

Svitlana Bronikova,
Doctor of State Management Sciences, Professor of the Department of Ukrainian Studies and Foreign Languages,
National Academy for Public Administration under the President of Ukraine,
20, Ezhena Pottier Str., Kyiv, Ukraine

INTERACTIVE METHOD OF TEACHING CIVIL SERVANTS

The responsible activity of a manager of civil service requires implementation of a set of knowledge, abilities and skills in different areas of science, which in its turn provides profound and continuous training. Traditional teaching methods do not meet modern requirements of managers of civil service, which proves the necessity of implementing creative analogues into the educational process. Teaching manager staff of civil service requires great material and time costs. The necessity of increasing its efficiency is oriented at the quality, and not at the amount of training programs, because from the one hand investment activities into the training process of civil servants are limited, and from the other hand, they should meet the European standards. The practical basis for the research is the documents of the Main Department of the State Service, analytical materials of the Institution of Advanced Training of Executive Staff of National Academy for Public Administration under the President of Ukraine, author's observations and approbations. Modern methods of increasing the efficiency of teaching Civil Service staff are reviewed and described in the article. The author has revealed training needs of managers and has noted the importance of choosing the subject-matter of training, oriented at individual demands, which determine the mismatch between requirements for a specialist and his/her real opportunities. One has to formulate the goal and the desired result in order to estimate the training results. Training is defined as a method of re-programming the model of managing one's own behavior and activity, which completes the determination of the training "Typical methods of organization of training for civil servants and local officials". The author has also distinguished the relevant NLP-methods for the effective trainings: motivation metaphor, anchoring, logical levels, positions of perception, which serve not only as training results, organizing creative interaction between participants of the educational process. Special attention is paid to the minor tools, which influence the efficiency of training and organization of training activity: good lighting, room ventilation, optimal temperature, quietness, transformation of a training room in accordance with applied teaching methods, furnishings, etc.

Keywords: civil servant, training, neuro-linguistic programming, efficient techniques.

Подано до редакції 13.03.2015

УДК: 612.8+616-009+376

Божена Олегівна Буховець,
аспірант кафедри теорії і методики фізичного виховання,
лікувальної фізкультури та спортивної медицини,
Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського,
вул. Фонтанська дорога, 4, м. Одеса, Україна

ДО ПИТАННЯ КОНТРОЛЮ ПСИХОФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ПІД ЧАС КОРЕКЦІЇ РУХОВИХ ПОРУШЕНЬ

Стаття присвячена проблемі визначення ефективності застосування методу Бобат як основної методики корекції психомоторного розвитку шляхом оцінювання зміни базисних моторних можливостей дітей з руховими порушеннями. Враховуючи недоліки пропонованих тестів була адаптована і впроваджена детальна шкала оцінки психомоторного розвитку дітей «Карта-тест рухових можливостей дітей від 3 місяців до повноліття, розроблена на основі даних оцінки психомоторного розвитку дошкільнят (Тарасун В.В., 2012 р.) і оцінки рухового розвитку (Бобат К. 1956 р.)». Шкала є найбільш інформативною, охоплює основні етапи рухового розвитку дитини дошкільного віку.

Ключові слова: Бобат, терапія, психомоторний розвиток, карта-тест.

Постановка проблеми. Перинатальні та постнатальні пошкодження нервової системи (НС), що виникають в результаті впливу на плід чинників різного генезу (родові травми, інтоксикації, інфекційні захворювання) припускають появу ряду важких дегенеративних змін мозкової тканини. Ураження ЦНС супро-

воджуються безліччю патологічних станів (параліч Ерба-Дюшенна, нижній параліч Дежерин-Клюмпке, Дитячі Церебральні паралічі, гідро/мікро-цефалії), які призводять до порушень стато-моторного розвитку, а саме – затримки розвитку і формування основних рухових навичок, починаючи від здатності контролюва-

ти і утримувати голову і завершуючи формуванням вільної ходьби. Ці порушення призводять до повної або часткової інвалідації дітей. Основним завданням проведення корекційних заходів є не тільки формування рухових функцій і розвиток емоційно-вольової сфери, але і максимальна соціальна адаптація дітей дошкільного віку з ураженням ЦНС у суспільстві, враховуючи їх індивідуальні можливості [6].

За даними ВООЗ на 2012-2013 роки кількість дітей з відхиленнями у розвитку перевищила 70%, у тому числі і в країнах високорозвинутого виробництва. Згідно з даними офіційної медичної статистики, поширеність захворювань та показник загальної інвалідності дітей 0-17 років включно в 2012 р. становив в Україні 209,6 (на 10 тис. відповідного населення). У структурі інвалідності дітей України в 2012 р. представлені вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення (30,01 %); хвороби ЦНС (17,2 %); розлади психіки та поведінки (13,7 %); хвороби ендокринної системи і обміну речовин (7,1 %); хвороби вуха та соцеvidного відростка (6,7 %).

Існує ряд методик, що забезпечують відновлення та становлення рухових функцій, нормалізацію психоемоційної сфери, проте критерії оцінки змін мають різні підходи, найчастіше – за віком, що вносить певні труднощі в адекватність оцінки ефективності використовуваних методів.

Актуальність дослідження. Проблема проведення корекційних заходів у дітей дошкільного віку з порушенням психо-моторного розвитку пов'язана з вибором найбільш ефективних методик. Сьогодні добре відомі та широко використовуються методи Войта, Кабот, Козьяквіна (система ефективної нейрофізіологічної реабілітації – СІНР), тейпування, дельфіно-, кініс- та іпотерапії, які застосовуються з метою корекції стаго-моторної та психомовної функцій у дітей з органічним ураженням ЦНС. У той же час методика Бобат, яка побудована на нейророзвивальній концепції (НРК) подружжя Карла і Берти Бобат, в нашій країні тільки починає впроваджуватися, хоча за кордоном вона входить в ряд найбільш ефективних методик корекції порушень рухової та психоемоційної сфер у дітей з руховими порушеннями [2].

Творці методу Бобат розробили НРК, яка є революційним підходом, розвивається і широко застосовується паралельно з іншими методиками, наприклад: тейпуванням, ерготерапією, томагісом, сприяє забезпеченню належної корекції психо-моторного розвитку у дітей з ураженням ЦНС від 3 місяців до досягнення повноліття.

Теоретичне обґрунтування методу Бобат засноване на підході до рухового контролю, здатності до адаптації та засвоєння нових складних умов, які спонукають до вдосконалення рухової поведінки, і є основою засвоєння правильних рухових стереотипів. Саме системний підхід до рухового контролю лежить в основі сучасного теоретичного обґрунтування НРК. Одним з важливих умов НРК є її повна відповідність

теорії системи рухового контролю А. Берштейна, який встановив, що розуміння процесів нервової регуляції рухів неможливе без уявлення про характеристики рухової системи зовнішніх і внутрішніх сил, які впливають на тіло [1].

Шамвэй Кук і Вуллакотт [9], розвиваючи теорію Бернштейна і описуючи системний підхід, підкреслили, що рухова поведінка людини базується на постійній взаємозалежності між особистістю, виконуваним завданням і зовнішніми подразниками. Саме системний підхід до рухового контролю створює основу для фундаментальних принципів оцінки стану і корекції, що містяться в методі Бобат, бо він припускає, що в основі рухового контролю лежить багаторівнева обробка інформації нервовою системою. Одночасно НРК розглядає здатність нервової системи до пластичності як основу для розвитку, навчання та відновлення нервової і м'язової систем [12].

Головною проблемою є визначення ефективності застосування методу Бобат як однієї з провідних методик корекції психо-моторного розвитку шляхом оцінювання зміни основних моторних можливостей у дітей з руховими порушеннями. Важливою умовою успішної корекції психофізичного стану дітей є адекватний контроль ефективності використання окремих прийомів протягом застосування курсу Бобат-терапії. У літературі представлена велика кількість різноманітних тестів для оцінки рухових можливостей, однак вони складні у використанні і нефункціональні. Тому удосконалення існуючих тестів і впровадження нових шкал оцінювання для підвищення ефективності корекції рухових порушень є надзвичайно актуальним [11].

На початковому етапі впровадження методики Бобат-терапії використовувалася система оцінки, яка заснована на врахуванні даних «Картки-тесту моторних можливостей (з Бобат)», де кожен з тестів оцінювали за 5-ти бальною шкалою. Для оцінки ефективності занять пропонувалися тести, що дозволяють охарактеризувати елементарні рухові навички: поворот зі спини на бік та живіт, присідання навпочіпки з положення стоячи, можливість ходити, але дана карта не дозволяє детально простежити зміни формування моторних можливостей дітей [1].

Враховуючи те, що Бобат-терапія (за даними авторів) може активно поєднуватися з іншими методиками, що підвищують ефективність корекції і доповнюють НРК, існує необхідність розширення критеріїв оцінки психофізичного стану дітей.

В основу критеріїв оцінки ефективності Бобат-терапії покладена і оцінка динаміки рухового, а також психоемоційного стану дітей згідно з КШПТ (канадською шкалою продуктивності праці) і ШДЦ (шкалою досягнення цілей). Ці шкали допомагають інструктору визначити індивідуальні можливості дитини, встановити певні цілі у проведенні корекційних заходів та удосконалити життєдіяльність, пристосувати до умов

навколишнього середовища і максимально соціалізувати дитину з органічним ураженням ЦНС [10].

Нагадаємо, що КШПТ є методом оцінки, орієнтованим на визначення індивідуальних здібностей та навчання самообслуговування дітей з руховими порушеннями, розробленим ерготерапевтами. У КШПТ використовується 10-бальна шкала оцінки можливостей дитини, що базується на даних огляду і структурованого інтерв'ю з батьками, де визначаються основні труднощі його рухового і психо-емоційного розвитку. За даною шкалою можливо оцінити здібності дитини до самообслуговування (купання, годування, одягання), продуктивної діяльності (гри, навчання) і соціалізації. У той же час шкала ШДЦ застосовується для дослідження ефективності застосування методу

Бобат для корекції психомоторного розвитку дітей з органічними ураженнями (табл.1) [4].

Згідно ШДЦ, мета проведення корекції визначається інструктором та батьками дитини, іноді спільно з самою дитиною, враховуючи індивідуальні можливості випробуваного. Власне разом з інструктором, який максимально адаптує завдання, враховуючи стан психоемоційної і рухової сфер дитини, сім'я ставить п'ять актуальних цілей і визначає рівні очікуваних результатів. Основним завданням є не стільки оволодіння новою руховою навичкою або удосконалення якості виконання вже сформованого, скільки усвідомлення дитиною необхідності самої терапії та вивчення отриманого результату [11].

Таблиця 1

Система нарахування балів за ШДЦ

Бали	Визначення
-2	Набагато гірше очікуваного
-1	Гірше очікуваного
0	Очікуваний результат
+1	Результат краще очікуваного
+2	Результат набагато краще очікуваного

Використовуючи ШДЦ і КШПТ можливо простежити зміни в психомоторному розвитку дітей з органічним ураженням ЦНС, але отримані дані будуть відносними і досить узагальненими.

Вибір відповідних методів оцінки ефективності проведення терапії важливий не лише для відстеження позитивної динаміки зміни рухових функцій і психоемоційного розвитку дітей, але і для мотивації ін-

структорів, які застосовують дану методику. Однак вибір відповідних шкал оцінки вельми скрутний. Концепція Бобат є лояльною методикою не тільки щодо проведення корекційних занять, але й дозволяє інструктору зробити самостійний вибір тестів оцінки психомоторного розвитку дітей. Для цього Концепція Бобат пропонує ряд шкал, які можуть застосовуватися в терапії (табл. 2) [9].

Таблиця 2

Приклади методів оцінки, які можуть використовувати Бобат-терапевти

Структури тіла та їх функції	Дії	Участь
Тонус. Модифікована шкала Ешворта (Bohannon і Smith, 1987). Шкала Тард'є (Morris, 2002)	Баланс. Координація рухів. Функціональне потягування (Duncan та ін., 1990). Шкала балансу Берга (Berg та ін., 1989)	Коротка форма 12 (Ware та ін., 1996)
Гоніометрія. Сила. Рада з медичних досліджень (MRC, 1978)	Ходьба/Рухливість. Оцінка ініціації дії у часі (Podsiadlo Richardson, 1991). Оцінка реабілітації руху після інсульту (Daley та ін., 1997)	
Біль. Візуальні аналогові шкали (Collins та ін., 1997) Сенсорні функції: пропріоцепція, дотик, температура, дискримінаційна чутливість	Верхні кінцівки. Шкала оцінки рухів (Carr та ін. 1985)	

Досконале вивчення запропонованих методик оцінки, наприклад шкали Ешворта, визначає ступінь підвищення м'язового тонусу і характеризує його в діапазоні від повної відсутності тонусу до повної ригідності м'язів, флексії або екстензії кінцівок показує, що вона ніяк не характеризує якість виконання рухових навичок і координаційних здібностей випробуваних. Використання шкали Тард'є для оцінки спастичності є складним у використанні і займає багато часу для підрахунку і оцінки результатів. Крім цього, згадані шкали мають обмежену валідність і надійність, а також чутливість до змін [10].

Існує більш ефективна і доступна до застосування методика оцінки спастичності м'язів «Спосіб оцінки м'язового тонусу у дітей дошкільного віку» [7], яка базується на оцінці м'язового тонусу за 7-бальною

методика оцінки спастичності м'язів «Спосіб оцінки м'язового тонусу у дітей дошкільного віку» [7], яка базується на оцінці м'язового тонусу за 7-бальною

шкалою (від -3 до +3) з урахуванням даних пальпаторного дослідження, амплітуди рухів і рухових тестів. Особливістю даного тесту, є можливість його застосування безпосередньо під час корекційних заходів.

Розглядаючи візуальні аналогові шкали, ми з'ясували, що їх складно адаптувати дітям дошкільного віку, бо вони не можуть точно охарактеризувати характер больових відчуттів, їх інтенсивність. Функціональне дотягування в свою чергу більше характеризує психоемоційний розвиток дитини, її інтерес і мотивацію до занять, а не зміну психомоторного роз-

витку дитини та якість виконання того чи іншого рухового навичку [9].

Шкала балансу Берга і оцінка ініціації дії за часом характеризує якість виконання рухів, але абсолютно не враховує індивідуальні можливості дитини.

Класифікація МКФ ВООЗ (табл.3) представляє корисну інформацію оцінки та аналізу всіх рівнів функціонування, однак не дозволяє оцінити етапи психофізичного розвитку і формування рухових навичок дитини, що є важливим у визначенні ефективності Бобат-терапії.

Таблиця 3

Міжнародна класифікація функціонування, у осіб з обмеженою життєдіяльністю, згідно з ВООЗ

Визначення	Поняття	Обмеження функції	Визначення
Структури і функції організму	Фізіологічні чи психологічні функції систем організму. Під структурами організму розуміють анатомічні частини тіла.	Порушення	Втрата або порушення стану структури організму, його фізіологічної або психологічної функції
Активність	Виконання завдання або дії пацієнтом	Обмеження активності	Негативні аспекти взаємодії між пацієнтом із захворюванням та їх чинники в рамках контексту
Участь	Залучення пацієнта в життєву ситуацію щодо порушень, активності, захворювань і контекстуальних факторів		

У ході корекційної роботи з дітьми, які мають рухові порушення, з використанням Бобат-терапії виникло питання найбільш оптимальної і повної оцінки психофізичного стану дитини, яка дозволила б адекватно оцінити ефективність корекційних заходів незалежно від віку пацієнта.

Нами було запропоновано створення власної шкали оцінки психомоторного розвитку, що базується на даних оцінки психомоторного розвитку дошкільнят (Тарасун В.В., 2012) [5] і оцінки рухового розвитку Бобат (Бобат К., 1956) [2].

Критерії оцінки:

0-дана постанова не може бути прийнята ні пасивно, ні активно, наявність гіпертонусу; дитина не готова до здійснення даного навичку.

1-дитина може пасивно утримуватися у заданому положенні.

2 - дитина може активно втриматися в положенні «постури – тесту»

3-дитина може самостійно перейти в положення - тест, але робить це аномальним чином;

4-дитина може самостійно прийняти позу - тест - цілком нормально, але рух - некординований.

5 - нормальний активний рух.

Шкала настільки деталізована, що дозволяє якісно спостерігати за динамікою зміни психомоторного

розвитку дітей з ураженням ЦНС від 3 місяців до повноліття. Карта охоплює всі основні моменти рухового розвитку дитини дошкільного віку, проста у застосуванні, не вимагає великих часових витрат для заповнення і підрахунку результатів. Завдяки «Карті-тесту рухових можливостей дітей від 3 місяців до повноліття, що розроблена на основі даних оцінки психомоторного розвитку дошкільників (В.В.Тарасун, 2012) і оцінці рухового розвитку (К. Бобат, 1956)» (таб.4) стало можливим простежити динаміку психомоторного розвитку дитини, оцінювати не тільки гнучкість, координаційні здібності, але і якість виконання елементарних рухових навичок: повороти на живіт, формування вільного сидіння. Ця шкала охоплює оцінку всіх основних моментів становлення рухових функцій у дітей, як дошкільного, так і шкільного віку.

Висновки. Апробація даної карти дозволила підвищити ефективність контролю за відновленням рухових порушень за результатами оцінки психофізичного розвитку. Враховуючи всі особливості та недоліки існуючих тестів оцінки рухових можливостей корекції психомоторного розвитку дошкільнят, «Карта-тест рухових можливостей дітей від 3 місяців до повноліття» виявилась найбільш інформативною. Вона є універсальною і може використовуватися при застосуванні різних методів корекції рухових порушень.

Таблиця 4

Картка-тест рухових можливостей дітей від 3 місяців до повноліття, розроблена на основі даних оцінки психомоторного розвитку дошкільників (Тарасун В.В., 2012) і оцінки рухового розвитку (Бобат К., 1956)

Виконуваний тест	Бік	Вихідна оцінка	Кінцева оцінка	Середнє значення	Динаміка	Примітки
1. В.П. – лежачи на спині						
а) піднімання верхньої кінцівки в супінації вище горизонтальної лінії;	П Л					
б) одночасне піднімання верхніх кінцівок в супінації вище горизонтальної лінії						
в) піднімання нижньої кінцівки зігнутої в колінному суглобі	П Л					
г) активні рухи верхньою кінцівкою	П Л					
д) піднімання голови						
е) поворот на бік	П Л					
є) поворот на живіт	П Л					
2. В. П. – лежачи на животі						
а) піднімання голови						
б) згинання нижньої кінцівки в колінному суглобі	П Л					
г) прийняття та утримання положення в упорі на передпліччях						
д) прийняття та утримання положення в упорі на долонях						
є) реципрокне (гетеролатеральне) повзання назад						
ж) реципрокне (гетеролатеральне) вперед						
3). В.П. – сидячи						
а) самостійне сидіння на стільці більше 2 хв.						
б) самостійне садіння на п'яти						
в) самостійно сидіння на п'ятах						
г) самостійне садіння на стілець						
д) сидіння на боку з опорою на передпліччя						
е) сидіння на боку з опорою на долоню						
є) вільне сидіння на боку більше 2 хвилини						
4). В.П. – на карачках						
а) перенесення ваги тіла в бік	П Л					
б) відведення верхньої кінцівки в бік	П Л					
в) гомологічне повзання вперед						
г) гомологічне повзання назад						
д) гомолатеральне повзання назад						
є) гомолатеральне повзання вперед						
5). В.П.- навпочіпки						
а) обпирання п'ятки на підлогу	П Л					
1. 6). В.П. – стоячи на колінах						
а) перенесення ваги тіла з боку на бік	П Л					
б) утримання положення біля опори						
в) вільне утримання положення більше 1 хв.						
7). В.П. – у ходьбі						
а) рух з утриманням за дві руки						
б) рух з утриманням за одну руку						
в) рух самостійний						
г) рух з штовханням м'яча вперед руками						
д) рух за допомогою ходунків						
8.) В.П. – на одній нозі						
а) стояння	П Л					

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобат К. Моторні дефекти у пацієнтів з церебральним паралічем / К. Бобат. – Саффолк: Вільна преса, 1966. – 56 с.
2. Бобат-концепція. Теорія та клінічна практика в неврологічній реабілітації. – Нижній Новгород: Кирилиця, 2013. – 320с.
3. Беседа В.В. Диференційоване застосування «масажної гімнастики» у дітей дошкільного віку / В.В. Беседа. — Одеса: Акваторія, 2013. – 138с.
4. Робенеску Н. Нейромоторне перевиховання / Н. Робенеску. – Бухарест: СТМ, 1972. – 268с.
5. Тарасун В.В. Психолого-педагогічна допомога дітям перед дошкільного віку з особливостями в розвитку: напрями реалізації. Монографія / В. В. Тарасун. – К.: Видавництво Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, 2012. – 412 с.
6. Колкер І.А. Дитячі Церебральні паралічі: Інструментальна діагностика. Лікування / І.А. Колкер, В.Є Михайленко, І.П. Шмакова. – Одеса: Пласке ЗАТ, 2006. – 312с.
7. Пат.67269, Україна, МПК А61В5/00 Спосіб оцінки м'язового тону у дітей дошкільного віку / Беседа В. В., Романчук О. П., (UA) - № u201109526; заявл. 29.07.2011; опубл. 10.02.2012, Бюл. № 3.
8. Romanchuk A.P. Efficiency of improvement absolute strength of muscle in preschool children using massage gymnastics / A.P. Romanchuk, V.V. Beseda // Journal Of Health Sciences (J Of H Ss). – 2013.- №3(6). - p. 251-258
9. Celnik, P. Somatosensory stimulation enhances the effects of training functional hand tasks in patients with chronic stroke // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation / P. Celnik, F. Hummel, L. G. Cohen. – United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd 2007.- p.1369–1376.
10. Hebb O.O. The Organisation of Behavior. A Neuropsychological Theory / O.O., Hebb. - New York: Guest Editorial,1949 .- p. 35.
11. Greenhalgh, J., Reviewing and selecting outcome measures for use in routine practice / J. Greenhalgh, A.F., Long, A.J. Brettle // Journal of Evaluation in Clinical Practice,1998.- №4 (4), p. 339–350.

REFERENCES

1. Bobath, K. (1966). *Motorni defekti u patsientiv z tserebralnym paralichem [Locomotor defects in patients with cerebral palsy]*. Saffolk: Vilna presa [in Ukrainian].
2. Bobath-konzeptsiya. *Teoriia ta klinichna praktyka v neurologichnii reabilitatsii [Bobath-concept. Theory and clinical practice in neurological rehabilitation]*. (2013). Niznii Novgorod: Kyrylytsia [in Ukrainian].
3. Beseda, V.V. (2013). *Diferentsiovane zastosuvannya «massazhnoi gimnastiki» u ditei doskolnoho vozrasta [The differential use of "massage gymnastics" in children of preschool age]*. Odesa: Akvatoria [in Ukrainian].
4. Robenesky, N. (1972). *Neuromotorne perevyhovannia [Neuromotor reeducation]*. Byharest: ETM [in Ukrainian].
5. Tarasyn, V.V. (2012). *Psikholoho-pedahohichna dopomoha ditiam pereddoshkilnoho viku z osoblyvostiamy v rozvytku: napriam realizatsii. Monografia [Psychopedagogical assistance to preschool age children with developmental abnormalities: trends in implementation. Monograph]*. Kyiv: Vydavnytstvo Nazionalnoho pedahohichnoho universitetu imeni M.P.Drahomanova [in Ukrainian].
6. Kolker, I.A., Mihailenko, V.E., Shmakova, I.P. (2006). *Ditiachii Zerebralni paralichi: Instrymentalna diahnostryka. Likuvannia [Children's cerebral palsy: Instrumental diagnostics. Treatment]*. Odesa: Plaske ZAT [in Ukrainian].
7. Beseda, V.V., Romanchuk, O.P. Pat. 67269, Ukraina, MPK A61B5/00 *Sposib ozinki mjazovogo tonysy y ditei doshkilnogo viku [Method of assessment of muscle tone in children of preschool age]*. (UA) - № u201109526; zajavl. 29.07.2011; opub. 10.02.2012, Bul. № 3 [in Ukrainian].
8. Romanchuk, A.P., Beseda, V.V. (2013) *Efficiency of improvement absolute strength of muscle in preschool children using massage gymnastics. Journal Of Health Sciences (J Of H Ss)*. 13(6), (pp.251-258) [in English].
9. Celnik, P., Hummel, F., Cohen, G. (2007). *Somatosensory stimulation enhances the effects of training functional hand tasks in patients with chronic stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd*, (pp. 1369–1376) [in English].
10. Hebb, O.O. (1949) *The Organisation of Behavior. A Neuropsychological Theory*. New York: Guest Editorial, (pp. 35) [in English].
11. Greenhalgh, J., Long, A.F., Brettle, A.J. (1998) *Reviewing and selecting outcome measures for use in routine practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice*.4 (4), (pp. 339–350) [in English].

Божена Олеговна Буховец,
аспірант кафедри теорії і методики фізического виховання,
ліцебної фізкультури і спортивної медицини,
Южноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського,
ул. Фонтанська дорога, 4, г. Одеса, Україна

К ВОПРОСУ КОНТРОЛЯ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Данная статья посвящена проблеме определения эффективности применения метода Бобат как ведущей методики коррекции психомоторного развития путем оценивания изменения основных моторных возможностей у детей с двигательными нарушениями. Учитывая недостатки предлагаемых тестов, была адаптирована и внедрена детальная шкала оценки психомоторного развития детей «Карта-тест двигательных возможностей детей от 3 месяцев до совершеннолетия, разработанная на основе данных оценки психомоторного развития дошкольников (Тарасун В.В., 2012 г.) и оценки двигательного развития (Бобат К. 1956 г.)». Шкала является наиболее информативной, охватывает основные этапы двигательного развития ребенка дошкольного возраста. Она универсальна и может использоваться при применении различных методов коррекции опорно-двигательного аппарата. Шкала настолько подробна, что позволяет отслеживать динамику изменений психомоторного развития детей с поражениями ЦНС от 3 месяцев до совершеннолетия. Карта-тест характеризует и оценивает эволюцию всех основных аспектов двигательных функций детей как дошкольного, так и школьного возраста. В тесте можно проследить динамику развития психомоторного развития ребенка, оценить не только гибкость, координационные способности, но и выполнение основных движений и навыков: переворачивание на живот, повороты вправо-влево, сидение. Тестирование с помощью этой карты повысило эффективность контроля над реабилитацией двигательных расстройств и оценки психофизического развития.

Ключевые слова: Бобат-терапия, психомоторное развитие, карта-тест.

Bozena Buhovets,
Post-graduate Student of the Department of Theory and
Methods of Physical Education, Remedial Gymnastics and Sports Medicine,
South Ukrainian National Pedagogical University named after K. D. Ushynsky,
4, Fontanska Doroha Str., Odesa, Ukraine

CONTROLLING CHILDREN'S PSYCHOPHYSICAL STATE IN MOVEMENT DISORDERS CORRECTION

The article is devoted to the problem of determining the effectiveness of Bobath-method as the leading therapy for correction of psychomotor development by means of evaluating the changes of the basic motor abilities in children with movement disorders. Taking into consideration the disadvantages of the proposed tests, the authors have adapted and implemented the detailed rating scale of children's psychomotor development called "Map-test of athletic abilities of children aged from 3 months to adulthood, based on preschoolers' psychomotor development data evaluation (Tarasun V.V., 2012) and the assessment of motor development (Bobath K. 1956)". This scale is the most informative, it comprises the main stages of preschool age children's motor development. It is easy to use and isn't time-consuming as it doesn't require counting the result. The scale is also universally applicable and can be used for applying different methods of correction of musculoskeletal disorders. The scale is so detailed that enables to monitor the dynamics of changes in psychomotor development of children aged from 3 months to adulthood, who have CNS disorders. The map-test characterizes and assesses the development of all major aspects of motor functions in children of preschool and school age. The test helps to retrace the dynamics of the psychomotor development of a child, to assess not only flexibility, coordination abilities, but also as basic movements and skills: turning on the stomach, turning to the right and left, sitting skills. Testing by means of this map has improved the efficiency of control over the rehabilitation of motor disorders and the evaluation of psychophysical development.

Keywords: Bobath therapy, psychomotor development, map-test.

Рецензент: доктор медичних наук, професор О. П. Романчук

Подано до редакції 06.03.2015