

ейфоричним, тривожним, анозогнозичним і неврастенічним типом реакції на хворобу. Важко піддаватись корекції хворі з паранояльним, ергоцентричним та обсесивно-фобічним типами реакцій на хворобу.

Таблиця

Динаміка середнього балу на одного хворого ПГРС для різних типів відношення до хвороби під впливом психотерапії в комплексі із санаторним лікуванням

Тип відношення	До лікування	Після лікування	t
Гармонійний	2,4 ± 0,29	3,6 ± 0,34	2,68
Тривожний	2,5 ± 0,34	1,2 ± 0,21	3,25
Іпохондричн.	1,6 ± 0,26	0,9 ± 0,18	2,19
Апатичний	0,9 ± 0,19	0,8 ± 0,17	0,39
Неврастенічний	2,3 ± 0,28	1,5 ± 0,20	2,33
Обсес.-фобічний	2,1 ± 0,17	1,7 ± 0,14	1,82
Ейфоричний	3,6 ± 0,31	2,1 ± 0,22	3,95 P < 0,001
Анозогнозичний	2,8 ± 0,28	1,9 ± 0,21	2,57
Ергопатичний	3,9 ± 0,33	3,2 ± 0,25	1,69 P > 0,05
Паранояльний	1,9 ± 0,25	1,3 ± 0,21	1,84 P > 0,05

За даними шкали Ч. Спілбергера, в результаті санаторно-курортної реабілітації реактивна тривога у хворих на ПГРС знизилась з $48,4 \pm 1,47$ балів до $39,5 \pm 1,21$ балів ($t = 4,67$), ($P < 0,001$), а за даними Бека шкали самооцінки депресії – відповідно у $22,5 \pm 0,83$ до $15,7 \pm 0,72$ балів ($t = 6,18$) ($P < 0,001$). Крім покращення настрою, хворі відзначали зменшення дратливості, покращення сну та працездатності, ліквідацію головних болей. Зменшилися або зникли скарги на біль в ділянці живота, відрижку, нудота та здуття живота.

Висновки

1. Найкращі результати отримані під час психотерапевтичної корекції хворих на ПГРС з ейфоричним тривожним, анозогнозичним і неврастенічним типом реакції на хворобу.
2. Менш вагомі результати отримані психотерапевтичної корекції отримані у хворих з паранояльним, ергопатичним та обсесивно-фобічним типом реакції на хворобу.

Література

1. Еврли Дж. С., Розенфельд Р. Стресс. Природа и лечение: Пер с англ. – Москва, 1985. – 223 с.
2. Завилянская Л. И. Психотерапия невротоподобных состояний. – Киев, 1987. – 126 с.
3. Кондаш О. П. Хвилювання: страх перед випробуванням. – Київ, 1981 – 170 с.
4. Курпатов А. В., Аверьянов Г.Г. Психические расстройства в общей медицинской практике врача общего профиля. СПб, 2001. – 87 с.

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

Лікувальна фізична культура як компонент розвитку дрібної моторики у дітей з розумовою відсталістю

Ужгородський національний університет

За даними ВООЗ, розумова відсталість широко поширена в усьому світі й виявляється в 1–3% населення. Відзначається перевага серед хворих осіб чоловічої статі. Це пояснюється більшою кількістю антенатальних і постнатальних порушень серед осіб чоловічої статі в порівнянні з жіночою, зчепленим з Х-хромосомою успадкуванням даного захворювання, а також погіршенням екологічної ситуації у світі, підвищенням рівня і якості медичної допомоги й тим, що внаслідок цього збільшилась кількість дітей, що виживають, з вадами розвитку й дефектами центральної нервової системи [2, 3].

Фізична культура і спорт є частиною культури суспільства, залучення до якої, безумовно, буде сприяти адаптації будь-якої нормальної дитини, а тим більше дітей, з вадами у розвитку в навколишньому світі. Здається, що важливим є використання лікувальної фізичної культури з різноманітним форм організації рухової діяльності як одного із важливих засобів соціалізації особистості дітей, що мають порушення інтелектуального розвитку. Автори припускають, що

розвиток фізичних якостей школярів, з відхиленнями у розумовому розвитку, найбільш успішно буде здійснюватися на уроках фізичної культури з використанням спеціальних корекційних завдань та вправ [1, 4].

Мета дослідження – розробити та застосувати комплекс спеціальних вправ для школярів, які мають відхилення у розумовому розвитку.

Завдання дослідження:

1. Вивчення та аналіз теоретичних джерел з проблеми розвитку фізичних якостей розумово відсталих школярів.
2. Розробка комплексу спеціальних вправ та оцінити ефективність застосування комплексу вправ лікувальної фізичної культури з відхиленням у розумовому розвитку школярів.

Методи дослідження. Обстеження проведені у 15 школярів віком 8-9 років, із них 7 хлопців і 8 дівчат, які навчаються в Часлівській допоміжній спеціалізованій школі-інтернат. Діти були направлені в школу-інтернат медико-педагогічною комісією. Переважна більшість всіх розумово відсталих дітей – учнів допоміжної школи – складають діти-олігофрени. Такі діти складають основний контингент допоміжної школи. Розвиваючий характер навчання у допоміжній школі полягає у сприянні загальному психічному і фізичному розвитку учнів. Однак розвиток розумово відсталих школярів без корекції їхнього мислення і порушення психофізичних функцій не може бути досить успішним. Тому навчання в допоміжній школі носить корекційно розвиваючий характер.

З метою визначення динаміки психомоторного розвитку нами були проведені контрольні-педагогічні випробування дітей до і після експерименту. Перед кожним завданням дітям демонструвати хід виконання завдання. Пропонувалися такі завдання:

1. "Застебни гудзик". Завдання: застебнути гудзики. Спочатку покажіть дитині, як потрібно застібати гудзички коментуючи таким чином: "Великий гудзик ми застібаємо у велику петельку, середній гудзичок – в середню петельку, а маленьку – в маленьку".

2. "Шнурування". Знадобиться картон у вигляді черевика, в якому прорізає 6 отворів (як на черевиках) і шнурок. Завдання: необхідно зашнурувати "черевик".

3. "Конструювання з паличок". Знадобляться рахункові палички одного кольору, намальовані на папері фігури (трикутник, квадрат, ромб). Завдання: необхідно палички для рахування покласти на лінії фігур.

Результати дослідження. В результаті проведеного тестування 4 (26,7%) дітей завдання «застебни гудзик» виконали самостійно, 9 (60,0%) – необхідна була допомога, 2 (13,3%) дітей не змогли виконати завдання. Завдання «шнурування» самостійно виконали 5 (33,3%) школярів, необхідна була допомога 7 (46,7%) пацієнтів, не змогли виконати завдання 3 (20,0%) дітей. Завдання «конструювання з паличок» виконали відповідно 3 (20,0%), 8 (53,3%) і 4 (26,7%) дітей.

Лікувальна фізична культура була направлена на усунення недоліків фізичного розвитку, загальної та дрібної моторики, покращення функціонування кисті та пальців рук, навчання окремим рухам, елементам дій, об'єднання цих елементів у свідому діяльність, що підвищує розвиток психомоторики. Використовувались вправи для дрібних і середніх м'язових груп, нахил тулуба уперед, в сторони, вправи на рівновагу, координацію рухів. А також „ходьба по гімнастичній лаві”, переступання і перестрибування через перешкоду”. Тривалість занять 25–30 хвилин протягом одного місяця.

Після проведення повторного контрольні-педагогічні випробування відзначається позитивна динаміка у виконанні завдань. Кількість дітей, які виконували самостійно завдання «застебни гудзик» вірогідно підвищилось з 4 (26,7%) до 8 (53,3%), необхідна була допомога 7 (47,7%) пацієнтів. Завдання «шнурування» після проведення комплексу спеціальних вправ самостійно виконали 9 (60,0%) школярів, необхідна була допомога 5 (33,3%) пацієнтам, не змогли виконати завдання 1 (6,7%) дітей. Кількість дітей які змогли виконати завдання «конструювання з паличок» збільшилось з 3 (20,0%) до 7 (46,7%), необхідна була допомога лише 6 (40,%) школярам, не виконали завдання 2 (16,7%) дітей.

Висновки

1. Узагальнення, оцінка та аналіз спеціальної літератури й досвіду провідних фахівців дозволяє зробити висновок про те, що нині сформульовано теоретичні положення для усунення рухових порушень з вадами розумового розвитку. Водночас, недостатньо приділяється увага застосуванню комплексу спеціалізованих вправ лікувальної фізичної культури для дітей з середнім ступенем розумової відсталості.

2. Запропонований комплекс гімнастичних вправ сприяє розвитку комунікативних умінь, навчанню навичкам самообслуговування на підставі покращання дрібної моторики кистей і пальців рук, концентрації довільної уваги, збереження наявного та зміцнення загального здоров'я школярів, мотивація до самостійної активної навчальної та рухової діяльності.

Література

1. Ареф'єв В.Г., Столітенко В.В. Фізичне виховання в школі: Навч. посібник. – К.: ІЗМН, 1997. – 152 с.
2. Блинова Л.Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с задержкой психического развития: учеб. пособие / Л.Н. Блинова. – Биробиджан, 1996. – 142 с.
3. Маллер, А.Р. Обучение, воспитание, и трудовая подготовка детей с глубокими нарушениями интеллекта / А.Р. Маллер, Г.В. Цикото. – М.: АСТ, 2001. – 218 с.
4. Страковская В.Л. Подвижные игры в терапии больных и ослабленных детей. М.: Медицина, 1987. – с. 237.