

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені А.С. МАКАРЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії

Бойко Тетяна Петрівна

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ
ВІДСТАЛІСТЮ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ**

Спеціальність: 227 Фізична терапія, ерготерапія

Галузь знань: 22 Охорона здоров'я

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеню магістр

Науковий керівник _____ В.А. Литвиненко

кандидат педагогічних наук, доцент

кафедри здоров'я, фізичної терапії,

реабілітації та ерготерапії

« ____ » _____ 2022 року

Виконавець _____ Т.П. Бойко

« ____ » _____ 2022 року

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП... ..	4
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ	8
1.1. Етіологія та ступені олігофренії	8
1.2. Класифікація розумової відсталості, її клінічна характеристика ...	14
1.3. Аналіз сучасних підходів до фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю в рамках науково-доказової практики	21
Висновки до розділу 1.	25
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	27
2.1. Методи дослідження.....	27
2.2. Організація дослідження.....	31
Висновки до розділу 2.	33
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ.	34
3.1. Структура і зміст програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня.	34
3.2. Результати експериментального дослідження	50
Висновки до розділу 3.	57
ВИСНОВКИ.....	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТКИ.....	67

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЖЄЛ – життєва ємність легень

ГП – група порівняння

ДС – дихальна система

ЗРВ – загальнорозвивальні вправи

MoCA (Montreal Cognitive Assessment) – Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій

МКФ – Міжнародна класифікація функціонування та обмежень життєдіяльності і здоров'я

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб (10-е видання)

МКФ ДП – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я дітей та підлітків

МС – м'язова система

ОГ – основна група

ССС – серцево-судинна система

ЧП – частота пульсу

ЧСС – частота серцевих скорочень

ЦНС центральна нервова система

ADLs (activities of daily living) – активності повсякденного життя

ICF-CY (International Classification of Functioning, Disability, and Health for Children) – Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я для дітей та молоді

ВСТУП

Актуальність теми. Світова статистика щодо осіб з діагнозом розумова відсталість свідчить про наявність 120 мільйонів таких осіб. У структурі дитячого масиву населення, що страждають на розлади психіки і поведінки, одне з провідних місць посідають різні ступені розумової відсталості [3; 10; 12; 41].

Згідно з даними центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України в країні нараховується: усі форми розумової відсталості (F70 - F79) – 613,7 на 100 000 (23%); у тому числі розумова відсталість легкого та помірного ступеню (F70 – F71) – 521,1 (19,5%), інші форми (важкий та глибокий ступінь розумової відсталості F72 – F79) – 92,6 (3,5%). Загальна кількість осіб з розумовою відсталістю, включаючи дітей складає 300 тисяч [7; 16; 29].

Клінічні прояви порушення розумового розвитку різноманітні, що пов'язано з різноманітністю клінічних форм і ступенів психічного недорозвинення. Не дивлячись на це всі вони характеризуються загальними ознаками та комплексністю порушень. У дітей з розумовими вадами на фоні тотального психічного недорозвинення спостерігається порушення пізнавальної, інтелектуальної діяльності, мислення, сприйняття, мовлення, загальної та дрібної моторики, емоційно-вольової сфери. Крім того дуже поширеними є порушення діяльності вісцеральних органів та систем, неврологічна патологія [18; 26].

Водночас, якою б не була причина розумової відсталості дитини, якою б не була важкою хвороба її нервової системи (навіть якщо хвороба прогресує), разом з її розпадом обов'язково спостерігається і розвиток, але при різних ураженнях нервової системи розвиток проходить по-різному [7].

Серед документів, затверджених 2021 році є Національна стратегія із реалізації безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Також

здійснення діяльності відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності (МКФ), яка відповідає сучасним вимогам щодо реалізації індивідуальних реабілітаційних траєкторій [23].

Слід зазначити, що для дітей від першого року життя до підлітків додатково створено (МКФ-ДП) із даванням нових кодів та модифікацією вже існуючих. МКФ базується, а саме: Функції (Body functions), Структури організму (Body structures), Діяльність та участь (Activities and Participation), Фактори середовища (Environmental Factors). Отже, вкрай важливим в системі реабілітаційної роботи з дітьми з розумовою відсталістю є оцінка їх розвитку, враховуючи показники індивідуального і соціального функціонування, зумовлених факторами середовища [15].

Враховуючи складність та різноманітність порушень функцій у дітей з розумовою відсталістю, фізична терапія застосовується в поєднанні з ерготерапевтичними заходами, позитивно впливаючи як на фізичний розвиток дитини, так і на її психіку (Dewi Y, Tri Y, 2017) [11; 37]. Тому, необхідність вирішення зумовленої проблеми в рамках застосування МКФ обумовило вибір теми дослідження – «Фізична терапія та ерготерапія дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня».

Мета дослідження – науково обґрунтувати і розробити програму фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня.

Завдання дослідження:

1. Аналіз науково-методичної літератури, присвяченій темі фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю, зокрема їх фізичного розвитку, участі в активностях повсякденного життя.

2. Виявити особливості фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня.

3. Розробити та перевірити ефективність програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня та перевірити її ефективність експериментальним шляхом.

Об'єкт дослідження – фізична терапія та ерготерапія дітей з розумовою відсталістю.

Предмет дослідження – фізична терапія та ерготерапія дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня.

Гіпотеза дослідження: реалізація програми фізичної терапії та ерготерапії з дітьми з розумовою відсталістю легкого ступеня може сприяти покращенню їх фізичного розвитку, посиленню психічної активності, розвитку дрібної моторики пальців рук, розвитку когнітивних функцій, продуктивної діяльності, сфери дозвілля.

Методи дослідження: з метою визначення сучасного стану розробленості проблеми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю здійснено аналіз науково-теоретичної та методичної літератури за напрямом дослідження. Методико-біологічні методи: аналіз медичних карток. Клінічно-інструментальні Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA). Педагогічні методи: педагогічне спостереження, опитування, бесіди, експеримент. Інструментальні методи дослідження. Методи математичної статистики.

Наукова новизна результатів дослідження:

- науково обгрунтовано і розроблено алгоритм фізичної терапії та ерготерапії на основі МКФ, що передбачає комплексний підхід в реабілітації дітей з легкою розумовою відсталістю;
- розроблено програму фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня, дієвість якої підтверджено науково обгрунтованою практикою;
- набула подальшого розвитку фізична терапія та ерготерапія дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня.

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання розробленого алгоритму і програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня для розробки

індивідуальних алгоритмів і програм фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю інших ступенів фахівцями в галузі охорони здоров'я фізичними терапевтами, ерготерапевтами, інструкторами з кінезіотерапії, методистами закладів охорони здоров'я (спеціальних дошкільних навчально-виховних закладів, будинків-інтернатів, реабілітаційних центрів).

Результати дослідження впроваджено в практику діяльності Комунальної установи Сумської обласної ради – Білопільського дитячого будинку-інтернату.

Апробація результатів дослідження. Апробація результатів дослідження відбулася шляхом участі та виступів на конференціях: I Всеукраїнська науково-практична конференція «Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика» (30 вересня 2022 р., м. Суми); VI Всеукраїнська студентська науково-практична конференція «Актуальні проблеми спеціальної педагогіки, психології та фізичної терапії» (18 листопада 2022 р., м. Суми).

Публікації. Бойко Т.П., Литвиненко В. А. Фізична терапія та ерготерапія дітей з розумовою відсталістю // Сучасні проблеми фізичної терапії та ерготерапії: теорія і практика: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції» (30 вересня 2022 року, м. Суми). – Суми : СумДПУ імені А.С.Макаренка. С. 12-16; Бойко Т.П., Литвиненко В.А. Теоретичні засади фізичної терапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня // Актуальні проблеми спеціальної педагогіки, психології та фізичної терапії: матеріали VI Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (18 листопада 2022 року, м. Суми). – Суми : ФОП Цьома С. П., 2022. С 158-162.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається з переліку умовних скорочень, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний текст кваліфікаційної роботи становить 74 сторінки. Робота містить таблиці та рисунки. У бібліографії подано 59 вітчизняних та закордонних наукових джерел.

РОЗДІЛ I

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ

1.1. Етіологія та ступені олігофренії

Як показує аналіз науково-методичної літератури, олігофренія передбачає синдром вродженого психічного дефекту, що виражається в розумовій відсталості внаслідок патології головного мозку. В першу чергу, олігофренія проявляється, насамперед, у порушенні розумових здібностей, мовлення, емоцій, моторики тощо. Інші терміни – це розумова відсталість і психічні відхилення. Отже, олігофренія відноситься до групи непрогресуючих психічних розладів органічної природи, загальні ознаки та симптоми якої є вже помітними в ранньому дитинстві (вродженими або набутими) до 3 років [3; 24].

Якщо брати до уваги статистичні дані, то показник олігофренії в промислово розвинутих країнах сягає до 1% всього населення, з них 85% з легкою розумовою відсталістю; співвідношення хворих чоловіків і жінок становить 2:1. Точніша оцінка поширення захворювання складна через різноманітність діагностичних підходів, а також залежить від ступеня толерантності суспільства до психічних аномалій і ступеня доступності реабілітаційної допомоги [2; 18].

Слід зазначити, що термін олігофренія вперше запропонував Еміль Крепелін. Олігофренія характеризується інтелектом фізично дорослої людини, яка не досягла в своєму розвитку нормального рівня. Причини захворювання можуть бути обумовлені генетичними змінами; внутрішньоутробне ураження плода іонізуючим випромінюванням, інфекційне або хімічне ураження; недоношеність дитини, порушення під час пологів (пологова травма, асфіксія). Також, серед причини можна виділити

такі: травма голови, інфекції центральної нервової системи, гіпоксія головного мозку [44; 56].

Водночас, не останню роль відіграє педагогічна занедбаність у так званих неблагополучних сім'ях. Іноді розумова відсталість залишається нез'ясованої етіології. Окремо хотілося б зупинитися на генетичних змінах, які можуть спровокувати олігофренію; до основних типів генних порушень, що призводять до олігофренії, відносяться хромосомні аномалії. До хромосомних аномалій також відносяться синдром Дауна, синдром Прадера-Віллі, синдром Ангельмана, а також синдром Вільямса [1; 12].

Причини розумової відсталості можуть бути викликані дисфункцією окремих генів, а також кількістю генних мутацій, ступінь яких перевищує 1000. У цьому розділі будуть розглянуті ті психічні розлади різної етіології та патогенезу, коли дитина страждає від недорозвинення інтелекту.

Беручи до уваги класифікацію олігофренії за МКХ-10, нам вдалося конкретизувати 4 ступеня тяжкості: легкий, середньої тяжкості, важкий, глибокий. Отже, виокремимо діагностичні критерії МКХ-10, для яких характерні наступні ознаки: розумова відсталість, яка характеризується затримкою психічного розвитку із порушенням здібностей, що не досягають загального рівня інтелекту (рухові, мовленнєві, когнітивні здібності тощо); розумова відсталість, що супроводжується з іншими психічними, соматичними розладами або виникає самостійно; розумова відсталість, при якій порушується адаптивна поведінка, однак за сприятливих соціальних умов, при наданні підтримки розлади з легким ступенем розумової відсталості зовсім не мають явного перебігу [14; 31].

У підсумку, за МКХ 10 розумову відсталість поділяють на 4 різні групи залежно від тяжкості дефекту інтелекту (щоб оцінити інтелект використовується так званий індекс IQ):

1. Легка розумова відсталість (F70): особи з дебільністю (рівень IQ цих дітей 50-69). Якщо мову вести про дошкільний вік (0-5 років), то при ефективному реабілітаційному втручанні можуть розвивати у них соціальні

та комунікативні навички. Водночас, такі діти мають мінімальну затримку в сенсомоторних зонах, відповідно діагноз чітко розпізнається у більш пізньому віці. Натомість, у шкільному віці (6-20 років) вони можуть певною мірою набути академічних (навчальних) навичок (6-й клас за американським стандартом) до моменту пізнього підліткового віку. Відповідно, особи з легкою розумовою відсталістю можуть отримати соціальні та професійні навички, але вони можуть потребувати допомоги під час різноманітних стресових ситуацій.

2. Помірна розумова відсталість (F71): особи з імбецильністю (рівень IQ становить 35-49). Вони можуть навчитися спілкуватися, мають низьку соціальну обізнаність. Вони мають нормальний моторний розвиток, вони опановують навички самообслуговування. Тому, особи з імбецильністю можуть досягти самозабезпечення в некваліфікованій або напівкваліфікованій роботі; їм потрібна допомога у легких стресових ситуаціях; не піддаються навчанню.

3. Виражена розумова відсталість (F72): особи з імбецильністю (рівень їх IQ 20-34). Серед характерних рис можна виділити наступні: слабкий моторний розвиток, мінімальне мовлення; їх можна навчити елементарним звичкам здоров'я. Коли такі особи досягають дорослого віку, то можуть себе самообслуговувати під повним наглядом, можуть розвивати навички самозахисту в контрольованому середовищі.

4. Глибока розумова відсталість (F73): особи з ідіотією (рівень IQ <20); не піддаються навчанню взагалі і не можуть нічому навчитися. Тому, різко виражена відсталість, мінімальні можливості у функціонуванні сенсомоторних сфер, потребують догляду в дошкільному віці. У дорослому віці особи з ідіотією можуть мати себе самообслуговувати на мінімальному рівні та потребують сторонньої допомоги [33; 47].

Проаналізувавши науково-методичну літературу з обраної проблематики, ми дійшли думки, що дефект інтелекту – це не тільки патологічний прояв розумової відсталості. Окрім цього, у дітей з легкою

розумовою відсталістю спостерігаються прояви слабкої пам'яті (хоча механічна пам'ять може бути хорошою), порушення поведінки, труднощі з зосередженням на конкретних об'єктах протягом деякого часу.

У більшості випадків пацієнти із легкою розумовою відсталістю усвідомлюють відмінності від інших людей і тому навіть можуть приховати свої вади. Про це свідчить той факт, що більша частина з них є інтровертами, мало говорять, завжди хочуть бути з батьками та погано інтегруються до нового оточення, до нових місць. В деяких випадках може спостерігатися прояви психозу у формі психомоторного збудження, агресивності (рідко з галюцинаціями та нав'язливими станами). Зокрема, саме психоз може просліджуватися в період статевого дозрівання. Іншим проявом таких психічних розладів є соматичні розлади, неврологічні, епілептиформні напади [3; 32].

Серед діагностичних критеріїв олігофренії можна виділити наступні [26; 59]:

1. Своєрідна психопатологічна структура деменції з особливо слабкою абстрактною свідомістю та недорозвиненою емоційною сферою.
2. Непроцесуальний, непрогресуючий характер дефекту інтелекту.
3. Уповільнений психічний розвиток особистості.

Таким чином, олігофренія не відноситься до розладів інтелекту, які виникають внаслідок прогресуючих психічних захворювань (шизофренії та епілепсії), а також внаслідок важких органічних вад, що виникли після 3 років (травми, інфекції, інтоксикації тощо). Фактори, що викликають олігофренію, можна розділити на пренатальні, натальні та постнатальні. Внутрішньоутробні аномалії: це може бути наслідком генетичних факторів, вроджених інфекцій, несприятливих факторів, радіації тощо. Хромосомні аномалії та аберації складають найбільшу кількість відомих причин олігофренії. Прикладами є синдром Едвардса, синдром Патау, синдром Дауна, синдром Клайнфельтера, синдром Тернера тощо [18; 51].

Генетичні метаболічні розлади, які викликають олігофренію, включають Х-зчеплені рецесивні (розлади Леша-Найхана, Хантера), аутосомно-рецесивні (фенілкетонурія, туберозний склероз, нейрофіброматоз тощо) та аутосомно-рецесивні лізосомні розлади. Однією з причин розумової відсталості є вроджені інфекції (вірус краснухи, цитомегаловірус, трепонема під час вагітності). З тератогенних факторів важливе значення мають алкогольна та наркотична залежність батьків та прийом матер'ю ліків під час вагітності. Екзогенними факторами є надмірні рухи під час вагітності, психологічні розлади під час вагітності, інтоксикація, цукровий діабет, токсикоз під час вагітності, резус-конфлікт тощо [34; 55].

Зокрема, натальні ускладнення, пов'язані з недоношеністю, кровотечами, багатоплідними пологами, перинатальною асфіксією та іншими причинами (недоношені діти <32 тижнів і вагою <1,5 кг схильні до відставання на 50%). Також, слід зазначити, що вірусні та бактеріальні енцефаліти, менінгіти, отруєння, травми, що призвели до черепно-мозкової травми або асфіксії тощо відносять до постнатальних факторів.

Серед психічних розладів, що супроводжують розумову відсталість є шизофренія (труднощі спілкування ускладнюють її діагностику; розлади мислення важко відрізнити від марення, однак ознаки галюцинацій свідчать про такий діагноз) тощо. При розладі поведінки, що супроводжується вибуховими спалахами, істериками та фізичною агресивністю, які можуть виникнути на фоні звичайний стресу; потрібно звертатися до психіатра. Основними причинами такої неприйнятної поведінки може бути відсутність корекційного навчання та реабілітаційного втручання [30; 46].

Є підстави вважати, що в діагностиці олігофренії можуть виникати труднощі, коли необхідно відмежувати ранні прояви шизофренії. Адже, у пацієнтів із шизофренією, на відміну від осіб з олігофренією, спостерігається затримка розвитку у частковому вигляді, тобто в клінічній картині захворювання є наступні прояви - аутизм, кататонічні симптоми, патологічні фантазії тощо [25].

Оскільки глибока розумова відсталість є невеликою, то якщо є підозра на такий діагноз у дитини під час вагітності матері, про це необхідно повідомити батьків, маючи результати щодо його підтвердження через генетичну консультацію. Також діти з глибокою розумовою відсталістю часто важко хворіють, імунна система у них є дуже слабкою. Отже, дуже невеликий відсоток таких дітей не досягають дорослого життя.

При підтвердженні діагнозу народженої дитини, проводиться консультування для адаптації сім'ї, а саме здійснюється інформування про причини, прогноз, вплив, виховання та навчання дитини; в межах діяльності міждисциплінарної команди розробляється комплексна індивідуальна програма (невролог досліджує стан нервової та м'язової системи, звертає увагу чи є підозри на судоми; ортопед і терапевт здійснюють ведення дитини з відсталістю внаслідок церебрального паралічу та інших серйозних дефектів; фізичний терапевт здійснює оцінку стану її рухових можливостей; як правило корекцією мовлення займається фахівець з мови та мовлення) [26].

Як вже зазначалося, ступінь розумової відсталості кількісно визначається за допомогою інтелектуального коефіцієнта після застосування стандартних психологічних тестів. В деяких випадках діагноз олігофренія ставлять дитині, яка є нездатною до соціальної самостійної адаптації. Відтак, дане захворювання класифікують за ступенем тяжкості, однак існує класифікація за М.С. Певзнера. Традиційний ступінь тяжкості поділяється на: дебільність (слабко виражена), імбецильність (помірна), ідіотія (сильно виражена) [8; 35].

Класифікація олігофренії за концепцією М.С. Певзнер дає можливість зрозуміти, яка структура дефекту при олігофренії та передбачає класифікацію з урахуванням етіопатогенезу, а також особливості аномалій розвитку [3; 38]. Як свідчать дані, у 1959 році М.С. Певзнер запропонувала класифікацію, типологію станів, в якій відзначила три форми дефекту:

- неускладнена олігофренія;

- ускладнена порушенням нейродинаміки (переважання збудження над гальмуванням; при вираженій слабкості основних нервових процесів; у переважанні гальмування над збудженням);
- діти з розумовою відсталістю з явними ознаками недостатності лобових часток.

Далі нами було з'ясовано, що М.С. Певзнер було удосконалено дану класифікацію. Було виділено наступні форми:

- неускладнена;
- ускладнена порушенням нейродинаміки (гальмівний і збудливий);
- розумова відсталість в поєднанні з порушеннями роботи різних аналізаторів;
- розумова відсталість з психопатичними формами в поведінці;
- розумова відсталість з ознаками недостатності лобових часток [3].

1.2. Класифікація розумової відсталості, її клінічна характеристика

Останнім часом у сучасному суспільстві спостерігається тенденція до збільшення народжуваності дітей з інтелектуальною недостатністю, на що впливають декілька факторів: інфекції, радіація, гіпоксія головного мозку, спадкові порушення обміну речовин, хромосомні захворювання, несумісність матері та плоду, травми тощо [12; 49].

Отже, діти з розумовою відсталістю зазвичай мають різноманітні проблеми, для опису яких необхідно використовувати декілька діагнозів, взятих з різних частин класифікації. Спочатку фіксують ступінь розумової відсталості та супутні фізичні і психічні розлади; ступінь психосоціальної інвалідності; відповідні психосоціальні ситуації [36].

Такі фактори можна записати систематично та впорядковано за допомогою багатовісної системи. Осі в такій системі не є такими осями, які статистично розділені; вони є необхідними для фіксації окремих ознак випадку, наступні осі складають структуру схеми класифікації МКБ для осіб з розумовою відсталістю: вісь I тяжкість розумової відсталості та проблемна

поведінка, вісь II супутні медичні стани; вісь III асоційовані психіатричні розлади; вісь IV оцінка психосоціальної інвалідності, вісь V асоційовані психосоціальні ситуації. На кожній з таких вісей потрібно записати діагностичні коди, які є частиною МКФ [14; 40].

В додатку «Клінічні описи і діагностичні рекомендації для психічних і поведінкових розладів» є додаткова супроводжуюча інформація відповідно до різних психічних і поведінкових розладів; перераховано діагнози захворювань, які найчастіше використовуються для пацієнтів із розумовою відсталістю, а також коди Z-коди, які відповідають даному діагнозу. Така вісь застосовується, щоб записати коди із розділу F7 класифікації [52].

Отже, ступінь відставання позначається двозначним кодом (F70 - F79), записують проблемну поведінку у вигляді десяткового коду. У МКБ-10 порушення поведінки при розумовій відсталості визначається наступними способами: відсутність або мінімальна (x.0); така, що потребує уваги або лікування (x.1); «інша» (x.8). Насьогодні для запису користуються 6 додатковими секундними десятковими кодами типу поведінки, коли використовується x.1 (що, потребує уваги).

Натепер існують такі види кодування ступеня розумової відсталості: F70 легка розумова відсталість, F71 помірна розумова відсталість, F72 важка розумова відсталість, F73 глибока розумова відсталість, F78 Інша розумова відсталість, F79 неуточнена розумова відсталість [20; 57].

Розумова відсталість може виникнути з будь-яким іншим психічним або фізичним розладом або без нього. Діти з розумовою відсталістю можуть мати психічні розлади в три-чотири рази частіше, ніж у загальній популяції дитячого населення. У таких дітей майже завжди спостерігається адаптивна поведінка; порушення інтелекту не є єдиною характеристикою, а оцінюється на основі різних, більш-менш специфічних навичок.

Діти з розумовою відсталістю можуть мати серйозні порушення в мовленнєвій сфері, у простих зорово-просторових завданнях, що може стати причиною проблемного визначення діагностичної категорії, до якої слід їх

віднести. Для того, щоб оцінити їх інтелектуальний рівень, потрібно застосовувати клінічні результати, адаптивну поведінку, психометричні тести. Отже, встановлення точного діагнозу розумової відсталості передбачає оцінку такого рівня інтелектуального функціонування, яке не дозволяє дитині адаптуватися до щоденних потреб соціуму [7; 25].

Відповідно, обрана діагностична категорія повинна базуватися на оцінці здібностей, а не на окремій категорії певного порушення або навички. Слід враховувати, що супутні психічні або фізичні розлади впливають на клінічну картину. Таким чином, наведені рівні IQ орієнтовними і можуть корегуватися відповідно до проблем міжкультурної валідності.

За допомогою стандартизованих індивідуально проведених тестів інтелекту можна визначити IQ. Натомість, обране тестування має відповідати рівню функціонування людини, умовам інвалідності (враховувати проблеми з експресивним мовленням; порушення слуху тощо) [10; 54].

Окрім застосування стандартизованих шкал соціальної зрілості та інтеграції, застосовується опитувальники батьків або опікунів, які ознайомлені з навичками дитини з розумовою відсталістю в повсякденному житті. Попередній діагноз розумова відсталість виставляється у тому випадку, якщо не використовуються стандартизовані процедури.

В рекомендаціях «Оцінка осіб із розумовою відсталістю» (ВООЗ 1992), «Психічна відсталість, визначення класифікації та систем підтримки» Американської асоціації розумово відсталих (AAMR 1992) є детальна інформація щодо стандартизованих інструментів, які використовуються для оцінки розумової відсталості та функціональної адаптації [36; 53].

В клінічному описі легкої розумової відсталості (F70) йдеться про те, що діти з таким діагнозом опановують мовлення з деякою затримкою, але досягають побутового рівня застосування (вести розмову та брати участь у клінічному інтерв'ю). Такі діти досягають повної незалежності в самообслуговуванні, у практичних навичках; труднощі в більшій мірі спостерігаються під час навчання навичкам читання та письма [16].

У соціокультурному контексті, який потребує деяких академічних навичок, дитина з легкою відсталістю може не мати труднощів за умови достатньої емоційної та соціальної зрілості. Слід зазначити, що поведінкові, емоційні та соціальні труднощі дітей з легкою розумовою відсталістю та потреби в лікуванні будуть тотожними до тих, що зустрічаються у дітей з нормальним інтелектом, ніж на специфічні проблеми дітей із помірною та важкою відсталістю. Етіологія органічної природи визначається у все більшій кількості пацієнтів, хоча ще не у більшості [3; 38].

При застосуванні відповідних стандартизованих тестів IQ, діапазон від 50 до 69 свідчить про легку розумову відсталість. Розуміння та використання мовлення відбувається із затримкою, що може перешкоджати опануванню дитиною самостійності та може зберігатися в дорослому житті; етіологія органічної природи спостерігається рідко.

При даному ступені спостерігаються супутні захворювання (аутизм, інші розлади розвитку, епілепсія, розлади поведінки або фізичні вади). При наявності таких розладів, їх кодують окремо. Включає: «слабкість» розумової сфери, легкі психічні вади.

У осіб категорії F71 (помірна розумова відсталість) повільно розвивається розуміння та використання мовлення, самообслуговування та рухові навички також уповільнюється; шкільне навчання є обмеженим, але можуть опанувати базові навички, необхідні для читання, письма та рахунку. У дорослому житті такі особи можуть виконувати звичну практичну роботу, якщо завдання є структурованими.

Водночас, повна незалежність та самостійність є можливою для таких осіб. Однак, такі діти є рухливими та фізично активними, соціально активними у здатності встановлювати контакт, спілкуватися з іншими. IQ зазвичай знаходиться в діапазоні від 35 до 49.

У такій групі існують невідповідні профілі здібностей, де деякі діти досягають вищого рівня у візуально-просторових навичках, ніж у завданнях, залежних від їх мовлення. У більшості дітей з помірною розумовою

відсталстю можна визначити органічну етіологію. Іноді спостерігається аутистичні розлади або інші поширені розлади розвитку; є поширеними епілепсія, неврологічні та фізичні вади також є поширеними, хоча більшість дітей із помірною відсталістю не потребують сторонньої допомоги. Можна ідентифікувати інші психіатричні захворювання, але обмежений рівень мовленнєвого розвитку може ускладнити діагностику. Отже, будь-які такі асоційовані розлади слід кодувати окремо; включає: імбецильність, помірну психічну патологію, помірну олігофренію.

Категорія F72 тяжка розумова відсталість в цілому подібна до помірної розумової відсталості з точки зору клінічної картини, наявності органічної етіології та супутніх станів. Нижчі рівні досягнень, згадані під F71, також є найпоширенішими в цій групі. Діти такої категорії мають помітний ступінь моторних порушень або інших пов'язаних з ними пошкоджень, що вказує на наявність клінічно значущого пошкодження або неправильного розвитку центральної нервової системи. IQ зазвичай знаходиться в діапазоні від 20 до 34. Включає: важкі психічні відхилення тяжку олігофренію

Клінічний опис глибокої розумової відсталості F73 передбачає коефіцієнт інтелекту нижче 20, що відповідає обмеженим можливостям розуміння та виконання запитів чи інструкцій. Такі діти мало здатні або не можуть задовольняти власні базові потреби, відповідно їм потрібна стороння допомога (є нерухомими або сильно обмеженими в рухливості, мають нетримання сечі).

Відповідно діагностичні вказівки IQ нижче 20. Діти з глибокою розумовою відсталістю можуть розуміти основні команди та прості запити. Більшість з них мають органічну етіологію (складні неврологічні та інші фізичні вади). Данна категорія включає: ідіотію, глибокі психічні порушення, глибоку олігофренію [15; 42; 50].

В тих випадках, коли оцінка ступеня інтелектуальної відсталості за допомогою стандартних процедур є ускладненою або неможливою через пов'язані з цим сенсорні або фізичні порушення, то мова йде про F78 іншу

розумову відсталість. Дану категорію застосовують для осіб із сліпотою, глухотою, осіб із серйозними порушеннями поведінки чи фізичними вадами.

Неуточнена розумова відсталість F79 передбачає випадки, коли для встановлення діагнозу є недостатньо інформації, щоб віднести пацієнта до однієї з вищезазначених категорій. Варто зазначити, що глибока олігофренія є невиліковною [16; 58].

Окрема класифікація має наступні характеристики розумової відсталості: зниження інтелекту, загальне системне недорозвинення мовлення, порушення уваги, порушення сприйняття, некритичність мислення, конкретність, низька продуктивність пам'яті, недорозвинення пізнавальних процесів, порушення емоційно-вольової сфери тощо (Є.І. Богданова, 2001).

Відтак, розумова відсталість у дітей проявляється в пізнавальній, емоційно-вольовій сфері, а також глибокою своєрідністю, що дає можливість розвиватися, однак, значно атипово, повільно, часто з різкими відхиленнями. При деменції інтелектуальний дефект у дітей є незворотнім, тому що хвороба прогресує, що призводить до розладів психіки [10; 24].

Однак, виключенням є такі випадки, коли у дитини спостерігається розумова відсталість на фоні психічного захворювання (шизофренія, епілепсія), що посилює основний дефект, відповідно мова буде йти про несприятливий прогноз.

Як уже зазначалося, діти з розумовою відсталістю легкого ступеня не можуть діяти за зразком, за словесними інструкціями, наслідувати через низький труднощі засвоєння життєвого досвіду. Тому таким дітям потрібно частіше все повторювати, давати словесні інструкції. Також, дітям з розумовою відсталістю важко дається участі у таких видах продуктивної діяльності як гра, конструювання, малювання, побутові навички [8; 19].

Науковці пов'язують це з явищем відсутності зацікавленості в тому, що їх оточує. Яскравим прикладом є ситуації, за яких такі діти до року не прагнуть маніпулювати іграшками, побутовими предметами, що є

притаманним всім дітям. Дуже часто лише в 3-4 роки, діти з розумовою відсталістю проявляють інтерес до іграшок.

В першу чергу, основними характеристиками олігофренії у дітей є відставання в сенсорному розвитку, неможливість довгий час концентрувати увагу, а також труднощі при виконанні окремих видів діяльності. Слід зазначити, що їх дії мають так званий хаотичний характер, а сприйняття характеризується обмеженістю [45; 51].

Відтак, у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня спостерігається затримка мовлення, а у деяких з них мовлення є повністю відсутнім до 5 років. Є труднощі з наочно-образним мисленням, з відповідними завданнями; з пам'яттю, яка має недостатню точність запам'ятовуваного словесного, наочного матеріалу. У дітей з розумовою відсталістю більше спостерігається мимовільне запам'ятовування, несамостійність, слабкість розвитку вольових процесів, безініціативність.

Таким чином, у таких дітей спостерігається емоційна незрілість, нестійкість почуттів, недостатня диференційованість, обмеженість щодо переживань; може бути незвичний прояв горя, радості, веселощів [26].

Якщо характеризувати роботу міждисциплінарної команди з дітьми з розумовою відсталістю, то варто зазначити, що фахівцями складається комплексна та індивідуальна програма. Лікар-невролог повинен досліджувати всі випадки затримки психічного розвитку, інвалідності, нервово-м'язової недостатності або підозри на судоми. Лікарі: ортопед і терапевт повинні допомагати оцінити стан функцій організму та веденні дитини із затримкою розвитку церебрального паралічу та інших життєво важливих захворювань. З дітьми з розумовою відсталістю працюють фізичні терапевти, ерготерапевти, логопеди та інші фахівці [3; 12; 48].

1.3. Аналіз сучасних підходів до фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю в рамках науково-доказової практики

Проаналізувавши наукові джерела по зазначеній проблематиці, маємо чітке уявлення про те, що на сьогодні в Україні є майже відсутньою науково обґрунтована система фізичної терапії та ерготерапії з дітьми з розумовою відсталістю в умовах їх перебування в закладах інтернатного типу, що негативно відображається на роботі фахівців на практиці. Отже, маємо необхідність розробки та ефективного впровадження реабілітаційних програм для розвитку моторики, життєвих навичок і вмінь дітей даної категорії [23; 28].

Більше того, українське суспільство потребує створення таких реабілітаційних програм, які б відповідали підходам гуманної реабілітаційної філософії, культури гідності та рівності прав. Адже, відповідно до міжнародних стандартів, дитина з розумовою відсталістю, вважається особою, яка має такі ж права, як і інші члени спільноти.

Водночас, через особливості індивідуального розвитку для такої дитини необхідно надавати спеціальні реабілітаційні послуги, що передбачають позитивні зміни в її особистісно-мотиваційній, когнітивній та емоційно-вольовій сферах. Досягти оптимального рівня розвитку є можливим шляхом раннього включення в систему реабілітаційної роботи зазначеної категорії дітей [16; 18].

Такі аспекти зумовлюють необхідність створення програм фізичної терапії для реабілітації дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня. В таких програмах приділять увагу кінезіотерапії, оскільки порушення інтелекту виражається в неправильному розвитку рухової сфери дітей, а не тільки в зниженні їх когнітивних функцій.

Зокрема, кінезіотерапія сприяє корекції недоліків у фізичному розвитку, зміцненню здоров'я та фізичної підготовленості дитини; вихованню морально-вольових якостей, незалежності у повсякденному

житті. Як відомо, терапевтичні вправи стимулюють моторно-вісцеральні рефлекси, прискорюють обмінні процеси в тканинах, активізують гуморальні процеси, мають тонізуючу дію.

Правильне дозування та підбір таких вправ дозволяє вибірково впливати на моторно-судинну, моторно-кардинальну, моторно-легеневу, моторно-шлунково-кишкову та інші рефлекси, що дозволяє підвищити тонус тих систем і органів, у яких він знижений [17]. Терапевтичні вправи мобілізують захисні сили організму дитини, сприяють репаративній регенерації пошкоджених тканин, нормалізують кислотно-лужний баланс, тонус судин, обмін речовин у пошкоджених тканинах [6; 43].

Науковці розглядають фізичну терапію дітей з розумовою відсталістю в контексті структури, сутності, завдань і змісту терапевтичних вправ; їх значення в корекції недоліків психофізичного розвитку, їх вплив на формування необхідних соціальних умінь, навичок, рис характеру; можливості занять вправами в процесі реабілітації.

Детально ознайомившись із важливими науковими працями, присвяченими проблемам фізичної терапії дітей з розумовою відсталістю, які визначали засоби і методи фізичної культури, масажу, різноманітні фізичні фактори (С. Попов,); можна підсумувати, що фізичну терапію слід розглядати як медико-педагогічний і освітній процес, а краще – навчальний процес [22].

В цілому, вчені розглядають реабілітацію як баланс між наявними потребами особистості та можливістю їх задоволення, механізмом підвищення активності особистості [6; 13]. В основі кінезіотерапії закладено положення дитячої та вікової психології, тому що організовуючи навчання дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня, необхідно враховувати закономірності їх психічного розвитку, а саме спонтанність формування психічних процесів, за умов в яких кожен етап психічного розвитку слідує за попереднім.

Оскільки більш активні діти мають кращий інтелектуальний і фізичний розвиток у порівнянні з менш активними, є зв'язок вегетативних функцій організму дитини з її опорно-руховим апаратом; відповідно рухова активність дитини має певний зв'язок з її інтелектуальним розвитком. Рухи активізують процеси життєдіяльності, вегетативні функції забезпечують тканини, внутрішні органи поживними речовинами і киснем [6].

Отже, наявна гіподинамія у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня, може призводити до затримки розвитку їх вегетативних функцій, відставання у формуванні психомоторики в цілому. Відтак, розвиток функцій мозку дитини визначається прогресом у розвитку моторного аналізатора. Разом з тим, розумова відсталість є результатом уповільненого або неповного розвитку свідомості, в якому здібності, що формують достатній рівень інтелекту. Як вже вище зазначалося, у таких дітей порушуються в першу чергу когнітивні, мовленнєві, моторні та соціальні здібності [36].

Фізична терапія дітей з легкою розумовою відсталістю позитивно впливає на рухову активність, пам'ять, мислення та координацію, водночас, всі процеси у них протікають значно повільніше. Адже, у дітей з легкою розумовою відсталістю пізніше формується довільна пам'ять, засвоюється новий матеріал, просліджується неточність відтворення рухових дій тощо. Через особливості центральної нервової системи вони дуже легко відволікаються, не здатні довго зосереджуватися, прагнуть уникнути відповідальності. Тому, фізична терапія дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня передбачає: терапевтичні вправи мають бути малого та середнього ступеня інтенсивності, корекційного спрямування та з урахуванням принципів різноманітності [6; 39].

Беручи до уваги той факт, що перебування дітей за ступенем відсталості в закладах інтернатного типу часто не дає позитивного результату щодо вирішення питань набуття самостійності, навичок побутового характеру, інтеграції їх у сіспільство; то в домашніх умовах, при підтримці

найближчого оточення відбувається розвиток різних навичок, тому що вони намагається грати з однолітками, спілкуватися, навчатися [6; 49].

Як показує практика, навіть дуже важкі діти після належного ерготерапевтичного втручання прагнуть до спілкування та активності. Діти з розумовою відсталістю легкого ступеня з інтересом спостерігають за іншими дітьми, як і за дорослими, з часом захоплюються іграшками. Через доступні види занятьевої діяльності відбувається взаємодія з ерготерапевтом, а потім відпрацювання побутових навичок (пити з чашки, їсти ложкою, одягатися).

Такий позитивний ефект досягається під впливом побудови міжособистісних стосунків між ерготерапевтом та дитиною, яка залежить від комунікативної допомоги, а також підтримки. Адже особливістю такого діагнозу є те, що дитині з розумовою відсталістю важко зрозуміти те, що її оточує, відповідно оточуючим важко її зрозуміти. За таких обставин, вона виступає як менш сильний партнер по спілкуванню, то, логічним є небажання спілкуватися з будь ким, або проявляти негативні форми комунікації – тривоги, аутоагресії, демонстрація страхів, агресії [29].

Ерготерапевтичне втручання з такими дітьми включає наступні педагогічні моменти: прийняття їх на рівних як співрозмовника; створення комфортних умов спілкування, дотримання взаємного зближення.

Не варто забувати про активність ерготерапевта щодо роботи з найлижчим оточенням дитини з розумовою відсталістю, адже, загальна слабкість, затримка розвитку можуть призвести до надмірної опіки з боку батьків, що може перешкоджати формуванню її самостійності. Водночас, для успішної реабілітації, а також соціальної інтеграції дітей з розумовою відсталістю важливу роль відіграють школи-інтернати, допоміжні школи.

Метод ерготерапії полягає в специфічному виконанні підібраних видів діяльності, відповідних технік і прийомів, спрямованих на набуття, відновлення або вдосконалення умінь і навичок, що дозволять людині жити повноцінним життям [28].

Діяльність в ерготерапії підрозділяється на повсякденну активність (особиста гігієна, прийом їжі, одягання, спілкування, мобільність), продуктивну діяльність (домашні обов'язки, отримання освіти, професії), дозвілля (гра, хобі, відпочинок). Вона може здійснюватися із застосуванням різних матеріалів, іграшок, предметів побуту і організована за допомогою гри або спеціальних вправ-завдань [11].

Таким чином, ерготерапія при розумовій відсталості легкого ступеня має бути направлена на розвиток тонкої моторики, координації рухів; корекцію мовлення, подолання порушення здатності до навчання [30]. Таким чином, в процесі ерготерапії у дітей з розумовою відсталістю через самостійного виконання дій поліпшуються функціональні можливості (рухові, емоційні, когнітивні і психічні) [28; 44].

Висновки до розділу 1

За допомогою аналізу науково-методичної літератури ми можемо зробити висновок, що діти з розумовою відсталістю, які перебувають в закладах інтернатного типу потребують ефективного реабілітаційного втручання, комплексного підходу при складанні індивідуальних програм, що ставить на меті урахування особливостей фізичного та психічного розвитку дітей з розумовою відсталістю.

За допомогою засобів фізичної терапії, кінезіотерапії зокрема створюються умови для правильного фізичного розвитку дитини, відбувається корекція рухових функцій дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня. Ерготерапія використовується для розвитку дрібної моторики, набуття навичок самообслуговування, стимуляції пізнавальної активності дитини, її сенсорного розвитку, концентрації уваги, підвищення самооцінки, організації її правильної поведінки та інтеграції в суспільстві.

Відтак, для корекції психічного стану, удосконалення навичок дрібної моторики, самообслуговування дитини з розумовою відсталістю проводять ерготерапевтичні заняття, що включають різноманітні види заняттєвої

активності, вправ на розвиток побутових навичок, ситуаційних вправ для корекції поведінки, дозвіллевих заходів тощо.

Нормалізація фізичного стану і психофізичного тону є одним з важливих завдань фізичної терапії дітей з розумовою відсталістю, тому таким дітям необхідні постійні фізичні навантаження для зняття емоційної напруги. Разом із такими заняттями з психомоторної корекції і розвитку рухової сфери дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня рекомендуються заняття з ерготерапії, що передбачає необхідність розробки та ефективного впровадження індивідуальних реабілітаційних програм для розвитку моторики, побутових та соціальних навичок і вмінь дітей означеної категорії.

Водночас, слід зауважити, що на сьогоднішній день в умовах будинків-інтернатів для дітей з розумовою відсталістю використовують різні засоби як фізичної так і психічної реабілітації, але можна констатувати, що всі заходи використовують відокремлено один від одного, тобто без їх комплексного застосування. Таким чином, беручи до уваги практичні дослідження, які відображають проблематику щодо надання реабілітаційної допомоги дітям з розумовою відсталістю, констатуємо, що ті підходи, програми та засоби, які використовувалися дотепер в практиці потребують наукового підґрунтя та вдосконалення на практичному рівні.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Методи дослідження

В процесі проведення дослідження було застосовано наступні методи: аналіз науково-теоретичної та методичної літератури за напрямом дослідження; аналіз документальних даних; тестування для визначення рівня окремих показників стану моторики; педагогічні методи: педагогічне спостереження, педагогічний експеримент, бесіда; оцінювання ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікацією функціонування; інструментальні методи дослідження, методи математичної статистики.

Для того, щоб здійснити оцінювання ступеня порушення життєдіяльності, визначити профіль функціонування дитини з розумовою відсталістю, обрати стратегії та напрями реабілітаційного втручання було застосовано Міжнародну класифікацію функціонування (ICF-CY). Адже вона охоплює всі аспекти здоров'я дитини, окремі складові благополуччя, представляючи їх характеристики в доменах охорони здоров'я та доменах, які мають пряме відношення до здоров'я [15]. Такий інструментарій дозволяє описувати не лише стан здоров'я (структури та функції організму), а діяльність дитини з розумовою відсталістю та її участь в суспільному житті (перспективу індивідуального і соціального функціонування), аналізувати бар'єри – фактори середовища. Адже, з'ясовані під час оцінки проблеми, згідно міжнародної класифікації функціонування можуть представляти собою порушення, обмеження, бар'єрну залежність від конструкції [14].

Аналіз науково-теоретичної та методичної літератури полягав у вивченні джерел щодо застосування засобів фізичної терапії та ерготерапії з дітьми з розумовою відсталістю, аналізу нормативно-правової бази за напрямом дослідження та залучення інформаційних технологій, за допомогою яких вдалося проаналізувати причини розумової відсталості у

дітей, особливості застосування діагностичного інструментарію при даній нозології тощо.

Аналіз документальних даних передбачав збір анамнезу життя та анамнезу хвороби дитини, використовуючи при цьому медичні карти дітей та опитування вихователів будинку, головним завданням якого було встановити причину розумової відсталості дитини та виявити з яким захворюванням пов'язаний ступінь олігофренії, тобто її клінічна форма.

Було проаналізовано інформацію про стан матері дитини під час вагітності: від якої вагітності дитина; її протікання (загроза зриву); перенесені інфекційні захворювання (краснуха, грип, токсоплазмоз); спадковий фактор; шкідливі звички батьків. Також було встановлено інформацію про розвиток дитини на першому році життя, можливі травми, про вже проведену реабілітаційну роботу з нею в умовах будинку інтернатного типу.

Об'єктивне обстеження включало: на рівні структура / функції за МКФ:

- оцінювання рівня фізичного розвитку дитини (визначення антропометричних показників: довжини і маси тіла, обхвату грудної клітки; функціональних показників серцево-судинної, дихальної та м'язової систем: частоту серцевих скорочень, частоту дихання, життєву ємність легень, м'язову силу кисті; соматоскопічних показників (типу постави, форми грудної клітки, кінцівок);

на рівні активність і участь:

- оцінювання стану дрібної моторики (тести, які використовують в своїй діяльності фахівці Білопільського будинку-інтернату);
- оцінювання стану когнітивних функцій (Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій MoCA).

Дослідження антропометричних показників було проведено за допомогою стандартного інструментарію за загальноприйнятими методиками. За допомогою медичних ваг було виміряно вагу дитини з точністю до 0,5 кг, зріст було виміряно за допомогою ростоміру з

точністю до 0,5 см. Для того щоб виміряти обхват грудної клітки було застосовано сантиметрову стрічку у стані спокійного дихання при тимчасовій його затримці з точністю до 0,5 см (сантиметрова стрічка накладалась ззаду під нижніми кутами лопаток обстежуваної дитини, а спереду на рівні прикріплення IV ребра до грудини).

Для дослідження функціонального стану серцево-судинної (ССС) проводилось вимірювання частоти пульсу (ЧП) шляхом пальпації променевої артерії у нижній третині передпліччя (пульсові удари підраховували протягом 1 хвилини); для дослідження функціонального стану дихальної системи (ДС) вимірювали частоту дихання (ЧД) та життєву ємність легень (ЖЄЛ).

Частоту дихання ЧД було підраховано протягом 1 хвилини в стані спокою дитини за допомогою долоні покладеної на грудну клітку. ЖЄЛ вимірювали за допомогою спірометра: обстежувана дитина робила максимально глибокий вдих, затуляла ніс пальцями і через мундштук робила максимально глибокий, рівномірний видих у спірометр. Вимірювання ми повторювали 2-3 рази і найбільший результат фіксували. Оцінку функціонального показника дихальної системи (ЖЄЛ) ми проводили за формулою: для хлопчиків $ЖЄЛ = 40 \times \text{зріст (см)} + 30 \times \text{вага (кг)} - 4400$.

Щоб оцінити функціональний стан м'язової системи, визначали силу м'язів кисті за допомогою динамометру (ДК 25 для вимірювання сили м'язів згиначів кисті і пальців рук до 25 кг), було визначено сили м'язів згиначів пальців верхньої кінцівки (Hand Held Dynamometry) дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня. Під час проведення динамометрії діти тримають динамометр у руці, відведеної під прямим кутом збоку від тіла; натискають динамометр із максимальним зусиллям протягом 5 сек. Між зусиллями робиться пауза до 15 с; після 3 спроб обирається кращий результат для кожної руки [6; 22; 36].

Було досліджено стан дрібної моторики дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня (стан диференціації рухів пальців та кистей рук);. Критерії оцінювання передбачали чотири рівні, кожен з яких мав певну характеристику: достатня координація рухів пальців та кистей рук, одночасність, точність, швидкість і правильність виконання рухів – 1 рівень; виконання тестів у потрібному темпі, але з нечітким виконанням рухів, з труднощами при виконанні завдань, пов'язаних із кінестетичним відтворенням організацією рухів – 2 рівень; виконання тестів у повільному темпі, але із значною напруженістю та помилками – 3 рівень; виконання тестів із сильним напруженням, заміною потрібних рухів на зовсім інші, значне порушення темпи, помилки при виконанні – 4 рівень.

Нами було застосовано Монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій, яка призначена для діагностики помірних когнітивних розладів, що дозволяє провести оцінку різних когнітивних доменів: виконавчих функцій, зорово-конструктивного сприйняття та праксису, уваги і концентрації, рахунку, мовлення, пам'яті, абстрактного мислення, орієнтації. Максимальна кількість балів – 30, нормою є 26 балів і більше 36 балів. До секцій обстеження MoCA відноситься створення послідовності, що чергується, зорово-конструктивні навички (куб), зорово-конструктивні навички (годинник), найменування, пам'ять, увага, повторення речень, словесна вільність, абстракція, відкладене пригадування, орієнтація [28; 41; 57].

Педагогічні спостереження проводилися відкритим шляхом за допомогою вихователів будинку-інтернату з метою одержання більш повної інформації про фізичний стан тієї чи іншої дитини, про спроможність виконання поставлених завдань. За допомогою педагогічного експерименту нами було проведено аналіз та зіставлення отриманих даних дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня основної експериментальної групи до та після впровадження програми фізичної терапії та ерготерапії. Бесіда є методом, за допомогою якого було отримано інформацію щодо скарг дітей щодо діяльності та участі, визначення їх емоційного стану мотиваційної

складової. Методи математичної статистики передбачали математичну обробку даних на комп'ютері.

2.2. Організація дослідження

Дослідження було здійснено протягом 2021-2022 навчального року й складалося з таких етапів:

- у вересень-листопаді 2021 р. (1 етап дослідження) було проаналізовано наукові літературні джерела з реабілітації, фізичної терапії, ерготерапії; схарактеризовано мету, завдання, предмет, об'єкт, методи дослідження, складено програму дослідження;

- у грудні-лютому 2022 р. (2 етап дослідження) було проведено констатувальний експеримент та отримано первинні матеріали, здійснено обробку відповідних даних;

- у червні-вересні 2022 р. (3 етап дослідження) проводився формувальний експеримент; було розроблено програму фізичної терапії та ерготерапії та проведено курс фізичної терапії, ерготерапевтичне втручання за напрямками програми;

- у жовтні-листопаді 2022 р. (4 етап дослідження) було оформлено висновки роботи; здійснено математичний аналіз отриманих результатів.

Дослідження проводилося на базі Комунальної установи Сумської міської ради Білопільського будинку-інтернату. Основну експериментальну групу склали 10 дітей (хлопців) з розумовою відсталістю легкого ступеня 12-14 років, що перебувають в даному закладі.

Дітям з основної групи (ОГ) в рамках розробленої програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня комплексно застосовували фізичну терапію: кінезіотерапію (у вигляді загально-розвиваючих, дихальних вправ у ігровій формі, психогімнастику) та ерготерапію (вправи для розвитку дрібної моторики та самобслуговування). Натомість, дітям групи порівняння (ГП) застосовували

стандартний комплекс терапевтичних вправ, медикаментозну терапію та курс фізіотерапії.

За допомогою аналізу медичної документації, яку надали фахівці будинку-інтернату було отримано первинні нозологічні дані. Оцінка класифікації діагнозів здійснювалась за критеріями МКБ-10. Отже, більшість дітей 5 (72,9%), які були обстежені, мали діагноз F70.91 розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією; у 3 дітей було встановлено діагноз F70.92 розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена травмою або фізичним агентом (14%); у 2 дітей було встановлено діагноз F70.97 розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена недоношеністю (14%).

Беручи до уваги Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду, констатуємо, що розумова відсталість відноситься до V класу «Розлади психіки та поведінки». За даними МКБ-10 в розумову відсталість входять: F розумова відсталість, F70 легка розумов відсталість, F71 помірна розумова відсталість, F 72 важка розумова відсталість, F73 глибока розумова відсталість, F78 інша розумова відсталість, F79 неуточнена розумова відсталість, F7x.0 мінімальні поведінкові відхилення або їх відсутність, F7x.1 значні поведінкові відхилення, що потребують уваги або лікувальних заходів, F7x.8 інші поведінкові відхилення, F7x9 поведінкові відхилення не визначені [20].

Правильне визначення розумової відсталості дозволяє зрозуміти особливості аномального психічного розвитку та призначити ефективні корекційно-реабілітаційні засоби, інтегрувати дітей даної нозології у суспільство.

На основі вивченого матеріалу було розроблено програму фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня, яка спрямована на корекцію фізичного стану дітей, розвиток їх дрібної моторики та навичок самообслуговування.

Висновки до розділу 2

З метою вирішення завдань магістерської роботи було впроваджено такі методи дослідження: аналіз науково-теоретичної та методичної літератури; аналіз документальних даних; тестування для визначення рівня окремих показників стану моторики; педагогічні методи (педагогічне спостереження, педагогічний експеримент, бесіда); оцінювання ступеня порушення життєдіяльності за Міжнародною класифікацією функціонування; інструментальні методи дослідження, методи математичної статистики.

Варто зазначити, що застосування Міжнародної класифікації функціонування дозволяє описати вплив факторів середовища на розвиток дитини з розумовою відсталістю та необхідність їх врахування в процесі реабілітаційної роботи з дітьми даної нозології. Відтак, на розвиток дитини з розумовою відсталістю може здійснювати вплив середовище, забезпечуючи або функціонування або навпаки, обмежуючи її життєдіяльність.

Окремо слід наголосити на тому, діагностичні техніки мали на меті не тільки оцінку функцій та життєдіяльності, а й дієвим способом для налагодження контакту з дітьми з розумовою відсталістю, викликаючи у них схвальну реакцію та цікавість.

Проведення дослідження здійснювалося на базі Комунальної установи Сумської міської ради Білопільського будинку-інтернату та було проведено протягом чотирьох етапів. У дослідженні взяло участь 10 дітей шкільного віку.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ

3.1. Структура і зміст програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня

Перед складанням програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня нами було проаналізовано науково-методичну літературу з фізичної терапії, ерготерапії, кінезіотерапії. На основі вивченого матеріалу було розроблено програму фізичної терапії та ерготерапії. Фізична терапія та ерготерапія (дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня) впроваджувалися по такому алгоритму (рис. 3.1).

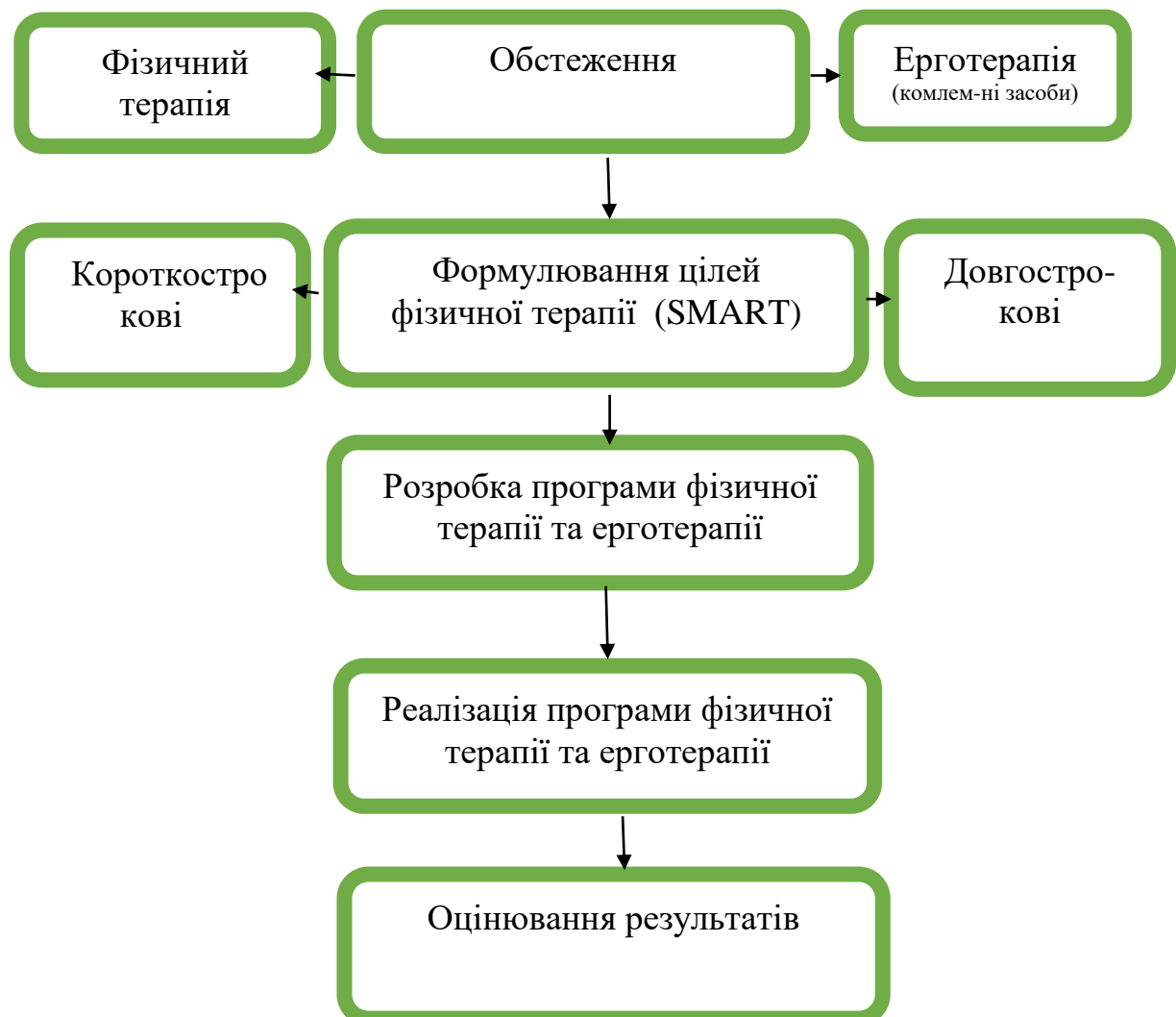


Рис. 3.1. Алгоритм фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня.

Алгоритм фізичної терапії та ерготерапії дітей даної нозології передбачав такі етапи: реабілітаційне обстеження та тестування дітей, оформлення SMART цілей фізичної терапії та ерготерапії (довгострокових і короткострокових); планування втручань, розробка та реалізація програми фізичної терапії та ерготерапії; оцінювання ефективності відповідно до результатів обстеження [16; 28].

Розроблена нами програма містила в собі засоби як фізичної терапії, так і ерготерапії. Для досягнення найбільш позитивного ефекту на фізичний стан, навички самообслуговування дітей з розумовою відсталістю дитини ми всі реабілітаційні засоби використовували в комплексному поєднанні. Серед засобів фізичної терапії було використано засоби кінезіотерапії: загально-розвиваючі, дихальні вправи в ігровому форматі, психогімнастику. Із засобів ерготерапії ми використовували заняттєві вправи для розвитку дрібної моторики, когнітивних функцій, сфери дозвілля (ігри, хоббі).

Серед видів діяльності: повсякденна діяльність (вправи для розвитку дрібної моторики); продуктивна діяльність (вправи для розвитку когнітивних функцій); дозвіллева діяльність (арт-терапевтичні ігри, хоббі). Основними видами вправ для розвитку дрібної моторики стали: пальчиковий театр, малювання, ліплення; вправ для розвитку когнітивних функцій: лялькотерапія, казкотерапія; сфера дозвілля передбачала ігри з образотворчими матеріалами, музикотерапію).

До основних завдань програми віднесемо: створення умов для правильного фізичного розвитку, створення позитивного впливу на психіку дитини з розумовою відсталістю, розвиток мотивації до діяльності, емоційно-вольової сфери, покращення загального тону організму дитини завдяки виконанню терапевтичних вправ.

Структура програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня представлена в таблиці 3.1.

Структура програми фізичної терапії та комплементарних засобів ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня

Таблиця 3.1

Засоби фізичної терапії	Комплементарні засоби ерготерапії
Терапевтичні вправи (загальнорозвивальні вправи, вправи на релаксацію)	Повсякденна діяльність (вправи для розвитку дрібної моторики)
Психогімнастика	Продуктивна діяльність (вправи для розвитку когнітивних функцій)
Дихальні вправи в ігровому форматі	Дозвілля (арт-терапевтичні ігри, хоббі)

Обстеження дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня проведено відповідно до стандартизованих методів обстеження серцево-судинної, дихальної, м'язової систем організму, окрім Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій, яку представлено на рівні розділів активність та участь за МКФ. Адже, щоденна діяльність дитини з розумовою відсталістю передбачає інтеграцію та поєднання рухових, когнітивних, соціальних навичок та вмінь. Відповідно, було здійснено аналіз та підбір втручання відповідно до адаптації підсистем, які обмежують діяльність; визначено короткострокові цілі та пов'язані з ними довгострокові цілі.

За показниками діагностичного тесту МоСА, було отримано дані про наявність тих чи інших когнітивних функцій у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня (зорово-конструктивні навички, пам'ять, увага, абстрактне

мислення). На основі цього вдалося підібрати стратегії втручання в процесі виконання різноманітних діяльностей.

Враховуючи легкий ступінь розумової відсталості (F70.91 розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки), заняття з дітьми проводились як в малогруповій, так і в груповій формах із залученням ігрового формату.

Така форма втручання дає можливість дитині з розумовою відсталістю бачити не тільки результати своїх дій, а й опановувати нові ролі, спостерігаючи як формуються взаємовідносини з навколишнім світом; розвивати навички прийняття рішень завдяки грі та спілкуванню.

Окрім терапевтичних вправ, ми проводили вправи для розвитку когнітивних функцій, що направлені на тренування пам'яті, уваги та мислення; багато часу відводили на проведення різноманітних дозвіллевих активностей, зокрема вправи з образотворчими матеріалами, музикотерапію (Додаток Д).

Під час організації занять з продуктивної діяльності ми слідкували за тим, щоб налаштувати дітей на вирішення тих чи інших завдань; активізувати взаємодію між учасниками групи; щоб діти мали мотивацію до активної спільної діяльності. Враховуючи той факт, що діти перебувають в умовах будинку-інтернату, такі заняття ми починали, як правило, в першій половині дня, коли діти ще не втомлені. Всі види активностей ми виконували в комплексному поєднанні з метою позитивного впливу як на фізичний стан дітей з розумовими відхиленнями, так і на розвиток когнітивних функцій, дрібної моторики.

Правильно організована сфера дозвілля стимулює когнітивні функції у дитини з розумовою відсталістю (сприйняття, абстрактне мислення, уяву, мислення, увагу), сприяє покращенню емоційно-вольової сфери, а саме: розвиває продуктивну активність, сприяє удосконаленню спілкування з однолітками, формує вміння співпереживати, вдосконалює моторно – рухову сферу [28].

Одна з особливостей застосування гри та хоббі з дітьми з розумовою відсталістю полягає в тому, що їм внаслідок порушень важко словесно описати свої переживання. Невербальна експресія з використанням різноманітних предметів ігрової діяльності, а також конструктивних і пластичних матеріалів для них є більш природньою.

Оскільки мислення дитини з розумовою відсталістю має певні особливості, то вона використовує гру в малюванні і маніпуляцію з різними матеріалами як своєрідний спосіб осмислення дійсності [3]. Дуже важлива дитяча фантазія, її природна схильність до ігор. Але ігри з образотворчими матеріалами є неможливими без кольору, який ми використовували по-різному – проводили заняття в «кольорових» кімнатах з ерготерапії в будинку-інтернаті (найчастіше проводили заняття з дозвілля в кімнаті зеленого кольору, який вважається кольором спокою та гармонії та позитивно впливає на нервову систему. Разом з дітьми з розумовою відсталістю ми експериментували з кольором, діти «розфарбовували» себе вигаданим пензликом, прикладали різноманітні кольорові тканини до тіла (шовкова, лянна, фетрова, бархатна тканини).

Для розвитку дрібної моторики, ми проводили малювання за допомогою клубка. В першу чергу, ми використовували дану методику з дітьми, які не хотіли йти на контакт та відмовлялися грати та малювати: цей вид малювання не викликав такого страху, як звичайне малювання. Окрім розвитку дрібної моторики пальців рук, дана методика розвиває когнітивні здібності. Дитина з розумовою відсталістю, спостерігаючи за розмотуванням клубка, дитина «малює його ниткою» [4; 21].

Ліплення з дітьми застосовувалося у вигляді створення глиняних композицій через техніку художньої експресії, яка сполучає в собі елементи роботи з глиною. Робота з глиною передбачає діагностику ранніх, прихованих психічних процесів, використання якої базується на клінічних спостереженнях, завдяки яким можна її розглядати як аспект дозвіллевої діяльності також. Окрім того, композиції з глиною сприяють самовираженню,

концентрації уваги, розвитку комунікації, тобто розвитку когнітивних функцій дитини з легкою розумовою відсталістю.

Також, ліплячи різноманітні фігурки відповідно до тематики заняття дитина може виразити всі свої переживання. Навіть ті діти, які мали деякі опасіння щодо роботи з глиною через те, що раніше нею не користувалися та бачили вперше, залюбки із цікавістю приступали до заняттєвої діяльності. Зокрема, ліплення використовується й для зменшення проявів тривоги, агресії, вираження своїх страхів, фантазій і переживань, для налагодження контакту з дитиною [5].

Техніка «Гра з малюнком», яку ми застосовували в програмі фізичної терапії та ерготерапії сполучає різні аспекти ігрової і заняттєвої терапії, використовуючи у роботі з дітьми, які мали труднощі із спілкуванням. Дитина виражає в малюнку свій внутрішній світ, а потім за допомогою ерготерапевта в ігровій манері вирішуються інші завдання з продуктивної та дозвіллевої діяльності. Слід зазначити, що малювання, яке ми проводили з дітьми було нетравматичним, а навпаки мало корекційно-розвивальний характер. Сутність методики полягала в тому, що аркуш був розділений на дві частини: назва однієї з половин «погане», а іншої «добре», дитині потрібно було глянути на ситуацію в цілому і по можливості більш-менш врівноважити обидві сторони [13].

В результаті в процесі впровадження даної методики виникала відносно адекватна система оцінок на відміну від тієї, яка базувалась тільки на негативних сторонах ситуації, яка дозволила встановити контакт з дітьми даної нозології, оцінити і обговорити її коло проблем в межах роботи міждисциплінарної команди, зокрема здійснити оцінку результатів ерготерапевтичного процесу.

Малювання пальцями, яке ми проводили під час впровадження, викликало особливу цікавість для дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня. Адже, діти мали змогу ознайомляться з образотворчими матеріалами (різними видами фарб, пензликів, фломастерів, олівців), їх

властивостями. Під час такого виду малювання ми привчали дітей до охайності, концентрації уваги, правилам поведінки [11].

Малювання долонею ми використовували з дітьми з легкою розумовою відсталістю у такій формі: всю долоню занурювали у фарби різних кольорів, роблять відбитки руки на папері, а потім пропонували їм домальовувати різні деталі, що сприяло розвитку дрібної моторики пальців рук, уяву, самостійного створення різних малюнків. Окрім цього, малювання допомагало дітям з розумовою відсталістю легкого ступеня навичкам вчитися адекватно сприймати зауваження, рекомендації та правильно висловлювати емоції відповідно до ситуації; сприяло зняттю напруги [12].

Також, для розвитку дрібної моторики пальців рук ми використовували техніки із використанням пластиліну, сірників, мозаїки, трафаретів, природніх матеріалів тощо («Колодязь», «Мозаїка», «Веселі картинки»). З сірників і паличок ми пропонували дітям викладати фігури і предмети на площині, робити фігури об'ємних форм. Для цього палички можна з'єднувати пластиліном або ліпити із пластиліну палички. Дані види заняттєвої діяльності сприяють розвитку уваги, фантазії, виховують інші когнітивні функції.

Під час проведення вправ із сірниками, дитині необхідно було виняти з сірникової коробки по одному сірнику та спочатку скласти з них «колодязь»: працюють лише кисті рук, великий, вказівний та середній пальці, далі потрібно було розібрати цей «колодязь», беручи по одному сірнику. Трафарети, зроблені з щільного картону ми використовували з зображенням фігурок різної форми: трафарети геометричних фігур: коло, квадрат, трикутник; трафарети овочів та фруктів; ягід, грибів, квітів тощо.

Діти з легкою розумовою відсталістю складали за допомогою трафаретів геометричних фігур ракети, ялинки, будиночки, башню, трактори, потяги; окремо апробували трафарети овочів, фруктів, ягід в процесі ігор, виконуючи ерготерапевтичні завдання різної складності. Природнім матеріалом для занять із заняттєвої діяльності для дітей стали: глина, пісок,

мушлі, мох, камінці, шишки, жолуді, горіхи, листкі та квіти рослин (гербарій).

Враховуючи навантаження під час проведення вправ для розвитку дрібної моторики пальців рук для дітей, ми проводили вправи для зняття втоми з п'ястей рук: дитина з мішечком солі на голові та з розведеними пальцями лежать на рівній горизонтальній поверхні стукають по опорі пальцями спочатку однієї, потім іншої руки, потім обома рук одночасно. Інша вправа полягала в тому, що дитина в тому самому вихідному положенні тримає руки перед собою із злегка зігнутими в ліктьовому суглобі торкається великим пальцем по чергово то вказівного, то середнього, то безіменного пальця й мізинця.

Ще однією вправою, яку ми проводили з дітьми в процесі впровадження програми стала така: пальці рук дитини переплетені між собою, долоні разом одна до одної; не змінюючи положення пальців, необхідно згинати та розгинати п'ясті рук у зап'ястках, розводячи долоні в різні боки. Дуже часто була проведена вправа, коли дитина сиділа утримуючи на голові мішечок із сіллю, їй було необхідно витягнуті руки вперед та не розплітаючи пальців, потрібно було вивертати долоні назовні та повертати назад. Всі вправи діти з легкою розумовою відсталістю повторювали в середньому 8-10 разів.

Під час проведення практичної частини програми фізичної терапії та ерготерапії ми дотримувалися наступних рекомендацій [8; 24]:

- індивідуальний підхід;
- прийняття дитини такою, якою вона є;
- атмосфера доброзичливості, щоб дитина почувала себе вільно;
- повага до вибору дитини;
- уникнення будь-якого впливу на дії дитини;
- мінімальні обмеження на дозвілєву діяльність дитини.

Для розвитку дрібної моторики рук ми використовували пальчикові

вправи (пальчиковий театр). Для проведення пальчикового театру було створено власноруч разом з дітьми фігурки казкових персонажів з картонного паперу, різні міні-декорації, які були необхідними для проведення пальчикових ігор та вистав. Фігурки та декорації ми виготовляли разом з дітьми безклеєвим способом (деталі фігурок з'єднували за допомогою язичків та прорізів на них). Деякі діти з легкою розумовою відсталістю вигадували персонажів пальчикових ляльок самостійно.

Також для пальчикового лялькового театру ми застосовували пальчикові ляльки, які було виготовлено з яєчної скорлупи, жолудів, кришечок від тюбиків, на яких ми малювали різний вираз обличчя, різні персонажі. Окрім ігор з пальчиковими ляльками ми застосовували їх для різних інсценувань з дітьми з розумовою відсталістю, для доповнення до зображень казок.

В програмі фізичної терапії та ерготерапії з дітьми з легкою розумовою відсталістю ми керувалися наступними положеннями [9]:

- пальчикові ляльки ляльки удосконалюють дрібну моторику рук і координацію рухів у дітей;
- пальчикові ляльки сприяють розвитку відповідальності та самостійності дітей;
- через діяльність з пальчиковими ляльками у дітей проявляються різноманітні емоції;
- пальчикові ляльки розвивають довільну увагу дитини;
- пальчикові ляльки сприяють розвитку комунікативних навичок.

Таким чином, пальчикові вправи допомагають формувати тонкі рухи пальців рук, готувати руку до письма, розвивати зорову та слухову увагу. Пальчикові вистави сприяють розвитку творчих здібностей дітей, навчає бути артистичними, допомагають розвивати мовлення. Деякі діти можуть і самостійно придумати пальчикові фігури (Додаток Б).

Під час впровадження програми фізичної терапії та ерготерапії ми проводили з дітьми з розумовою відсталістю театр «ручних тіней». Сценою для нього стала біла стіна, яку ми підсвічували лампою або свічкою. Методика проведення театру тіней полягала в тому, що за допомогою рук ми разом з дітьми створювали різні образи тварин (собаки, kota, корови, птаха, змії, зайчика), людей тощо.

Після того, як діти засвоїли показ образів, ми показували елементи казок за новоствореним сюжетом. Зважаючи на денний режим занять, ми в переважній більшості застосовували показ пальчикових вистав, який нагадує тіньовий театр, але тут просто створюють образи для пальчикових ляльок, показуючи такі вистави без лампи або свічки [2; 13].

Серед варіантів показу вистав ми проводили наступні: кожна дитина показує окремий персонаж протягом усієї вистави, доповнюючи персонаж такими деталями як дзьоб для пташки, очі для kota; деяка частина дітей показують виставу, коли одна дитина змінює образи, виконуючи декілька ролей (у ролі птаха одна дитина двома долонями імітує крила, а друга – однією рукою показує його шию). Отже, під час таких пальчикових вистав декілька дітей можуть показувати як один так і декілька образів. Такі вистави привчають дітей з легкою розумовою відсталістю розподіляти ролі, узгоджувати свої дії з діями інших. Різноманітні пальчикові вправи ми проводили з дітьми протягом дня на початку або в середині заняття з дозвіллевої діяльності.

Перед тим як почати грати з дитиною в пальчиковий театр, ми читали їм казку (нами були використані 3 казки: «Котигорошко», «Рукавичка»), встановлювали декорації на сцені, використовуючи обкладинку книжки, підбирали фігурки дійових осіб, потім пояснювали та наочно показували, що як їм потрібно програвати свої ролі із пальчиковими ляльками.

Спочатку ми програвали перед дітьми епізод казки, щоб вони бачили, як саме необхідно пересувати фігурки персонажів. Потім ми пропонували дитині взяти певну пальчикову ляльку, що була у казці та спробувати зіграти

виставу разом з нею самостійно. Таким чином, пальчиковий театр сприяє розвитку образного та творчого мислення, мовлення, дрібної моторики рук, уваги, пам'яті, навичок спілкування та конструювання з паперу [12].

На заняттях з ерготерапії, під час проведення терапевтичних вправ з дітьми ми також використовували рецептивну музичну терапію, тобто вони були пасивними слухачами різноманітної музики, яка застосовувалась для нормалізації їх психоемоційного стану, регуляції вегетативних процесів, релаксаційного впливу (седативний вплив) [29].

Адже, музика в образно-звуковій формі відображає й узагальнює досвід емоційного ставлення дитини з розумовою відсталістю до навколишньої дійсності, що її оточує, та ефективним засобом емоційного впливу, невербальної комунікації, пізнання світу. Відповідно, шляхом використання пасивної музикотерапії діти даної нозології найкраще реалізувати притаманну їй потребу в сфері дозвілля [1].

Діти з розумовою відсталістю легкого ступеня мають певні труднощі в сприйманні, розумінні, виконанні загальних завдань під час проведення терапевтичних вправ. Вони дуже важко уявляють частини тіла, рухи, і часто не можуть уявити рух за мовним його описом, тривалий час засвоюють та швидко забувають матеріал [25].

Загально-розвиваючі та дихальні вправи створювали емоційну рівновагу в групі: заспокоювали, організовували дітей, полегшували перехід від одного виду діяльності до іншого. Коли діти відчували таку атмосферу, то починали будувати свою поведінку відповідно до правил, виконували загальні для всієї групи рекомендації [6].

Враховуючи те, що діти з розумовою відсталістю мають порушення з боку серцево-судинної системи (спостерігається слабкість міокарду, серцева аритмія), дихальної систем. У дітей з розумовою відсталістю спостерігається поверхневе, неритмічне дихання, є незадовільними показники ЖЕЛ; невелике м'язове напруження спричинює збільшення ЧД, тому дітям даної нозології потрібен тривалий час для його відновлення. У них буває часта

затримка дихання викликає у дітей недостатнє насичення крові киснем; у підсумку вони не вмiють керувати актом дихання та правильно сполучати його з рухами.

Для таких дітей характерні також різноманітні порушення дрібної моторики, при складних рухах та завданнях виникає так звані мимовільні рухи, може бути патологічна прояви щодо змін у тонусі в різних м'язових групах, які відповідно порушують або ускладнюють точність рухових актів. Спостерігаються також відхилення у фізичному розвитку: у вагі, зрості, значне ослаблення м'язів [17].

Структура заняття з кінезіотерапії складається з вступної, основної та заключної частини. Вступна (підготовча) частина передбачає підготовку рухового апарату дитини до навантаження, дихальної та серцево-судинної систем до терапевтичних вправ основної частини. Відтак, підготовча частина складається з комплексу загально-розвивальних вправ та відповідає тривалості дл 10-15 хвилин. Основна частина передбачала застосування психогімнастики та була за тривалістю 20-25 хвилин. В заключній частині ми проводили з дітьми з розумовою відсталістю дихальні вправи, вправи на релаксацію, застосовували ігровий форм проведення терапевтичних вправ. Отже, заключна частина, тривала в сукупності до 3-5 хвилин.

Всі терапевтичні вправи для дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня повинні обов'язково мати елементи гри і виконуватися в доступній для дитини формі та доступному темпі. Ми також використовували зорове підкріплення (засоби наочності) для ефективного засвоєння рухів, музичний супровід: пасивна музикотерапія (Додаток Г) [1].

Окремо хотілося б зупинитися на методиці проведення дихальних вправ з дітьми даної нозологічної групи. Їх першочерговою задачею є «розуміння правильного дихання». З цією метою, діти на початковому етапі повторювали такі вправи за фізичним терапевтом, потім їх виконували під рахунок та за допомогою хлопків. Окрім цього, ми навчали дітей правильно виконувати вдих і видих за певною інструкцією стоячи на місці. Поступово в

індивідуальному порядку навчали дитину виконувати дихальні вправи під час ходьби. Поступово включали до комбнації таких вправ елементи звукової гімнастики у різних вихідних положеннях: стоячи на місці, під час ходьби на місці, ходьби по колу тощо (Додаток В) [6; 54].

При проведенні дихальних вправ з дітьми даної нозології ми дотримувалися наступних методичних рекомендацій: виконувати всі фази дихання: вдих носом – пауза, активний видих через рот – пауза. Усі дихальні вправи потрібно починати з видиху. Дихання має бути спокійним, безшумним, плавним. Таке дихання називають реберно-діафрагматичним. Дихальні вправи виконуються протягом трьох-п'яти хвилин.

Під час виконання таких вправ діти мають перебувати в спокійному стані, не напружуватись. Заняття слід проводити в провітреному залі. Не рекомендується працювати над вправами після прийняття їжі. Для отримання позитивного результату дихальні вправи проводяться щодня, із поступовим збільшенням рахунку для вдиху і видиху.

Під час виконання дітьми загально-розвивальних вправ ми слідкували за їх поставою, що важливим як для здорових дітей, так і для дітей даної нозологічної групи. Отже, для формуванні правильної постави діти виконували такі рекомендації: тримати голову прямо так, щоб лоб і підборіддя повинні знаходитися в одній площині, кінчики вušних раковин на одному рівні; щоб грудна клітка виступала вперед, живіт був злегка «підтягнутим», нижні кінцівки є дещо розігнуті в колінних та тазостегнових суглобах; стопи повинні бути паралельними [22; 41].

В межах програми фізичної терапії та ерготерапії ми слідкували, щоб у дитини при підніманні рук догори не була нахилена голова, передпліччя не були напруженими, якщо дитина виконувала махові рухи руками «таз не висувався» вперед. Серед загальнорозвивальних вправ для дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня можна виділити наступні: нахили вперед, в сторони, назад; повороти та колові оберти тулуба (діти гарно випрямляються перед нахилом), які забезпечують покращення гнучкості та рухливості

хребта. Також серед загально-розвиваючих вправ нами приділялося багато уваги «лазінню» та «перелазінню», які сприяють розвантажуванню та витяжінню хребта дітей даної нозології (Додаток А).

З метою покращення рухової активності ми включили окремим блоком до програми фізичної терапії та ерготерапії з дітьми з легкою розумовою відсталістю вправи з психогімнастики. Психогімнастика сприяє зміцненню психіки дитини, розвитку когнітивних функцій, зокрема мисленню; емоційно-вольової сфери, ефективно знімає можливі прояви невротичних реакцій в окремих випадках, нейтралізує страхи та надмірні емоційні переживання.

Отже, психогімнастика, яка передбачає правильне дозування, індивідуальний підходом, спеціальні заняття (вправ, ігор) впливає не тільки на розвиток когнітивних функцій дитини, а й в комплексному застосуванні з дихальними та загально-розвиваючими вправами має ефективний вплив на інші системи її організму [24; 27].

Психогімнастику ми застосовували з дітьми з легкою розумовою відсталістю, використовуючи чотири фази щодо проведення занять: під час першої фази заняття ми навчали дітей елементам виразних рухів; в процесі другої та третьої фази ми проводили навчання щодо виразних рухів по різних емоціям та вищим почуттям (радість, смуток, жалість, гнів тощо); на стадії четвертої фази ми навчали дітей навичок та вмінь щодо саморозслабленні.

Адже, психогімнастика дає змогу дітям з розумовою відсталістю легкого ступеня вивчати різні емоції; опановувати навички керування ними в різних життєвих ситуаціях в межах своїх обмежень; навчатися елементарним технікам виразних рухів та навичками релаксації. Застосування психогімнастики також передбачає використання ритмічних вправ, різні види марширування із зміною темпів, елементи аутогенного тренування [18].

У своїй програмі фізичної терапії та ерготерапії ми базувалися положеннями досліджень науковців що, організація рухів за допомогою музичного ритму розвиває в дітей увагу, пам'ять, врівноваженість, знімає

психоемоційне напруження в групі, виховує навички групової поведінки, сприяє інтеграції дитину з легкою розумовою відсталістю у суспільство.

На думку вченого, під час рухової активності завдяки ритмічним рефлексам відбувається пристосування організму дитини до певних подразників, а саме слухових, зорових (В.М. Бехтерев). Психогімнастика показана в першу чергу дітям з розумовою відсталістю із підвищеним нервовим збудженням [19; 26].

Під час проведення з дітьми психогімнастики вдалося підпорядкувати заняттєву діяльність з ними відповідно до встановлених правил, дисциплінувати та організувати їх. Залучення вправ з психогімнастики сприяло позитивному впливу на психічний та фізичний розвиток дітей, викликало емоційне врівноваження та стабілізувало їх настрій.

В програмі фізичної терапії та ерготерапії ми керувалися наступними завданнями психогімнастики [27]:

- скорочення дистанції між дітьми;
- зменшення напруги між дітьми;
- зняття страхів, агресії, тривожності;
- розвиток когнітивних функцій;
- розвиток чутливості до рухової активності;
- розвиток можливостей виражати емоційні стани;
- розвиток навичок розуміти невербальну поведінку інших дітей.

Казкотерапію, яку було включено до складу програми фізичної терапії та ерготерапії включає в себе такі прийоми та форми роботи, які дозволяють розвивати мислення дитини, уяву, увагу та пам'ять, сприймання та координацію рухів, позитивну комунікацію та адекватну самооцінку [2].

Під час проведення дозвілля з дітьми з легкою розумовою відсталістю ми використовували такі прийоми казкотерапії: аналіз, розповідь, казкові вистави за допомогою ляльок. На підготовчому етапі ми обговорювали казкову ситуацію, поведінку героїв.

Адже, розповідь за сюжетом казки є ефективним прийомом для розвитку фантазії, уявлень, емоційної сфери дитини з легкою розумовою відсталістю. Ми пропонували дитині по бажанню розповісти ту чи іншу відому їй казку від першої чи третьої особи [4; 9].

Окремою формою дозвілля з дітьми було постановка казкових вистав за допомогою ляльок в будинку-інтернаті. Діти з легкою розумовою відсталістю, працюючи з лялькою, навчалися соціальної взаємодії, розуміння того, що кожна їх дія одразу відображається на поведінці ляльки, що є необхідним для самостійної корекції поведінку, контролю емоцій через ляльку. Відтак, такі ігри з лялькою під час роботи над казковими виставами сприяли прояву таких емоцій, які дитина не може через певні обмеження проявляти в умовах перебування в будинку-інтернаті [2; 11].

Також, ми включили до програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з легкою розумовою відсталістю в якості допоміжного засобу музикотерапію з метою стимуляції когнітивних функцій, психічного розвитку, підвищення заняттєвої активності, набуття нових форм емоційної експресії, полегшення засвоєння позитивних установок, регулювання психовегетативних процесів, корекції темпу діяльності. Серед музичних композицій, які було обрано заспокійливі музичні твори: «До радості» (Бетховен), «Аве Марія» (Шуберт), «Баркарола» (Чайковський), «Пастораль» (Бізе), «Соната До-мажор» (Леклен) тощо.

Пасивну музикотерапію ми також поєднали з терапевтичними вправами (загальнорозвивальними, дихальними, вправами на релаксацію, психогімнастикою). Завдяки музичному супроводу діти мали змогу з користю провести вільний час, пограти в ігри, позайматися малюванням або ліпленням. Музика, як допоміжний засіб в психогімнастиці, використовувалася для врівноваження діяльності нервової системи дитини, врегулювання неправильних та зайвих рухів (Додаток Є) [1; 13].

3.2. Результати експериментального дослідження

Беручи до уваги результати експериментального дослідження, у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня основної групи (ОГ) покращилися показники функціонування на рівні структури і функції, участі та діяльності, порівняно з дітьми групи порівняння (ГП).

Ступінь порушення життєдіяльності за МКФ було оцінено за доменом «Активність і участь», а саме Активність і участь / Міжособистісні взаємодії і відносини / Загальні міжособистісні взаємодії / Складні міжособистісні взаємодії: формування відносин – d7200.4 (відсутність бажання початку і підтримання взаємодії з іншими людьми на короткий або тривалий період часу); регуляція поведінки під час взаємодій – d7202.4 (відсутність регулювання емоцій і поривів, фізичної агресивності у взаємодіях з іншими людьми); взаємодія відповідно до соціальних норм – d7203.4 (відсутність належної поведінки у взаємодіях з людьми, що не відповідають соціальним нормам); дотримання дистанції – d7204.4 (дотримання між собою і людьми дистанції).

Також, було з'ясовано, що рівень розвитку дрібної моторики дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня відстає за всіма параметрами по кожному напрямку тестів, які застосовувалися фахівцями будинку-інтернату.

Загальним для всіх дітей є незадовільна скоординованість, нечіткість і неритмічність рухів, уповільнений темп виконання завдань, надмірна недоречна напруженість м'язів рук і збільшення кількості помилок наприкінці роботи.

Таблиця 3.1

Рівні розвитку показників дрібної моторики в дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня на констатувальному етапі експерименту

Досліджувані показники Рівні	I рівень (високий)	II рівень (середній)	III рівень (достатній)	IV рівень (низький)
Дрібна моторика	–	–	53%	47%

Як можна побачити з таблиці рівнів розвитку дрібної моторики у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня є повністю відсутніми високий та середній рівень розвитку дрібної моторики. Натомість, спостерігається у більшій мірі наявність показників достатнього рівня (53%); показників низького рівня 47%.

Завдяки Монреальській шкалі оцінки когнітивних функцій (MoCA) було визначено основні порушення дітей з розумовою відсталістю, які представлені в таблиці 3.2

Таблиця 3.2

Результати MoCA

Секції дослідження	Норма	Учасники									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MoCA											
Створення послідовності, що чергується	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Зоровоконструктивні навички (куб)	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Зоровоконструктивні навички (годинник)	3	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1
Найменування	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2
Пам'ять	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Увага	6	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Повторення речень	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1

Словесна вільність	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
Абстракція	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Відкладене пригадування	5	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Орієнтація	6	6	6	5	5	6	6	6	6	5	5

Аналіз результатів комплексу соматоскопічних, антропометричних та фізіометричних обстежень також дозволив нам виявити певні особливості цих показників у обстеженого контингенту дітей у порівнянні з віковими нормами (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Характеристика фізіометричних, антропометричних та соматоскопічних показників дітей з легким ступенем розумової відсталості до впровадження програми фізичної терапії та ерготерапії

Показники	Діти з РВ (n = 20)
Знижена маси тіла	45
Підвищена ЧСС	80
Поверхнєве часте дихання	90
Знижена ЖЄЛ	90
Зменшена сила кисті	90

З таблиці видно, що в домінуючій більшості дітей (у 90%) спостерігається функціональна недостатність респіраторної системи: поверхнєве часте дихання, зниження ЖЄЛ. У 90% дітей спостерігався нижчий за вікові норми показник кистьової динамометрії, у 80% були вищі показники ЧСС; у 45% дітей був дисгармонійний фізичний розвиток з недостатністю ваги тіла.

Отже, констатує дослідження підтвердило припущення про наявність у переважної більшості дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня дизгармонійного фізичного розвитку, функціональної недостатності

респіраторної системи, зменшення сили м'язів, недостатнього розвитку когнітивних функцій та дрібної моторики пальців рук.

Керуючись даними науково-методичної літератури, результатами спостережень та результатами попереднього дослідження стану дітей з легким ступенем розумової відсталості нами було розроблено програми фізичної терапії та ерготерапії означеної категорії дітей.

Як уже зазначалось раніше, перед впровадженням програми всіх обстежених дітей відносно рівномірно було розподілено на 2 групи – основну (ОГ) 10 осіб та групу порівняння (ГП) – також 10 осіб. За розробленою нами програмою займались діти ОГ.

Протягом 6-ти місяців застосування програми фізичної терапії та ерготерапії ми активно проводили спостереження за дітьми як з ОГ, так і з ГП. Після завершення курсу фізичної терапії та ерготерапії нами спостерігались певні зміни щодо досліджуваних показників дітей обох обстежуваних груп.

Після впровадження практичної частини програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня було проведене порівняння їх досліджуваних показників до експерименту і після нього. Метою забезпечення об'єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту стало застосування спеціальних методик, які підтвердили позитивну динаміку більшості показників у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня основної групи дослідження.

Враховуючи результати дослідження, можна підсумувати, що після впровадження експериментальної програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня покращилися рівні сформованості їх дрібної моторики (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Характеристика рівнів сформованості дрібної моторики в дітей з
розумовою відсталістю легкого ступеня

Етап дослідження	I рівень	II рівень	III рівень	IV рівень
До втручання	-	-	53%	47%
Після втручання	-	29%	62%	11%

Завдяки ерготерапевтичному втручанню зменшено прояви напруженості під час здійснення рухів пальцями кистей, нечіткості під час виконання завдань, що є вкрай важливим для продуктивної діяльності дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня. Якісні та кількісні зміни дозволяють підсумувати, що розроблена та впроваджена експериментальна програма фізичної терапії та ерготерапії дозволила покращити рівень розвитку дрібної моторики пальців і кистей рук дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня. Свідченням цього є покращення показників дрібної моторики середнього (II рівня) склав – 29%; достатнього (III рівня) – з 53% до 62%; зменшення показників низького (IV рівня) – з 47% до 11%.

Даних результатів вдалося досягти завдяки наповненню експериментальної програми фізичної терапії та ерготерапії вправами для розвитку дрібної моторики (малювання, ліплення, пальчиковий театр).

Розглянемо результати дослідження, які показали, що експериментальна програма фізичної терапії та ерготерапії з дітьми з розумовою відсталістю легкого ступеня позитивно вплинула на показники рівня сформованості когнітивних функцій (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Характеристика показників рівня сформованості когнітивних функцій у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня за тестом МоСА

Секції дослідження	Ста н	Результати сформованості когнітивних функцій у дітей (у балах)									
		До (перша цифра)						Після (друга цифра)			
МоСА	Нор ма	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Учасники	-										
Створення послідовності	1	1/2	1/2	0/1	1/2	1/2	0/1	1/2	1/2	0/1	1/2
Зоровоконструктивні навички (куб)	1	1/2	0/1	0/1	1/2	0/1	0/1	1/2	0/1	0/1	1/2
Зоровоконструктивні навички (годинник)	3	2/3	2/3	2/3	1/2	2/3	2/3	2/3	2/3	2/3	2/3
Найменування	3	3/3	3/3	3/3	2/3	2/3	3/3	3/3	3/3	2/3	2/3
Пам'ять	3	0	1/1	0	1/1	0	1/1	0	1/1	0	1/1
Увага	6	3/4	3/4	3/4	3/4	3/4	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2
Повторення речень	2	1/2	1/2	0/1	1/2	1/2	0/1	1/2	1/2	0/1	1/2
Словесна вільність	1	0/0	0/0	0/0	1/1	0/0	0/0	0/0	1/1	1/1	0/0
Абстракція	2	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1
Відкладене пригадування	5	1/2	3/5	2/3	1/2	3/5	2/3	1/2	3/5	2/3	1/2
Орієнтація	6	6/6	6/6	5/6	5/6	6/6	6/6	6/6	6/6	5/6	5/6
Загальна кількість балів	-	18/ 25	19/ 27	15/ 23	17/ 26	18/ 26	15/ 22	16/ 23	18/ 26	13/ 22	16/ 24

Відповідно до результатів таблиці 3.3. у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня (учасники 1-5) змінилися зоровоконструктивні навички, малювання годинника, зокрема малювання стрілок і правильного їх розташування з 2 балів до 3 балів. Увага з 6 максимальних балів була до початку втручання 3 бали, а після впровадження програми фізичної терапії та ерготерапії збільшилась до 4 балів. Слід констатувати, що покращилося

повторення речень з 1 балу до 2 балів майже у всіх учасників, абстрактне мислення з 0 балів до 1 балу у всіх учасників; відкладене пригадування: деякі діти змогли пригадати 3 слова з 5 слів. Середній балів відповідно до тесту МоСА до початку втручання 17, натомість після становила уже 24 бали. У дітей (учасники 6-10) до експериментальної частини загальний бал був 16 балів, після впровадження програми фізичної терапії та ерготерапії 23 бали: зміни спостерігались в покращенні уваги від 1 балу до 2 балів; повторенні речень від 1 до 2 балів, абстрактного мислення від 0 балів до 1 балу, відкладене пригадування з 3 балів до 4 балів; зоровокогнітивні навички (малювання годинника, зокрема малювання стрілок і правильного їх розташування) з 2 балів до 3 балів.

Аналізуючи дані антропометричного обстеження дітей з розумовою відсталістю після впровадження експериментальної програми фізичної терапії та ерготерапії ми відзначили, що за такий короткий термін не відбулось істотних змін масо-зростових параметрів. Цих змін не було виявлено в обох обстежуваних групах. Тому надалі увагу було зосереджено на аналізі динаміки фізіометричних та стоматоскопічних показників, яка серед дітей ОГ виявилась більш помітною (табл. 3.6)

Таблиця 3.6

Динаміка фізіометричних та стоматоскопічних показників дітей з легким ступенем розумової відсталості протягом експерименту

Показники	ОГ (n = 10)		ГП (n = 10)	
	До	Після	До	Після
ЧСС (уд/хв.)	95,6	91,6	95,5	96,5
ЧД (за хв.)	26,1	24,1	25,2	25,3
ЖЄЛ (мл)	1190,5	1310,1	1210,2	1220,4
Кистьова динамометрія (кг)	12,4	13,4	12,3	12,6

Дані таблиці 3.4 свідчать, що в ОГ відбулось зменшення ЧСС на 4 удари за хвилину, ЧД на 2 дихальні цикли за хвилину. Показник ЖЄЛ зріс майже на 120 мл, кистьова динамометрія зросла на 1 кг. Натомість, в ГП за аналогічними показниками помітних змін не було зафіксовано.

Отже, результати проведеного дослідження свідчать про позитивний вплив на стан організму дітей з легким ступенем розумової відсталості з ОГ. Ці покращення стосуються покращення діяльності кардіореспіраторної системи та розвитку м'язів-згиначів кисті. Також необхідно зазначити, що погіршення стану дітей після впровадження експериментальної програми в жодному разі не спостерігалось.

Висновки до розділу 3

Відповідно до результатів дослідження, в основній групі на відміну від групи порівняння спостерігаються кращі результати. Після практичної апробації розробленої програми фізичної терапії та ерготерапії, фізіометричні показники у дітей основної групи є майже в межах вікової норми (ЧСС – 91, уд/хв.; ЧД – 24, цикл/хв.; ЖЄЛ – 1310,1 мл), відбулося покращення рівня розвитку дрібної моторики пальців і кистей рук, про що свідчить динаміка показників дрібної моторики: середнього (II рівня) склав – 29%; достатнього (III рівня) – з 53% до 62%; зменшення показників низького (IV рівня) – з 47% до 11%; покращилась динаміка показників рівня сформованості когнітивних функцій у дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня за тестом МоСА. Натомість ці ж показники дітей групи порівняння після лікування майже не змінились.

Отже, підсумкові результати експериментального дослідження довели ефективність розробленої програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня, про що свідчить більш позитивна динаміка показників, які було досліджено на рівні доменів функції, активність та участь у дітей ОГ порівняно з ГП. Таким чином, базуючись на

результатах дослідження можна зробити висновок, що розробленої програму фізичної терапії та ерготерапії для дітей з розумовою відсталістю можна застосовувати в умовах будинку-інтернату.

ВИСНОВКИ

1. Для розробки та практичної апробації програми фізичної терапії та ерготерапії дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня було розглянуто та проаналізовано науково-методичну та спеціальну літературу щодо проведення реабілітації, а саме фізичної терапії та ерготерапії серед дітей з порушенням інтелектуального розвитку. показники функціонування на рівні структури і функції, участі та діяльності. Було виявлено необхідність оцінки ступеня порушення життєдіяльності дітей даної нозології за МКФ за доменом «Активність і участь», а саме Активність і участь / Міжособистісні взаємодії і відносини / Загальні міжособистісні взаємодії / Складні міжособистісні взаємодії. Керуючись даними літературного аналізу та результатами власних досліджень ми дійшли висновку, що діти з розумовою відсталістю потребують як фізичної терапії, так і ерготерапевтичного втручання. Водночас, під час аналізу практичної діяльності та форм роботи з дітьми з інтелектуальними порушеннями в будинку-інтернаті ми дійшли висновку, що основну увагу при роботі з такими дітьми приділяють створенню умов для корекції психічного розвитку і лише частково використовують засоби для покращення фізичного розвитку; розвитку когнітивних функцій, дрібної моторики пальців рук, організації заняттєвої діяльності, сфери дозвілля (ігри, хоббі).

2. Відповідно, було розроблено програму фізичної терапії та ерготерапії, спрямовану на корекцію психічного та фізичного розвитку дітей з легким ступенем розумової відсталості. В межах розробленої програми ми застосовували засоби фізичної терапії: терапевтичні вправи (загальнорозвивальні вправи, вправи на релаксацію), психогімнастику, дихальні вправи в ігровому форматі; різноманітні засоби ерготерапії: вправи на розвиток дрібної моторики (малювання, ліплення, пальчиковий театр), вправи на розвиток когнітивних функцій; дозвіллева діяльність (ігри з образотворчими матеріалами, музикотерапія, казкотерапія). Враховуючи

особливості обстежуваних дітей ми застосовували ігровий формат проведення вправ, а засоби фізичної терапії та ерготерапії використовувались в комплексному поєднанні для досягнення найбільш позитивного ефекту щодо фізичного стану дитини, розвитку когнітивних функцій, дрібної моторики пальців рук тощо. Ерготерапія у поєднанні з засобами фізичної терапії використовувались для нормалізації фізичного розвитку, стимуляції пізнавальної та заняттєвої активності дитини; її сенсорного, рухового розвитку, організації сфери дозвілля, корекції когнітивних функцій.

3. Наприкінці дослідження отримано позитивні результати щодо стану дрібної моторики, когнітивних функцій, стану серцево-судинної, дихальної і м'язової систем дітей з легким ступенем розумової відсталості, а саме, динаміку щодо покращення скоординованості, чіткості і ритмічності рухів пальців рук; відновлення балансу між нервовими процесами збудження та гальмування; щодо покращення зоровоконструктивних навичок, уваги, абстракції тощо; щодо нормалізації серцевого ритму, дихання; збільшення сили м'язів. Проведене дослідження підтвердило ефективність розробленої нами програми фізичної терапії та ерготерапії для дітей з легкою розумовою відсталістю, що дозволяє рекомендувати її для впровадження в дитячих будинках-інтернатах, психоневрологічних відділеннях лікарень, реабілітаційних центрах, спеціалізованих закладах для дітей з легкою розумовою відсталістю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова-Турченко О.Г., Дробот Л.С. Музична психотерапія: посібник-хрестоматія К.: ІЗНМ; 1997. 296 с.
2. Большеева Т. В. Учимся по сказке. СПб.: Детство-Пресс; 2001. 200 с.
3. Бубнов М.И. Беседы о детской психиатрии: Книга для учителя. М.: Просвещение; 1998. 154 с.
4. Гончарова Л. С., Фесюкова Л. Б. Игры и упражнения. Бишкек: Мектен; 1991. 284 с.
5. Дмитриев А. А. Организация двигательной активности умственно отсталых детей. М.: Советский спорт; 1991. 297 с.
6. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура. М.: изд-во «Владос»; 2001. 236 с.
7. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей: Учеб. для студентов дефектом. фак. педвузов и ун-тов.- 2-е изд., перераб. М.: Просвещение: Владос; 1995. 312 с.
8. Забрамная С. Д. Ваш ребенок учится во вспомогательной школе: Рабочая книга родителей. М.: Педагогика; 1990. 256 с.
9. Каллиас М. Детская и подростковая психотерапия. СПб.: Питер; 2001. 321 с.
10. Коркина М. В., Лакосина М. Д., Личко А. Е. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина; 1995. 297 с.
11. Кэдьусон Х., Шефер Ч. Практикум по игровой психотерапии. СПб.: Питер; 2000. 184 с.
12. Кузнецов В. Н. (2007) Психіатрична допомога дітям України. Журнал практичного лікаря. 2007; 3:2-5.
13. Машин Л., Мадышева Е. Развивающие игры. Загадочные истории. М.: ООО «Издательство АСТ»; 2000. 194 с.
14. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ): електронний ресурс. URL: <https://www.who.int/classifications/icd-11>

//moz.gov.ua/uploads/2/11374-9898_dn20181221_2449.pdf (дата звернення: 01.09.2021)

15. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП) : електронний ресурс. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/5263-dn_20180523_981_dod_2.pdf (дата звернення: 01.09.2021)

16. МКФ для інклюзивної освіти: організація інклюзивного освітнього середовища: сайт. URL: <https://icfinedu.org/ua/browser> (дата звернення: 01.09.2021)

17. Мухін В. М. Фізична реабілітація. К.: Олімп. Література; 2000. 387 с.

18. Організація корекційно-розвиткової роботи в умовах інклюзивно-ресурсного центру: методичні рекомендації. авт.кол.: Т.В.Жук, Т.Д. Ілляшенко, Т.Д. Каменщук, А.Г. Обухівська, Г.В. Якимчук; заред. А.Г.Обухівської, Т.Д. Ілляшенко. Київ : Ніка-Центр; 2021. 296 с.

19. Осипова А. А. Общая психокоррекция: учеб. пособие для студентов вузов. М.: ТЦ Сфера; 2005. 196 с.

20. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>

21. Панфилова М.А. Игротерапия общения: коррекционные игры. М.: «Изд-во ГНОМ и Д»; 2001. 198 с.

22. Попов С.Н. Физическая реабилитация. Ростов н/Дону: изд-во «Феникс»; 2004. 394 с.

23. Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року №336-р. URL: <https://zacon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%Text> (дата звернення 01.09.2021)

24. Система роботи з психофізичного розвитку дитини. авт. упор. В. В. Єфремова, Тернопіль: Мандрівець; 2006. 119 с.

25. Стадненко Н. М. Диагностика отклонений в умственном развитии учащихся. К.: Освита; 1991. 211 с.
26. Український вісник психоневрології (2002). Науково-практичний медичний журнал. Том 10. 2002; 2 (31):157-158.
27. Чистякова М. Н. Психогимнастика. М.: Прос-ние: ВЛА-С; 1995. 160 с.
28. Эрготерапия: Электронное учебное пособие [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://manuals.sdc-eu.info>.
29. Ялом И. Групповая психотерапия. СПб.: Питер; 2000. 184с.
30. Balogh R, Bretherton K, Whibley S, et al. Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2001; 45:194.
31. Barbaresi WJ, Campbell L, Diekroger EA, et al. Society for Developmental and Behavioral Pediatrics Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Complex Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Dev Behav Pediatr*. 2020; 41 Suppl 2S:S35.
32. Bjorklund DF, Brown RD. Physical play and cognitive development: Integrating activity, cognition, and education. *Child Development*. 1998; 69(3):604-606
33. Bryson SE, Bradley EA, Thompson A, Wainwright A. Prevalence of autism among adolescents with intellectual disabilities. *Can J Psychiatry*. 2008; 53:449.
34. Grondhuis SN, Aman MG. Overweight and obesity in youth with developmental disabilities: a call to action. *J Intellect Disabil Res*. 2014; 58:787.
35. Diéguez-Pérez M, de Nova-García MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. *J Clin Exp Dent*. 2016; 8:e337.
36. Ekstein S, Glick B, Weill M, et al. Down syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Child Neurol*. 2011; 26:1290.
37. Emerson E, Robertson J. Obesity in young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Int J Pediatr Obes*. 2010; 5:320.

38. Haire AR, Flavill J, Groom WD, Dhandapani B. Unidentified undescended testes in teenage boys with severe learning disabilities. *Arch Dis Child*. 2015; 100:479.
39. Kaufman L, Ayub M, Vincent JB. The genetic basis of non-syndromic intellectual disability: a review. *J Neurodev Disor*. 2010; 2:182.
40. Maclean MJ, Sims S, Bower C, et al. Maltreatment Risk Among Children With Disabilities. *Pediatrics*. 2017; 3:26.
41. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, et al. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil*. 2011; 32:419.
42. Mikulovic J, Marcellini A, Compte R, et al. Prevalence of overweight in adolescents with intellectual deficiency. Differences in socio-educative context, physical activity and dietary habits. *Appetite*. 2011; 56:403.
43. Molloy CA, Murray DS, Kinsman A, et al. Differences in the clinical presentation of Trisomy 21 with and without autism. *J Intellect Disabil Res*. 2009; 53:143.
44. Moeschler JB, Shevell M. American Academy of Pediatrics Committee on Genetics. Clinical genetic evaluation of the child with mental retardation or developmental delays. *Pediatrics*. 2006; 117:2304.
45. Newcomb ET, Hagopian LP. Treatment of severe problem behaviour in children with autism spectrum disorder and intellectual disabilities. *Int Rev Psychiatry*. 2018; 30:96.
46. Oliver C, Licence L, Richards C. Self-injurious behaviour in people with intellectual disability and autism spectrum disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2017; 30:97.
47. Oulton K, Gibson F, Carr L, et al. Mapping staff perspectives towards the delivery of hospital care for children and young people with and without learning disabilities in England: a mixed methods national study. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18:203.

48. Phillips KL, Schieve LA, Visser S, et al. Prevalence and impact of unhealthy weight in a national sample of US adolescents with autism and other learning and behavioral disabilities. *Matern Child Health J.* 2014; 18:1964.
49. Roley SS, Barrows CJ, Susan Brownrigg OTR L, Sava DI, Vibeke Talley OTR L, Kristi Voelkerding B. Occupational therapy practice framework: Domain and process 2nd edition. *The American Journal of Occupational Therapy.* 2008; 62(6):625
50. Rice LJ, Emerson E, Gray KM, et al. Concurrence of the strengths and difficulties questionnaire and developmental behaviour checklist among children with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2018; 62:150.
51. Shevell M, Ashwal S, Donley D, et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology.* 2003; 60:367.
52. Siegel M, McGuire K, Veenstra-VanderWeele J, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents With Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020; 59:468.
53. Soylu N, Alpaslan AH, Ayaz M, et al. Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2013; 34:4334.
54. Stewart L, Van de Ven L, Katsarou V, et al. High prevalence of obesity in ambulatory children and adolescents with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2009; 53:882.
55. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics.* 2018; 2:141.
56. Weitzman C, Wegner L. Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, et al. Promoting optimal development: screening for behavioral and emotional problems. *Pediatrics.* 2015; 135:384.

57. Wise JC, Sevcik RA, Ronski M, Morris RD. The relationship between phonological processing skills and word and nonword identification performance in children with mild intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2010; 31:1170.
58. Wissink IB, van Vugt E, Moonen X, et al. Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): a narrative review. *Res Dev Disabil.* 2015; 36:20.
59. Zhou N, Wong HM, Wen YF, Mcgrath C. Oral health status of children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2017; 59:1019.

ДОДАТКИ

Додаток А

Загальнорозвивальні вправи для дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня

Вправи на підтягування

В.п. – стоячи. Руками намагатися дотягнутися до стелі (до зірок).

Вправи для м'язів шиї – нахили, повороти голови.

Вправа «Годинник».

В.п.- стоячи. Нахили голови вправо та вліво, почерзі.

Вправа «Вгору-вниз».

В.п. – стоячи. Підняти голову догори, подивитися на стелю (зірочки), опустити голову вниз, подивитися на підлогу (травку, квіточки).

Вправи в зміні положення тіла (нахили тулуба вперед забезпечують посилений приплив крові до голови).

Дихальна гімнастика: вправа «Лісоруб»

В.п. – стоячи, руки вгору разом. Нахил тулуба вперед з промовлянням звуку «Ф».

Вправа «Роздування вогню»

В.п. - стоячи, нахилившись вперед. Подути на вогник («Фу»).

Вправа «Ручки, ніжки втомилися»

Кожна вправа повторюється 4-5 разів. Тривалість заняття 25-30 хв.

Вправа «Зоопарк на прогулянці»

Діти рухаються під музику по колу як зайчата, лошата, чаплі, жаби, бабочки.

Додаток Б

**Вправи для розвитку дрібної моторики для дітей з розумовою
відсталістю легкого ступеня**

Квітка

1. Зімкнути долоні у форму бутона тюльпана.
2. Повільно розправляти напружені пальці.
3. Закінчити різким розкриттям пелюсток тюльпана і розслабити руки.

*Бджола*

1. Скласти напружені кисті рук разом зворотним боком.



2. Швидкими різкими рухами махати ними, як метелик крилами.

*Лелека*

1. Скласти кисті рук разом зворотним боком.



2. Повільними плавними рухами махати розслабленими руками, як птах крилами.



Продовження додатку Б

Шалаш

Пальці зімкнені в замок. Кінці пальців правої руки натискають на верхню частину тильної сторони долоні лівої руки, пригинаючи її так, як показано на малюнку, а пальці лівої встають.

*Вітерець*

1. Зігнути руки в ліктях перед собою. Кисті рук розслаблені.
2. Обмахуватися руками широкими рухами, як віялом.



Камінь, ножиці, папір

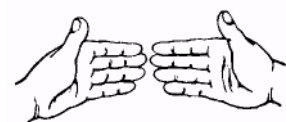
Стиснути пальці руки в кулак, залишивши вгорі отвір.

*Дзьобик*

Злегка зігнути в кулак пальці лівої руки, вказівний палець правої руки вставити в отвір.

*Фортеця*

З'єднати кінчики середніх пальців обох рук, великі пальці підняти вгору.



Папуга

Руки схрестити і підняти вгору. Широко розвести пальці.

Додаток В*Дихальні вправи для дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня**Вправи з імітацією*

- а) паровозу (видих зі звуками чу-чу-чу);
- б) вагону (зі звуками ш-ш-ш);
- в) літака (зі звуками у-у-у);
- г) жука (зі звуками ж-ж-ж);

Гра «У лісі»

Діти стали в коло обличчям один до одного

а) Вправа «Лісоруб»

В.п. – стоячи на місці

Вдих – руки вгору разом;

Вихих - нахил тулуба вперед з промовлянням звуку «Ф»;

Вправа «Роздування вогню»

Вдих – стоячи на місці;

Видих - нахилитися вперед, подути на вогник «Фу».

Вправа «Задуї свічку»

Дитина уявляє, що перед нею свічка.. Робить глибокий вдих і старається задути свічку, видихнувши повітря (глибокий вдих і видих). Повторюємо вправу 3 рази;

Вправа «Святкові кульки»

До свята потрібно підготувати повітряні кульки. Надуємо кулі. Робимо глибокий вдих через ніс і плавно видихаємо повітря через рот, надуваючи щоки;

Вправа «Зігріти руки»

Зробити глибокий вдих і видихнути на руки з промовлянням звуків “х-х-хо” При виконанні звукових вправ необхідно виконувати всі фази дихання: вдих носом – пауза, активний видих через рот – пауза.

Продовження додатку В

Динамічні дихальні вправи

Вправа «Як ми себе любимо»

В.п.- стоячи, руки опущені вниз

Вдих - руки в сторони;

Видих – обхватити себе руками;

Вправа «Бабка»

В.п. – стоячи, руки на плечах

Вдих – відведення плечей;

Видих – приведення до грудей;

Вправа «Посиденькі»

В.п. – сидячи на гімнастичній лавці

Вдих – сісти прямо, розправити грудну клітку;

Видих – нахилитися вперед, притиснувши коліна до грудей.

Кожну дихальну вправу ми виконуємо 3 рази в повільному темпі.

Вправа «Втома»

В.п. стоячи. Повільне потряхування кінцівками.

Вправа «Метелик»

В.п. – стоячи, руки на плечах.

1 - відведення, 2 - приведення, 3 - згинання, 4 - розгинання верхніх кінцівок.

Фізичний терапевт обов’язково спочатку сам показує ходу кожного звіряти, лише потім називає його.

Додаток Г

Загально-розвиваючі вправи для дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня

Ходьба під музику

- а) під гучне виконання мелодій діти ідуть, ступаючи на всю ступню, виконуючи махові рухи руками; під тихе виконання - на носочках, піднявши руки догори;
- б) під гучну музику рухаються по колу, тримаючи один одного за руки; під тиху музику – рухаються тихесенько, як «мишки»;

Стрибки під музику

Виконуємо вправу «Зоопарк на прогулянці». Діти рухаються по колу як зайчата, лошата, ведмежата, чаплі, жаби, лисички. Фізични терапевт спочатку показує ходу кожного звіряти, лише потім називає його. Для музичного супроводу були використані твори: «Ведмідь» В. Ребікова, «Лисиця» Ю. Слонова, «Пісня жайворонка» П. Чайковського

Вправи з прапорцем

- а) підняти руки вгору, помахати прапорцем;
- б) присідання з опусканням прапорця до підлоги, випрямлення з підняттям прапорця вгору;
- в) чередування ходьби і бігу з помахуванням прапорців над головою;

Вправи з м'ячем

- а) сидячи парами на підлозі, зігнутими ногами перекутування м'яча один одному;
- б) «катання» м'яча по гімнастичній лавці;
- в) присідання з м'ячем в руках;
- г) біг з утримуванням м'яча високо над головою.

Додаток Д

Вправи на розвиток уваги та пам'яті для дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня

Гра «Увага!»

Мета: стимулювати увагу, навчити швидко і точно реагувати на звукові сигнали.

Виконання: діти крокують під музичний супровід згодом на слово «зайчики», яке промовляє фізичний терапевт, діти повинні почати стрибати, на слово «птахи» – бігти та плавно махати руками; «лелека» – стояти на одній нозі;

Гра «Чотири стихії»

Мета: розвиток уваги, який пов'язаний з координацією слухового та рухового аналізаторів.

Виконання: діти сидять в колі, після промовляння фізичним терапевтом певних слів діти виконують відповідні рухи: на слово «земля» потрібно опустити руки вниз; «вода» витягнути руки вперед; «повітря» підняти руки вгору; «вогонь» виконати обертальні рухи в променезап'ястному та ліктьовому суглобах.

Гра «Хатинка»

Мета: розвиток моторно-слухової пам'яті дітей.

Виконання: діти стоять в колі чи в різних кутах кімнати, кожен повинен запам'ятати своє місце. Під всі розбігаються, а по закінченню музики повинні повернутися на свої місця.

Гра «Потяг»

Виконання: діти стоять один за одним, тримаючись за талію. Перша дитина – це голова дракона, остання – хвіст дракона. Доки звучить музика, перша граюча дитина намагається схопити останню – дракон ловить свій хвіст. Інші діти міцно тримаються один за одного. Якщо дракон не спіймає свій хвіст, то на місце голови дракона стає інша дитина.

Додаток Є

Вправи на релаксацію для дітей з розумовою відсталістю легкого ступеня

Ігрові вправи на релаксацію

1. Махові рухи розслабленою кінцівкою у сагітальній і фронтальній площинах;
2. «Вільне падіння» піднятої кінцівки або її сегментів;
3. Потряхування кінцівкою або її сегментами.

Вправа «Вантаж»

Виконання: дитина уявляє як піднімає “важку штангу”, а потім кидає її та відпочиває.

Вправа «Дядько Василь»

Дядька Василь

Сидів на стіні.

Дядько Василь

Звалився уві сні.

Виконання: дитина повертає тулуб вправо-вліво, руки вільно звисають як у тряпчаної кукли. На слова “звалився уві сні” дитина різко нахиляє тулуб вниз.

Вправа «Насос»

Виконання: грають дві дитини. Одна – великий надувний м’яч, інша – насос, який надуває цей мяч. Мяч стоїть, на напівзігнутих ногах; шия, руки розслаблені. Корпус тіла нахилений трохи вперед, голова нахилена.

Інша дитина починає надувати цей мяч, супроводжуючи рухи руками (вони накачують повітря) звуком «с», який промовляється на видосі. З кожною подачею повітря мяч надувається все більше. Мяч надутий. Насос зупиняється, відєднується шланг насосу від мяча, з якого з силою виходить повітря зі звуком «ш». Дитина повертається у вихідне положення (діти міняються ролями).

