

ВІДГУК

офіційного опонента на дисертаційну роботу Куценка Олександра Олександровича «Формування побутової активності дітей 4-6 років з церебральним паралічем засобами ерготерапії», поданої до захисту на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03 – фізична реабілітація

Актуальність обраної теми. Кандидатська дисертація Куценка Олександра Олександровича «Формування побутової активності дітей 4-6 років з церебральним паралічем засобами ерготерапії», безперечно, є актуальним науковим дослідженням у вдосконаленні теорії і практики фізичної реабілітації. Актуальність цього дослідження чітко обґрунтована автором і підтверджується сучасним станом досліджуваної проблеми.

Одним з найактуальніших питань дитячої неврології є дитячий церебральний параліч (ДЦП), оскільки він залишається переважною причиною інвалідності дітей. Відсутність зниження частоти ДЦП обумовлюється удосконаленням виходжування й зменшенням рівня смертності недоношених дітей та новонароджених з екстремально низькою масою тіла. За останні 40 років поширеність церебрального паралічу піднялася значно вище 2,0 випадків на 1000 новонароджених (E. Odding, 2006; M. Stavsky, 2017).

Актуальність міждисциплінарних та комплексних підходів до етапної реабілітації дітей із церебральним паралічем обумовлена як епідеміологічними факторами, так і гуманістичними тенденціями розвитку суспільства (А. Г. Шевцов, 2013).

Неоднорідність резидуальних наслідків після травми головного мозку вказує на необхідність комплексного застосування медичних, реабілітаційних, освітніх та соціальних ресурсів для фізичного і психологічного відновлення хворої дитини (R. Paskaleva, 2010). Обмеження у діяльності потребують індивідуальної реабілітації протягом усього життя (K. M. Gunel, 2009; R. B. Shepherd, 1995). Низька працездатність верхніх кінцівок, знижені опорна функція нижніх кінцівок та статокінетичні можливості хребта обмежують побутові можливості самообслуговування і соціальне функціонування у дітей, що хворіють на ДЦП (Ю. В. Бардашевський, 2011; Н. В. Богдановська, 2014; В. В. Чухловіна, 2018).

Ерготерапія фокусується на розвитку необхідних для здійснення діяльності в повсякденному житті навичок (Н. В. Богдановська, 2017; E. M. J. Steultjens, 2003), тому вона є основою для покращення здатності функціонувати, підвищення рівня активності та участі дитини, якості життя дітей та близького оточення. Спрямована на розв'язання згаданих проблем ерготерапія, котра дещо нова для

нашої країни, є дуже актуальною сферою практичної реабілітації та науки.

У сучасних умовах процес формування соціально-побутових навичок засобами ерготерапії та фізичної терапії у дітей із дитячим церебральним паралічем вимагає освоєння закордонного досвіду (А. Г. Шевцов, 2007, 2016), створення новітніх орієнтирів соціальної реабілітації та застосування міждисциплінарного підходу (Т. Г. Роменська, 2016; В. С. Choi, 2006; А. Trabacca, 2016), врахування поліморфності клінічних проявів та складності патогенезу церебральних паралічів (К. М. Gunel, 2009), а також наявності творчого підходу у фахівців (Т. Г. Роменська, 2016). Утім, незважаючи на існуючий позитивний досвід застосування засобів ерготерапії та фізичної терапії у реабілітації дітей з ДЦП, проблема як ізольованого, так і комплексного застосування методик та засобів залишається ще й досі не вирішеною у багатьох аспектах. Таким чином, постає проблема стосовно можливості покращення ефективності програм реабілітації дітей з ДЦП на теренах нашої держави.

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до «Зведеного плану НДР у сфері фізичної культури і спорту на 2011–2015 рр.» за темою 4.4 «Удосконалення організаційних і методичних основ програмування процесу фізичної реабілітації при дисфункціональних порушеннях у різних системах організму людини» (номер державної реєстрації 0111U001737) та плану НДР НУФВСУ на 2016–2020 рр. за темою 4.2. «Організаційні та теоретико-методичні основи фізичної реабілітації осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» (номер державної реєстрації 0116U001609).

Роль автора полягає в розробці програми ерготерапії з блоком організаційно-методичних рекомендацій до фізичної терапії для дітей 4–6 років з ДЦП.

Ступінь обґрунтованості наукових положень, висновків і рекомендацій, сформульованих у дисертації, їх достовірність і новизна, повнота їх викладу в опублікованих працях. Достовірність отриманих результатів підтверджується достатньою кількістю обстежених (106 дітей), обраною методикою організації констатувальної та формувальної частин експерименту. Отримані дисертантом наукові положення та висновки підтверджені шляхом математичної обробки та статистичного аналізу, що забезпечує їх обґрунтованість і достовірність.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що уперше науково обґрунтовано і розроблено програму ерготерапії з блоком організаційно-методичних рекомендацій до фізичної терапії для дітей 4–6 років з геміплегічною та диплегічною формами ДЦП для реалізації в умовах центру реабілітації дітей з інвалідністю, визначальними особливостями якої є комплексне застосування

методів з найкращою доказовістю та врахування методологічного підходу міжнародної класифікації функціонування; сімейно- та дитино-центричних, мульти-, інтер- та транс-дисциплінарних підходів; результатів аналізу навколишнього середовища дитини; методики формування індивідуальних SMART- цілей; уперше отримані дані про рівень самообслуговування, мобільності, соціальної функціональності (за PEDI) та якості життя серед дітей 4–6 років зі спастичною геміплегією та спастичною диплегією, що проживають в Україні; підтверджено наявність кореляційного зв'язку між рівнем GMFCS та розділом «Мобільність» за PEDI, рівня MACS з результатами розділу «Самообслуговування» за PEDI; доповнено знання про вплив ерготерапевтичних втручань на заняттєву активність та її компоненти, формування побутових навичок у дітей з ДЦП; дістало подальшого розвитку положення про позитивний вплив ерготерапії та фізичної терапії на якість життя та моторний розвиток дітей з ДЦП.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання розробленої програми, з науково-обґрунтованим вибором методів ерготерапії та фізичної терапії, у дітей 4–6 років з церебральним паралічем в умовах реабілітаційних центрів, що сприяло поліпшенню їх функціонування, мобільності та участі, за рахунок розвитку побутових навичок.

Результати досліджень впроваджені у реабілітаційний процес установи «Київський міський центр реабілітації дітей з інвалідністю», Спеціального навчально-виховного комплексу «Мрія», Центру комплексної реабілітації інвалідів «Акмеа», у навчальний процес кафедри фізичної реабілітації Національного університету фізичного виховання і спорту України, зокрема в лекційні курси дисциплін «Фізична терапія та ерготерапія у дітей з органічними ураженнями нервової системи» та «Фізична терапія, ерготерапія в педіатрії», що підтверджено актами впровадження.

Оцінка змісту дисертації, її завершення в цілому та ідентичності змісту автореферату й основних положень дисертації. Аналіз дисертаційної роботи засвідчує, що дисертант застосував оригінальний принцип структуризації матеріалу, який дозволив охопити всі сторони проведених досліджень, результати яких логічно викладені на 241 сторінці, містить 11 таблиць і 10 рисунків. У роботі використано 219 літературних джерел та інформаційних ресурсів.

Результати дисертаційної роботи мають об'єктивний характер, спираються на достатню кількість дослідницького матеріалу, отриманого завдяки використанню комплексу інформативних методів, що відповідають поставленій меті та завданням дисертації. Отримані показники обчислені з використанням методів математичної статистики. Позитивної оцінки заслуговує оформлення

результатів дослідження, варто відзначити логіку викладу та послідовність виконання наукового пошуку.

Висновки впливають зі змісту дисертаційної роботи, їх об'єктивність і новизна не викликають сумніву.

Загальна характеристика роботи. Дисертація складається з переліку умовних скорочень, вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Дисертаційна робота проілюстрована таблицями, що забезпечує чіткість викладу матеріалу дослідження, зручність здійснення порівняльного аналізу експериментальних даних, виокремлення основних показників і узагальнення результатів дослідження.

У **вступі** обґрунтовано актуальність обраної теми дослідження, сформульовано мету, завдання, визначено об'єкт, предмет, розкрито наукову новизну та практичну значущість одержаних результатів, а також визначено особистий внесок здобувача у спільно опубліковані наукові праці, подано інформацію про апробацію і впровадження результатів дослідження, визначено кількість публікацій автора за темою дисертації.

У першому розділі **«Сучасні теоретичні і практичні аспекти фізичної терапії та ерготерапії у дітей з церебральним паралічем»** проведено теоретичний аналіз науково-методичної літератури, використаної у дисертаційній роботі.

Репрезентовано дані про медико-соціальну значущість фізичної терапії і ерготерапії у відновному лікуванні дітей з церебральним паралічем, поліпшення рівня їх функціонування, активності та участі (L. Sakzewski, 2011). За даними літератури, у осіб з ДЦП спостерігаються знижені незалежність, рівень соціального функціонування (A. Colver, 2012; B. Jiang, 2016; R. J. Palisano, 2009). Низька якість життя відзначається як на рівні самої особи (J. W. Varni, 2005; A. Kibele, 1989), так і на рівні сім'ї (A. Trabacca, 2016; M. White-Koning, 2007; A. Guyard, 2011).

На сьогодні існує досить багато методів, програм та технологій ерготерапії та фізичної терапії дітей з церебральним паралічем (I. Novak, 2013; L. Sakzewski, 2009). Більшість з них базується на використанні різноманітних фізичних вправ (A. Rogers, 2008; O. Verschuren, 2008), масажу, фізіотерапевтичних процедур (Н. Ю. Гришуніна, 2004; О. Г. Юшковська, 2013; С. Керр, 2004; Р. А. Врігт, 2012), тренажерів (В. Ф. Гагара, 2014). Значну популярність отримали Войт-терапія (В. Войта, 2015), нейророзвиваюча терапія (G. T. Brown, 2001; H. Dalvand, 2009), сенсорна інтеграція (S. Vargas, 1999), динамічна пропріоцептивна корекція (К. А. Семенова, 2009), акупунктура (М. І. Піктик, 2015; Y. Zhang, 2010). У літературі

презентують результати використання сенсорно-перцептивно-моторних занять (G. Bumin, 2001), когнітивно-перцептивного і перцептивно-моторного навчання (S. Ramkumar, 2016), позиціонування (J. Noronha, 1989), кондуктивного навчання (H. Dalvand, 2009; J. J-A. Hur, 1997), індукованої обмеженням рухової терапії (P. Coker-Bolt, 2016; E. Taub, 2004; N. Gelkop, 2015).

Проте питання достатнього рівня доказовості ефективності більшості з них залишається актуальним (I. Novak, 2013; A. Abbaskhanian, 2015). Тому наразі є важливим створення програм ерготерапії на основі дієвих методик.

У другому розділі **«Методи та організація дослідження»** відповідно до мети й завдань обґрунтовано й описано такі методи дослідження: аналіз спеціальної та науково-методичної літератури; контент-аналіз медичної документації; педагогічні – констатувальний та формувальний експерименти, спостереження; класифікація великих моторних функцій (GMFCS); система класифікації функції руки (MACS); педіатрична оцінка обмежень активності (PEDI); соціологічні – анкетування (CPQOL-Child). Отримані матеріали оброблені адекватними математико-статистичними методами. Дослідження проводились на базі Київського міського центру реабілітації дітей з інвалідністю (основні групи) та Спеціального навчально-виховного комплексу «Мрія» (м. Київ) (контрольні групи). Контингент досліджуваних – 106 дітей 4–6 років, з них 54 у групі зі спастичною геміплегією (ГП) та 52 зі спастичною диплегією (ДП). До основних груп, котрі займалися за розробленою програмою, увійшло 28 дітей з ГП (ОГ1) та 27 з ДП (ОГ2). Дослідження проводили в три етапи з 2015 по 2018 рік.

У третьому розділі дисертації **«Характеристика стану дітей 4–6 років з геміплегічною та диплегічною формами ДЦП на етапі попереднього дослідження»** представлено результати аналізу даних констатувального дослідження. Статистичний аналіз дозволив встановити залежність розподілу за рівнем GMFCS від групової приналежності, тобто достовірна різниця між розподілом у ГП та ДП присутня ($p < 0,01$). Аналогічні висновки отримані при аналізі розподілу MACS ($p < 0,05$).

Середні значення загальної суми розділу «Самообслуговування» за PEDI становили $29,70 \pm 8,09$ бала у групі дітей ГП та $33,50 \pm 7,58$ бала у групі ДП. Достовірні відмінності на користь ДП у цьому розділі PEDI знайдено у ряді пунктів, наприклад, «Консистенція їжі, яку споживає», «Використання посуду для їжі», «Гігієна рук», «Одяг, що одягається через голову/застібається спереду». Результати пункту «Використання посуду для їжі», що варіюється від здатності їсти пальцями до використання ножа, були встановлені на рівні $1,70 \pm 0,73$ бала у дітей з геміплегією та $2,10 \pm 0,85$ бала у дітей з диплегічною формою ДЦП. Також

результати у групах відрізнялися ($p < 0,01$) й за пунктом «Використання ємностей для пиття». Найнижчі бали у групах встановлено за пунктами «Миття тіла та обличчя» (ГП – 1 (0; 1), ДП – 1 (0,25; 1)), «Застібки» (ГП – 1 (1; 2), ДП – 2 (1; 2)), «Штани» (ГП – 2 (1; 2), ДП – 1,5 (1; 2)), «Взуття/шкарпетки» (ГП, ДП – 1 (0; 2)). Ці результати поряд з індивідуальними цілями та бажаннями дітей, батьків є основою для наповнення програми щодо формування навичок самообслуговування.

Загальний бал розділу «Мобільність» за PEDI становив у групі дітей ГП $27,30 \pm 9,72$ бала та у групі ДП – $22,20 \pm 8,05$ бала. За результатами статистичного аналізу кращі результати у більшості пунктів мали діти з ГП. Зокрема, найбільші відмінності встановлено за пунктами «Пересування до туалету»: у ГП середньостатистичні показники склали $2,30 \pm 0,99$ бала, а у ДП – $1,80 \pm 0,85$ бала. Результати пункту «Переміщення в межах дому – відстань/швидкість», що віддзеркалює рівень труднощів та особливості ходьби в кімнаті та між ними, були встановлені на рівні $2,90 \pm 1,36$ бала у дітей з геміплегією та $2,00 \pm 1,40$ бала у дітей з диплегічною формою ДЦП. Найнижчі бали у групах були у пункті «Переміщення у ванні»: $1,30 \pm 0,56$ бала та $1,15 \pm 0,36$ у групах ГП та ДП відповідно.

Лише у розділі «Соціальна функціональність» за PEDI групи статистично не відрізнялися за загальним балом ($p > 0,05$). Статистичні показники у групі дітей ГП становили $36,50 \pm 4,94$ бала, а у групі ДП $38,00 \pm 5,33$ бала. Достовірні відмінності між групами ГП та ДП знайдено лише у пунктах «Розуміння складності речень» ($p < 0,05$) та «Функціональне користування спілкуванням» ($p < 0,01$). Найнижчі бали встановлені у пунктах «Домашні обов'язки» (ГП – 1,5 (1; 2), ДП – 1 (1; 2)); «Самозахист» (ГП – 2 (1; 2), ДП – 2 (1; 3)); «Функції в соціумі» (ГП – 2 (1; 2), ДП – 2 (1; 2)).

Дослідження значень доменів якості життя встановило, що достовірна відмінність між групами наявна лише за доменом «Біль і вплив інвалідності». Найкраще значення у загальній вибірці дітей отримав домен «Соціальне благополуччя та прийняття» – $71,20 \pm 6,73$ бала, а найнижчий результат встановлено за доменом «Участь і фізичне здоров'я» – $41,20 \pm 13,89$. Середні значення у загальній групі інших доменів знаходилися у діапазоні від 45,0 до 61,1 балів. Найбільш сильний кореляційний взаємозв'язок результатів GMFCS був виявлений з розділом «Мобільність» PEDI ($\rho = -0,92$; $p < 0,01$), доменами якості життя «Участь і фізичне здоров'я» ($\rho = -0,72$, $p < 0,01$), «Емоційне благополуччя та самооцінка» ($\rho = -0,60$, $p < 0,01$), «Сімейне здоров'я» ($\rho = -0,69$, $p < 0,01$).

Найбільш сильний кореляційний взаємозв'язок результатів MACS був

виявлений з розділом «Самообслуговування» PEDI ($\rho = -0,88$; $p < 0,01$), «Соціальна функціональність» ($\rho = -0,49$, $p < 0,01$), а також доменами «Почуття про функціонування» ($\rho = -0,62$, $p < 0,01$), «Сімейне здоров'я» ($\rho = -0,41$, $p < 0,01$).

Отримані дані стали підґрунтям для визначення спрямованості та розробки програми ерготерапії.

У четвертому розділі **«Обґрунтування та розробка програми ерготерапії, спрямованої на формування побутової активності дітей зі спастичними геміплегією та диплегією»** міститься опис методик, які входили до програми ерготерапії дітей з ДЦП. Автором визначена мета розробленої програми ерготерапії - підвищення рівня активності у повсякденному житті (побутової активності) у дітей з геміплегічною та диплегічною формами ДЦП. Тривалість програми ерготерапії склала 30 днів. Проводилися 22 заняття ерготерапією та 22 фізичною терапією. Індивідуальний підхід та наповнення програми для конкретної дитини базувалися на отриманих даних. Ерготерапевтична оцінка, як основа для визначення індивідуальної спрямованості покращення заняттєвої активності та участі, мала певні визначені ключові моменти. Перший з них – це необхідність достатньої гнучкості для прийняття до уваги індивідуальних потреб дитини та її сім'ї (сімейно-центровий підхід) без жорстких норм, оскільки заняття (activity), як компонент заняттєвої активності людини, визначається в індивідуальному порядку.

Комплексна і повна оцінка ерготерапевта та формування програми втручання розглядала такі сфери, як активність повсякденного життя (самообслуговування), інструментальна активність повсякденного життя (продуктивна діяльність) та дозвілля, враховували виконавчі моделі (зокрема ролі) та рольові очікування дитини та її сім'ї, а також проблеми, котрі визначалися дитиною або членами сім'ї самостійно. Окрім того, фокусування робилося на навколишньому середовищі дитини, що підтверджувало важливість проблем.

Враховуючи, що застосування засобів фізичної терапії є основою для покращення рухових функцій, котрі безпосередньо і опосередковано (через подальше використання у ерготерапії) поліпшують компоненти заняттєвої активності дітей з ДЦП, було розроблено блок організаційно-методичних рекомендацій до фізичної терапії, метою якого було сформування належного рівня рухових можливостей дітей з ДЦП як основи покращення заняттєвої активності.

У програмі автором пропонується застосування різноманітних засобів: індукована обмеження рухова терапія, бімануальне тренування, цілеспрямована терапія, вправи для покращення ходи (за результатами аналізу), елементи

пропріоцептивної нервово-м'язової фасилітації, вправи для розвитку сили, рівноваги, прийоми допомоги у підтриманні позиції, вертикалізації, завдання «Смуга перешкод». Заняттєва активність дітей з ДЦП, які займалися за розробленою програмою, організовувалася на заняттях з ерготерапії у вигляді різноманітних видів занять (activity) та завдань (task) та спрямовувалася на розвиток побутових навичок та соціальної взаємодії, збільшення соціального досвіду.

У розробленій програмі автором пропонується використовувати спеціальний інвентар (наприклад, меблі, посуд зі спеціальними формою та ручками), приміщення та зони, дотримувалися особливості їх піднесення дитині, додатковий інвентар для полегшення виконання, зверталася увага на положення й баланс сидячи, наявність активності і зосередженості зору на одній руці, що викликало неправильне положення та асоціативні рухи. Головним у навчанні було розділення занять на невеликі кроки, котрі не були вищими за можливості дитини і які було значно легше подолати самостійно. Процеси (наприклад, миття рук, чищення зубів) розділялися на завдання та дії. Формування певної навички починалося з найлегших її елементів. Згодом додавалися важчі. Зверталася увага на правильне захоплення і користування предметами.

Уявлення про дію формувалося прийомами пояснення сутності та призначення діяльності, цілісним показом, послідовним показом дії, виконання з супроводом детального опису, виконання послідовних елементів алгоритму операцій з фахівцем (пасивне, пасивно-активне виконання, активне зі словесними інструкціями). Окрім того, засвоєння послідовностей та розвиток процесуальних умінь та навичок відбувалося за допомогою сюжетних ігор, карток із зображенням їжі та макетів.

У п'ятому розділі **«Ефективність застосування програми ерготерапії, спрямованої на формування побутової активності дітей зі спастичними геміплегією та диплегією»** наведено результати обстежень дітей після проходження курсу та досліджено динаміку показників.

Згідно з отриманими даними, на момент заключного обстеження розподіл за рівнем GMFM серед основних та контрольних груп статистично не змінився ($p > 0,05$). Результати за рівнями MACS достовірно не відрізнялися у ОГ1 та КГ1, ОГ2 та КГ2 ($p > 0,05$) й після курсу реабілітації. Проте достовірні зміни розподілу за рівнем MACS виявлено у ОГ2: частка дітей з II рівнем зросла з 22,2 % до 48,2 % за рахунок зменшення частки дітей з III рівнем.

Проведений аналіз констатував наявність достовірних змін у більшості пунктів розділу «Самообслуговування» серед усіх груп дітей. Достовірно кращий

вплив на дітей основних груп розроблена програма мала у вісьмох пунктах розділу «Самообслуговування» за PEDI: тих, що відповідали за використання посуду для їжі, ємностей для пиття, чищення зубів, гігієну рук, миття, одяг, застібки, штани. У пункті «Миття тіла та обличчя» також встановлено наявність достовірних відмінностей між ОГ1 та КГ1, ОГ2 та КГ2 ($p < 0,05$). Оцінка пункту «Одяг, що одягається через голову/застібається спереду» мала статистичну динаміку у чотирьох групах ($p < 0,01$), проте заключні результати були достовірно ліпшими в основних групах ($p < 0,05$).

У розділі «Мобільність» статистично кращий вплив на дітей з ДЦП розроблена програма мала у пункті «Переміщення у ванні», а серед дітей з геміплегією за пунктом «Переміщення в межах дому – перетягування/перенесення об'єктів». Таким чином, обидві програми мали достовірну ($p < 0,01$), але однакову ефективність за загальним балом розділу «Мобільність» ($p > 0,05$). Приріст середніх значень відповідно склав: 8,00 балів, 4,73 бала, 6,33 бала та 3,88 бала.

У розділі «Соціальна функціональність» статистично кращий вплив на дітей з ДЦП розроблена програма мала лише за пунктом «Домашні обов'язки» ($p < 0,01$). Результати загального бала цього розділу основних і контрольних груп статистично покращились ($p < 0,01$), але не відрізнялися ($p > 0,05$).

Більшість доменів якості життя достовірно покращилися, лише «Соціальне благополуччя та прийняття», «Сімейне здоров'я» не змінилися у всіх групах ($p > 0,05$). Окрім того, достовірно кращі результати в основних групах виявлені за доменом «Почуття про функціонування».

У шостому розділі «Аналіз та узагальнення результатів дослідження» автором на основі власних результатів і даних літератури підводяться підсумки роботи, розгорнута дискусія. На підставі ретельно виконаного огляду літератури дано пояснення змін аналізованих параметрів, логічно науково обґрунтовано індивідуальне бачення тих суперечливих питань, які стосуються досліджуваної проблеми. Охарактеризовано повноту вирішення завдань дослідження. У ході виконання дисертаційної роботи отримано три групи результатів: такі, що підтверджують і доповнюють наявні досі розробки, а також абсолютно нові дані у аспекті наукової проблеми, що вивчалася.

Автореферат відповідає тексту дисертації. Апробація результатів роботи проведена достатньо широко. Основні результати дисертаційної роботи було оприлюднено на міжнародному рівні – Міжнародних наукових конференціях молодих учених «Молодь і олімпійський рух» (Київ, 2015, 2016, 2018); XVII Міжнародній науково-практичній конференції «Реорганізація фізичної

реабілітаційної медицини в Україні згідно світових стандартів: гострий, підгострий і довготривалий етапи реабілітації» (Київ, 2017), Міжнародній науково-практичній конференції «Традиції та інновації у підготовці фахівців і фізичної культури та фізичної реабілітації» (Київ, 2018); на всеукраїнському рівні – на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Фізична реабілітація та здоров'язберезувальні технології: реалії і перспективи» (Полтава, 2017); на науково-методичних конференціях кафедри фізичної реабілітації НУФВСУ (Київ, 2016–2018).

За темою дисертаційної роботи опубліковано 10 наукових праць. Основні положення дисертації викладено в 6 працях: 5 праць опубліковано у фахових виданнях України, з яких 3 включено до міжнародної наукометричної бази, 1 публікація у науковому періодичному виданні іншої держави, яке включено до міжнародної наукометричної бази; 4 публікації апробаційного характеру.

Аналіз змісту цих публікацій, їх порівняння з даними вивчених літературних джерел підтверджують новизну отриманих автором результатів і сформульованих положень, що виносяться на захист. Також вони засвідчують повне відображення в них результатів дослідження.

Зауваження до змісту дисертації та автореферату.

Позитивно оцінюючи результати проведеного дослідження в цілому, хотілось відзначити певні дискусійні питання:

1. Обґрунтуйте, будь ласка, чому обрали вік дітей від 4 до 6 років, адже дітей з такою різницею у віці, при даній нозології, важко порівнювати між собою?
2. У своїх дослідженнях ви використовували методику SMART-цілей. Уточніть, будь ласка, чому ви вибрали саме цю методику? Чи були відмінності між цілями у хлопчиків та дівчаток? Чи виправдали ваші сподівання застосування даної методики? Чи застосовували спосіб SMARTER під час проведення експерименту?
3. Для покращення соціально-побутової активності, при проведенні заходів реабілітації серед дітей з ДЦП застосовуються різноманітні принципи. Які принципи ви застосовували під час проведення розроблених вами занять? Чи враховували принципи моторного навчання, якщо так то які саме?
4. У розробленій вами програмі застосовується бімануальне тренування, уточніть, будь ласка, яка мета його застосування для дітей означеної нозології та які критерії дозування навантаження?
5. Одним із засобів у вашій програмі є цілеспрямоване тренування (GDT). В чому особливість проведення цих занять, які їх переваги над іншими засобами?

Проте висловлені нами зауваження не впливають на загальну позитивну оцінку роботи Куценка Олександра Олександровича, і не знижують наукову і практичну значимість отриманих результатів.

Висновок. На підставі викладеного вважаю, що дисертаційна робота Куценка Олександра Олександровича «Формування побутової активності дітей 4-6 років з церебральним паралічем засобами ерготерапії» є самостійним та завершеним науковим дослідженням, у якому отримані нові науково обґрунтовані результати, відповідає вимогам п. 11 Порядку присудження наукових ступенів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24.07.2013 № 567, що дає підставу для присудження її авторові наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання і спорту за спеціальністю 24.00.03 – фізична реабілітація.

Офіційний опонент:

**доктор наук з фізичного виховання
і спорту, професор, завідувач кафедри
спортивно-масової та туристичної роботи
Східноєвропейського національного
університету імені Лесі Українки**



А. І.Альошина

