руки;

- важливо брати до уваги ставлення дитини до власного стану. Не можна ігнорувати прохання дитини, якщо, наприклад, вона хоче передохнути або говорить, що більше не може;

- чітко сформулювати завдання й позбавлятися від підвищених вимог;

- добирати матеріал та ігрове обладнання так, щоб не викликати страху, болю в дітей (наприклад, використовувати м'який м'яч).

5–8 років – це вік, який відрізняється особливою рухливістю, нестійкістю уваги, постійною потребою в русі. Це період удосконалення мовного апарату. Включення в рухливі ігри речитативів, пісень, імітації звуків та ін. корисно для корекції мови. Також слід використовувати музичний супровід як фон при проведенні рухливих ігор, щоб не уникнути емоційного підйому в дитини.

Педагог потрібен вести щоденник спостережень. У нього включаються: назва гри, яка проводилась з дітьми, діагноз дитини, його самопочуття до й після гри. Проведення невеликої дихальної гімнастики або розминки дуже сприяє проведенню рухливих ігор.

Ігри повинні добиратися з урахуванням можливостей кожної дитини, і в центрі уваги повинні бути переживання, що одержуються дітьми від гри; тоді порушення в розвитку можна розглядати як другорядний фактор.

Рухливі ігри відповідають таким особливостям груп дітей, які беруть участь у грі: за віком, ступенем порушень та інтелектуального розвитку. Тому різноманітність рухливих ігор, їх зміст та мета орієнтовані на використання різних видів рухів і рішення основних завдань розвитку.

За допомогою модифікацій можливо розробити велику кількість ігор, в яких діти з різними можливостями зможуть взяти участь у грі. Оскільки рухливі ігри не нормовані, то зміни у правилах і створенні різних варіантів гри можливе й не викликає будь-яких ускладнень.

Правила рухливих ігор дуже прості, тому можуть бути доступними та зрозумілими для дітей з різними можливостями. Для дітей з ДЦП краще доповнювати правила спеціальними вказівками. При проведенні ігор треба спочатку використовувати загальні чи елементарні рухові дії.

Підготовка до проведення рухливої гри починається з її вибору. Тому важливо врахувати склад групи, вік, медичні показники, кількість учасників, умови, місце й форму проведення. Вибір ігор і методика проведення диктуються в першу чергу ступенем обмеження рухливості дитини, її фізичними й психічними можливостями. Орієнтуватися слід на індивідуальні можливості кожної дитини. Рухливі ігри з такими дітьми слід проводити не більше 30 хвилин. Також не треба починати з ігор-змагань. Успішність гри багато в чому залежить від того, наскільки добре діти зрозуміли її зміст і правила.

Закінчувати гру потрібно вчасно. Її затягування може призвести до втрати зацікавленості. Раптова зупинка також є небажаною. Після закінчення гри з'являються переможці. Також необхідно визначити індивідуальні успіхи й тих, хто програв, що стимулює їх до подальшої участі в грі.

Зміст роботи вихователя полягає в тому, щоб заздалегідь визначити мету і практичні завдання. Здійснювати контроль за діяльністю й поведінкою дітей, уміти регулювати навантаження. Уміти робити підказки, зауваження, здійснювати допомогу в усуненні передбаченні помилок дітьми.

Висновки. Встановлено, що рухова активність дітей 5–8 років зі спастичною диплегією в умовах санаторно-курортного лікування перебуває на низькому рівні. Діти цієї категорії протягом дня на рухову активність витрачають

близько 3,75% часу, а впродовж тижня - 8,69%.

Адекватною формою підвищення рухової активності для дітей з диплегічною формою ДЦП є заняття з використанням рухливих ігор. Такі заняття не тільки задовольняють рухову потребу дітей, але й виконують психореабілітаційну функцію щодо різних сфер життєдіяльності дитини - фізичної, психічної та розумової. З урахуванням особливостей цього контингенту дітей розроблено й апробовано реабілітаційно-корекційну програму з використанням рухливих ігор, що спрямована на підвищення розвитку рухових функцій і рівня розвитку пізнавальних процесів.

Реабілітаційно-корекційна програма занять для дітей з диплегічною формою ДЦП 5–8 років з використанням рухливих ігор підібраних з урахуванням інтересів, дозволила емоційно урізноманітнити побут дітей, збільшити тижневий обсяг рухової активності на 41,08%, підвищити рівень розвитку пізнавальних процесів від низького до середнього рівня. Найбільш адекватним віку, особливостям психіки, стану здоров'я дітей відповідає 25-35 хвилинне заняття, що складається з 2 - 4 рухливих ігор тривалістю від 5 до 10 хвилин, які чергуються за інтенсивністю та психофізичною спрямованістю.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Вільчковський Е. С. Система фізичного виховання молодших школярів : навч.-метод. посіб. / Вільчковський Е. С., Козленко М. П., Цвек С. Ф. – К.: ІЗМН, 1998. – 232 с.
2. Висковатов Ю.И. Физическая культура и спорт во вспомогательной школе : [ книга для учителя и тренера ] / Ю.И. Висковатов. – Одесса: ЮПУ, 1998. – 206 с.
3. Висковатова Т. П. Проблема генезу діагностики і психолого-педагогічної корекції затримки психічного розвитку в дітей : автореф. дис...д-ра психол. наук. 19.00.08 / Т. П. Висковатова. – К., 1997. – 28 с.
4. Демчук С. Соціальна інтеграція неповносправних школярів із церебральним паралічем засобами фізичного виховання : [навч. посібник] / С. Демчук, А. Куц. – Львів: Українські технології, 2003. – 148 с.
5. Єдинак Г.А. Рухова діяльність у реабілітації школярів з обмеженими психофізичними можливостями / Г. А. Єдинак // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2004. – № 6. – С. 127-136.
6. Сухарев А.Г. Двигательная активность и здоровье подрастающего поколения : [метод. рекомендации] / А. Г. Сухарев. – М.: Знание, 1976. – 62 с.
7. Сухарев А.Г. Двигательная активность и здоровье / А. Г.Сухарев, В. И. Теленчин, О. А. Шелонина. – М.: ВНИМИ, 1988. – 72 с.
8. Черник Е.С. Физическая культура во вспомогательной школе : [уч. пособие] / Е. С. Черник. – М.: Просвещение, 1997. – С. 10–24.

Подано до редакції 15.02.10

### РЕЗЮМЕ

У статті автор обговорює питання рухової активності дітей з ДЦП в умовах санаторно-курортного лікування.

**Ключові слова:** рухова активність, рухливі ігри, санаторно-курортне лікування.

*О.А. Шлапаченко*

### ПОВЫШЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИЕЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

### РЕЗЮМЕ

В статье автор обговаривает вопросы двигательной активности детей с ДЦП в условиях санаторно-курортного лечения.

**Ключевые слова:** двигательная активность, подвижные игры, санаторно-курортное лечение.

*O. Shlapachenko*

### INCREASING OF MOTORIC ACTIVITY AS AN IMPORTANT FACTOR IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH SPASTIC DIPLEGY IN TERMS OF RESORTS TREATMENT

### SUMMARY

The author raises questions on motoric activity of children with CCP in terms of resorts treatment.

**Keywords:** motoric activity, outdoor games, resorts treatment.

---