

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Факультет фізичної культури
Кафедра теорії і методики фізичного виховання

Дипломна робота (проект)
магістра

з теми «НЕТРАДИЦІЙНІ ЗАСОБИ І МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНИХ ФУНКЦІЙ
ДІТЕЙ ПІД ЧАС ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ»

Виконав: студент 2 курсу, групи
FK1-M22,
спеціальності 014 Середня освіта (Фізична культура)
Яцук Денис Андрійович
Керівник: Єдинак Г. А., доктор наук з
фізичного виховання та спорту, професор
Рецензент: Галаманжук Л. Л., доктор
педагогічних наук, професор

Кам'янець-Подільський – 2023 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНИХ ФУНКЦІЙ ДІТЕЙ	7
1.1 Загальна характеристика симптомокомплексу порушених функцій дітей.....	7
1.2 Фізична активність як засіб корекції порушених функцій дітей	17
1.3 Загальна характеристика нетрадиційних для класичного фізичного виховання засобів і методів	26
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	41
2.1 Методи дослідження	41
2.2 Методи дослідження	43
РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕНИМИ ФУНКЦІЯМИ СЛУХУ	44
3.1 Порівняльна характеристика дітей із порушеними функціями та фізично здорових однолітків	44
3.2 Організаційно-методичні умови використання нетрадиційних засобів і методів фізичного виховання у корекції порушених функцій зору і слуху дітей	51
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	67

ВСТУП

Актуальність теми. Фізичне виховання для досягнення поставленої мети використовує комплекс засобів і методів. Основним специфічним засобом є фізичні вправи, оскільки їхнє використання сприяє вирішенню всіх завдань фізичного виховання. Крім цього іншими, але також важливими засобами, є гігієнічні та природні чинники. Хоча за допомогою цих засобів можна вирішити тільки деякі завдання фізичного виховання, але враховуючи сучасні тенденції цього педагогічного процесу, а саме щодо його оздоровчого пріоритету, такі засоби набувають важливого значення [1; 3; 13; 46].

Крім засобів, педагогічний процес передбачає використання комплексу методів, що належать до загальнопедагогічних або специфічних. Конкретизуючи відзначаємо, що загальнопедагогічні – методи, які використовуються будь-яким педагогом; найбільш поширені у практиці фізичного виховання такі групи методів: наочної дії, мовної дії, ігровий. Разом із тим, учитель фізичного виховання використовує багато методів, що притаманні тільки цьому педагогічному процесу. Одна з класифікацій передбачає розгляд методів з позиції навчання рухових дій і розвитку рухових (фізичних) якостей, функціональних можливостей [62; 64].

Не зупиняючись на характеристиці зазначених груп методів та засобів відзначимо, що деякі з них розглядаються як нетрадиційні для фізичного виховання. Така позиція ґрунтується на наступній інформації: основна особливість – такі засоби і методи відзначаються обмеженнями в їхньому виборі. Це зумовлено тим, що обов'язкові заняття з навчальної дисципліни «Фізична культура» можуть використовувати тільки засоби, які забезпечують підвищену фізичну активність [24; 72].

До нетрадиційних засобів є інтенсивне загартовування (ходіння босоніж, обтирання снігом, обливання холодною водою, відвідування сауни); спеціальні лікувально-профілактичні процедури (фітотерапія, ароматерапія,

лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапевтичні процедури тощо) [4; 26; 54]. Крім цього, до нетрадиційних фізичних вправ відносять західні системи вправ (атлетична гімнастика, спортивна аеробіка, гідроаеробіка, пілатес, стрейчінг, шейпінг) та східні системи вправ (йога, тай-чі, у-шу, цигун) [15; 41; 43; 47; 61; 69; 75]. Крім цього, незважаючи на доведений позитивний досвід використання засобів Бобат-терапії [77] в корекції порушених функцій дітей за допомогою засобів і методів фізичного виховання. Проте, проблема, як ізольованого, так і комплексного застосування нетрадиційних засобів і методів дотепер залишається нерозв'язаною у багатьох аспектах, а диференціація засобів відповідно до моторних порушень взагалі відсутня [78]. Все зазначене засвідчує наявність проблеми стосовно можливості підвищити дієвість фізичної активності у вирішенні різних за змістом завдань. У зв'язку з цим виокремили таку тему дослідження: *«Нетрадиційні засоби і методи корекції порушених функцій дітей під час занять фізичними вправами»*.

Підготовлений дипломний проект у відповідності до плану науково-дослідної роботи, визначеного на 2019-2024 роки для науково-дослідної лабораторії Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка «Гендерні профілактично-оздоровчі технології фізичного виховання та реабілітації» за темою «Програмування профілактично-оздоровчих і розвивальних технологій фізичної активності дітей та молоді». Співвиконавець означеної теми, яким був автор, провів пошукову діяльність на обох рівнях дослідження. Так, на теоретичному рівні у питаннях передумов та стану використання нетрадиційних засобів і методів фізичного виховання у практиці корекції порушених функцій дітей. Дослідження на емпіричному рівні містило результати констатувального експерименту, що передбачав вимірювання визначених характеристик дітей. На підставі всіх таких матеріалів розроблено зміст, основу якого становлять нетрадиційні засоби і методи фізичного виховання, реалізація якого дозволить підвищити дієвість цього педагогічного процесу у вирішенні поставлених завдань.

Об'єкт дослідження – заняття фізичними вправами.

Предмет дослідження – нетрадиційні засоби і методи фізичного виховання в інклюзивному змісті занять фізичними вправами у закладі загальної середньої освіти.

Мета дослідження – вдосконалити організацію і зміст фізичної активності дітей із порушеними функціями, що ґрунтується на нетрадиційних засобах і методів фізичного виховання.

Завдання дослідження:

1. З'ясувати за матеріалами наявних джерел інформації в якому стані знаходиться розв'язання досліджуваної проблеми.

2. Визначити у дітей із порушеними функціями показники фізичного стану при використанні традиційного підходу до їхньої фізичної активності в умовах інклюзивної середньої освіти.

3. Визначити дієві організацію, зміст і способи реалізації фізичної активності дітей із порушеними функціями, основу якої становлять нетрадиційні засоби, методи фізичного виховання в інклюзивній освіті.

Методи дослідження. При проведенні дослідження були використані методи, узгоджені із завданнями та адекватними в аспекті об'єктивності опрацювання емпіричних даних. Такими були: *аналіз, узагальнення матеріалів джерел інформації; педагогічне тестування, педагогічний експеримент* – для одержання емпіричних даних щодо досліджуваної проблеми; *математичної статистики* – для коректного опрацювання емпіричних даних про показники фізичного стану дітей.

Практичне значення одержаних результатів. Матеріали дипломного проекту можуть бути використані, у першу чергу, вчителями фізичної культури у закладах загальної середньої освіти, в яких реалізується інклюзивне фізичне виховання. Крім цього, такий матеріал може бути використаний науково-педагогічними працівниками факультетів фізичного виховання, корекційної педагогіки, педагогічного під час читання лекцій і

проведення семінарських занять зі здобувачами вищої освіти, передусім із «Теорії і методики фізичного виховання».

Апробація результатів дослідження. Результати проведеного дослідження були представлені для обговорення на наукових конференціях. Зокрема, це стосується Всеукраїнської інтернет-конференції «Формування здорового способу життя студентської та учнівської молоді засобами освіти» (Кам'янець-Подільський, 2022-2023), науково-практичної конференції для аспірантів, викладачів, магістрантів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка (2022-2023).

Публікації. Окремі результати дослідження ми представили у науковій публікації – Д. Яцук, Г. Єдинак. Нетрадиційні засоби і методи фізичного виховання у корекції порушених функцій дітей. *Збірник наукових праць студентів та магістрантів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. [Електронний ресурс]. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2023. С. 217-220.

Структура роботи. Робота виконана на 74 сторінках, вона складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел інформації. Основний текст роботи представлено на 66 сторінках друкованого тексту, що містять 6 таблиць та один рисунок. Список використаних джерел налічує 79 найменувань різних джерел інформації.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ У КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНИХ ФУНКЦІЙ ДІТЕЙ

1.1 Загальна характеристика симптомокомплексу порушених функцій дітей

Порушені функції – широке тлумачення процесів, що відбуваються в організмі людини у зв'язку із певним захворюванням. Таких захворювань, що призводять до порушення певної функції, або їх комплексу, є багато. Узагальнено людей з такими вадами називають «люди з інвалідністю». Найбільш інвалідизуючими хворобами є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, розлади психіки та поведінки і хвороби нервової системи [6; 8; 11; 27].

За іншою інформацією пропонується використовувати термінопоняття «людина з обмеженими можливостями». Проте дотепер чинним залишається зазначене вище термінопоняття, адже щорічно 5 травня відзначається Міжнародний день боротьби за права людей з інвалідністю. В Україні зараз живе більше 150 тисяч дітей з інвалідністю. 9 серпня 2017 року була прийнята Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки, де йдеться про поступове закриття інтернатних закладів для дітей. Показник дитячої інвалідності у розвинених країнах становить 250 випадків на 10 тис. дітей і має тенденцію до збільшення. Термін інвалідності з дитинства введено в 1979 р. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, інваліди становлять 10 % населення земної кулі, з них 120 млн. – діти та підлітки [8; 30].

Інвалідність – порушення здоров'я зі стійкими розладами функцій

організму, що призводить до обмеження життєдіяльності з порушенням здатності до самообслуговування; пересування; орієнтації; контролю своєї поведінки; спілкування; навчання; трудової діяльності. Інвалідність – проблема багатогранна, безпосередньо пов'язана з рівнем економічного, політичного, соціального розвитку людського суспільства, його культурою, освітою, мораллю, релігією [48; 59].

Діти з інвалідністю, або діти з особливими потребами, – це діти з фізичними, інтелектуальними, сенсорними та руховими обмеженнями, а також з емоційно-правовими та адаптаційними проблемами, що потребують комплексної допомоги внаслідок соціальних, психологічних, медичних обмежень. Інвалідність у дітей – значне обмеження життєдіяльності, що призводить до соціальної дезадаптації внаслідок порушення розвитку та росту дитини, втрати контролю за своєю поведінкою, а також здатності до самообслуговування, пересування, орієнтації, спілкування, трудової діяльності в майбутньому [12; 56].

Еволюційні зміни у ставленні до людей з інвалідністю мають певні історичні періоди: коли людей з інвалідністю позбувалися, знищували; висловлювали співчуття та піклування, лікували, навчали. Їх виключали з життя суспільства, бо вони не «підходили» йому; їх насильно піддавали стерилізації; вони були об'єктами глузування; їх примусово відправляли у закриті заклади та психіатричні лікарні, де багато з них залишались упродовж життя. Друга світова війна істотно змінила ставлення мільйонів людей до питань «інвалідності». З другої половини ХХ ст. соціальна політика багатьох європейських країн стосовно осіб з інвалідністю зазнала суттєвих змін. Ставлення до цієї соціальної групи людей, як до пацієнтів, якими необхідно лише опікуватися, і які не можуть долучатися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них, як до повноправних членів суспільства, що мають рівні права з іншими громадянами країни.

Однак, ще чимало країн, в тому числі й Україна, при формуванні

державної соціальної політики стосовно людей з інвалідністю не враховують цих змін, надають пріоритетного значення «медичному», а не «соціальному» підходу до проблеми, що позначається на змісті та якості заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків «інвалідності».

Показник інвалідності дітей можна вважати концентрованим відображенням успішності суспільства, соціальної захищеності та рівня і якості здоров'я підростаючого покоління. Показник дитячої інвалідності у розвинених країнах становить 250 випадків на 10 тис. дітей і має тенденцію до збільшення. Термін інвалідності з дитинства введено в 1979 р. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, інваліди становлять 10 % населення земної кулі, з них 120 млн. – діти та підлітки [6; 8].

З 2018 року в Україні виключено із законодавства та вжитку термін «інвалід». Відтепер замість слова «інвалід» у всіх законодавчих актах буде «людина з інвалідністю», термін «дитина-інвалід» відповідно замінено на «дитина з інвалідністю». 9 серпня 2017 року була прийнята Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки, де йдеться про поступове закриття інтернатних закладів для дітей.

В Україні зараз живе більше 150 тисяч дітей з інвалідністю. Зареєстровано зменшення поширеності інвалідності з 207,6 на 10 тис. дітей віком до 18 років у 2011 р. до 201,6 у 2015 році, а первинна інвалідність за цей період зменшилася з 23,4 до 21,6 на 10 тис. дитячого населення. Упродовж останніх років в Україні уперше інвалідами впродовж року стають близько 17 тис. дітей, а серед усього дитячого населення діти з інвалідністю складають 2,0–2,1 % при орієнтовному показнику в інших країнах 2,5 %. Майже у 25 % осіб з інвалідів у віці до 50 років інвалідизація обумовлена захворюванням, перенесеним у дитинстві.

Найбільш інвалідизуючими хворобами є природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, розлади психіки та поведінки і хвороби нервової системи.

У сучасній педагогічній літературі вітчизняними та зарубіжними вченими з різних точок зору представлене поняття «дитина з обмеженими можливостями в розвитку». Провідні вчені у галузі дефектології розкривають поняття «дитина з обмеженими можливостями» як дитина, у якої порушено нормальний перебіг загального розвитку. Таке порушення розвитку в дитини може бути спричинено тільки за наявності фізичного, інтелектуального або психічного дефекту [8; 48].

Висловлюється думка, що діти з обмеженими можливостями» – це діти, які мають численні відхилення психічного або фізичного типу, які обумовлюють порушення загального розвитку, перешкоджаючи дітям вести повноцінне життя» [7; 35]. Дитину також розглядають як таку, яка має значні відхилення від нормального психічного або фізичного розвитку, що утворилися внаслідок пологів або придбаних дефектів. Такі діти потребують спеціальних умов навчання та виховання [2; 29; 70].

Діти з обмеженими можливостями – це діти, у яких внаслідок уроджених недоліків або придбаного внаслідок життєдіяльності органічного ураження сенсорних органів опорно-рухового апарату або центральної нервової системи розвитку має відхилення від норми. У деяких випадках порушення розвитку може виникати внаслідок мікросоціальних і середовищних причин, не пов'язаних з патологією аналізаторів або центральною нервовою системою [6; 18].

Понятійно-термінологічний словник за редакцією В. Бондар пропонує таке визначення: дитина з обмеженими можливостями» – це дитина, яка має суттєві відхилення від нормального фізичного чи психічного розвитку, зумовлені вродженими або набутими дефектами, і потребує спеціальних умов навчання й виховання» (цит. за [8, с. 25-26]).

Інші розкривають поняття «дитина з обмеженими можливостями» як людини, яка має функціональні обмеження, нездатна до якоїсь діяльності в результаті захворювання, відхилень або вад розвитку, нетипового стану здоров'я внаслідок неадаптованості зовнішнього середовища до особливих

потреб індивіда через негативні стереотипи, забобони, що виділяють нетипових людей у соціально-культурній системі. «Про недолік, відхилення в розвитку можна говорити там і тоді, де й коли виникає невідповідність можливостей дитини, ... тобто коли в наявності обмеження соціальних можливостей» [9, с.13-14].

Крім цього, розглядають дитину з обмеженими можливостями, як дитину, у якої визначені різні форми порушення онтогенезу, тобто розвиток індивіда відбувається всупереч розвитку виду (філогенезу) [3; 53]. При всьому тому діти з обмеженими фізичними можливостями – це складова нашої держави. Такі діти мають всі права, як і здорові діти. У міру своїх фізичних уражень і особистих інтересів і схильностей вони можуть навчатися, отримувати професійну освіту та в майбутньому приносити свою помірну користь суспільству та державі.

Демократичний розвиток України, соціальний напрямок держави на допомогу людям з обмеженими фізичними можливостями передбачає низку комплексів і заходів реабілітаційної роботи з такими людьми. Виходячи з актуальності реабілітаційної роботи та педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями, метою такої роботи є вивчення класифікації дітей з обмеженими можливостями та висловлювання українських педагогів у цьому напрямку. Така класифікація особливостей дітей з різними формами обмежених можливостей допоможе обрати ефективні методи роботи з дітьми з різними відхиленнями у розвитку та вивчити педагогічний досвід провідних педагогів України.

У спеціальній вітчизняній та іноземній літературі представлені різні види класифікацій «дитини з обмеженими можливостями». За поширеною класифікацією діти з обмеженими можливостями мають такі порушення в розвитку:

- з порушенням слуху (глухі, ті, що слабочують і пізно оглухлі);
- діти з порушенням зору (сліпі, ті, що слабо бачать);
- діти з порушенням мови (логопати); – діти з порушенням опорно-

рухового апарату;

- діти з розумовою відсталістю;
- діти з затримкою психічного розвитку;
- діти з порушенням поведінки;
- діти з комплексними порушеннями психофізичного розвитку, з так званими складними дефектами (сліпоглухонімі, глухі або сліпі діти з розумовою відсталістю) [23; 55].

Т. Бондар [6, с. 89] поділяє «дітей з обмеженими можливостями» на такі обмеження в розвитку:

- з вадами слуху (глухі, ті, що слабочують, оглухлі);
- з вадами зору (сліпі, ті, що слабо бачать, осліплі);
- з вадами інтелекту (розумово відсталі з затримкою психічного розвитку);
- діти з мовленнєвими вадами;
- з порушеннями опорно-рухового апарату; – зі складною структурою порушень (розумово відсталі глухі та ті, що слабочують, глухі та ті, що слабо бачать, сліпоглухонімі й ін.).

За іншою наявною класифікацією [7, с. 12] дітей з обмеженими можливостями поділяють на такі категорії:

- глухі;
- ті, що слабочують;
- ті, що пізно оглухлі;
- незрячі;
- слабо зрячі;
- людина з порушеннями функцій опорно-рухового апарату;
- людина з порушеннями емоційно-вольової сфери; – людина з порушенням інтелекту;
- людина з порушенням функцій опорно-рухового апарату;
- людина з затримкою психічного розвитку;
- людина з тяжким порушенням мови;

– людина зі складним недоліком розвитку.

Л. Лавріненко [32, с. 44] дає таку класифікацію дітей з вадами психофізичного розвитку:

- розумово відсталі;
- із затримкою психічного розвитку;
- з порушеннями слуху, зору, мовлення;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- з порушеннями спілкування та поведінки;
- зі складним (комбінованим) дефектом.

О. Власова та М. Певзнер [12, с. 45] дають свою класифікацію дітей з вадами психофізичного розвитку:

- із сенсорною неповноцінністю (з порушеннями слуху, зору, мовлення, опорно-рухового апарату та сенсомоторики);
- із затримкою психічного розвитку;
- із астеничним чи реактивним станом і конфліктним хвилюванням;
- з психопатоподібними формами поведінки (емоційні порушення поведінки);
- з розумовою відсталістю (олігофрени у стані дебільності, імбецильності, ідіотії);
- з початковими проявами психічних захворювань (шизофренія, епілепсія, істерія та ін.).

В. Синьов і Г. Коберник [59, с. 11] дають таку класифікацію дітей з обмеженими можливостями:

- діти із стійкими порушеннями слухової функції;
- діти з порушенням зору;
- діти із стійкими порушеннями інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи;
- діти з тяжкими мовленнєвими порушенням;
- діти с комплексними розладами;
- діти з порушенням опорно-рухового апарату;

- діти з затримкою психічного розвитку;
- діти з психопатичними формами поведінки.

Існує і більш узагальнена класифікація, в основі якої є угруповання зазначених вище категорій порушень відповідно до локалізації порушення у тій чи іншій системі організму: тілесні (соматичні) порушення (опорно-руховий апарат, хронічні захворювання), сенсорні порушення (слух, зір); порушення діяльності мозку (розумова відсталість, порушення рухів, психічні та мовні порушення) [26; 34; 55].

В основу класифікації поняття «діти з обмеженими фізичними можливостями» ми вводимо характер порушення, не пов'язаний з порушенням діяльності мозку, відповідно, «діти з обмеженими фізичними можливостями» – це діти, які мають такі відхилення в розвитку: з порушенням слуху (глухі, ті, що слабочують і ті, що пізно оглухлі); з порушенням зору (сліпі, ті, що слабо бачать); з порушенням мови (логопати); з порушенням опорно-рухового апарату; діти зі складним (комбінованим) дефектом, не пов'язаним з порушенням діяльності мозку.

При цьому, до дітей з обмеженими можливостями можуть бути віднесені такі, які мають психологічні відхилення в розвитку, зокрема: розумову відсталість (олігофрени у стані дебільності, імбецильності, ідіотії), затримку психічного розвитку, порушення спілкування та поведінки, складну структуру порушень (розумово відсталі глухі та ті, які поганочують, глухі та такі, які погано бачать, сліпоглухонімі й ін.), астенічним чи реактивним станом і конфліктним хвилюванням; психопатоподібними формами поведінки (емоційні порушення поведінки), початковими проявами психічних захворювань (шизофренія, епілепсія, істерія та ін.), зі стійкими порушеннями інтелектуального розвитку на основі органічного ураження центральної нервової системи [71; 76].

Значна частина дітей з обмеженими фізичними можливостями, подорослішав, виявляються непідготовленими до життєдіяльності в загальному середовищі. Проте, результати досліджень провідних вчених у

галузі педагогіки свідчать про те, що будь-яка людина, що має обмеження в розвитку, може у разі відповідної педагогічної, реабілітаційної та лікувальної діяльності стати повноцінною особистістю, отримати середню та професійну освіту, щоб забезпечувати себе в матеріальному відношенні та бути корисним суспільству. Вчасно та правильно організована педагогічна діяльність з дитиною, що має обмежені фізичні можливості, дає можливість такій дитині налагодити зв'язок із загальним середовищем, зі світом, контакти з однолітками та дорослими, спілкуватися з природою [37; 40; 57].

Педагогічна діяльність з дітьми з обмеженими фізичними можливостями дає можливість дітям з вадами в розвитку розкрити свої здібності, талант, виявити свої дарування, розвинути їх, приносити користь суспільству. Дитина з обмеженими фізичними можливостями не пасивний об'єкт реабілітаційної допомоги, а людина, що розвивається та має право на задоволення різнобічних соціальних потреб у пізнанні, спілкуванні, творчості. Багато вітчизняних і зарубіжних вчених розглядали педагогічну роботу з дітьми з обмеженими фізичними можливостями з урахуванням їх особливостей в розвитку.

Суспільство може інтегрувати дітей з обмеженими можливостями, оскільки від їхньої повноцінної участі у житті громади врешті виграють усі. Активізація зусиль по залученню дітей з обмеженими можливостями у життя їхньої громади могла би сприяти боротьбі з дискримінацією, яка ще більше загострює маргіналізацію цих дітей у суспільстві. У дітей з інвалідністю найменші шанси на отримання доступу до медичного обслуговування або до шкільної освіти. Вони стають більшою мірою уразливими до насильства, жорстокого поводження, експлуатації і відсутності догляду, особливо якщо їх приховують від сторонніх очей або поселяють у спеціалізовані інтернати. Зазвичай це пояснюється негативним ставленням до них у суспільстві або підвищеними витратами на їхнє виховання [5; 77; 78; 79].

Достовірних даних про те, скільки дітей страждають від інвалідності

у світі, яка форма інвалідності у цих дітей і як ця інвалідність відображається на їхньому житті, мало. Внаслідок цього уряди більшості країн не мають надійних орієнтирів при виділенні коштів на забезпечення підтримки і допомоги дітям-інвалідам та їхнім сім'ям. Близько третини країн світу досі не ратифікували Конвенцію про права інвалідів [6, с. 42-43].

Україна ратифікувала Конвенцію про права інвалідів та Конвенцію про права дитини, однак слід істотно посилити роботу, щоб інтегрувати дітей з інвалідністю у життя громади та забезпечити їм доступ до школи або лікарні, підтримати таких дітей та їх родини [52; 56].

Інклюзивний підхід, який передбачає доступність й універсальність середовища, що дозволяє якомога більшій кількості людей користуватися всією інфраструктурою без всілякої адаптації, відповідає загальним інтересам [48, с. 3].

Послуги для людей з інвалідністю у громаді від народження до кінця життя – це раннє втручання – комплексна, міжгалузева допомога сім'ї (залучаються фахівці з різних сфер: освіти, охорони здоров'я, соціальної), у якій народилася дитина з особливостями розвитку. Інклюзивна освіта – всі діти від дошкільного закладу до студентських лав навчаються разом, незалежно від особливостей розвитку. Інклюзивне культурне середовище – це коли незряча людина може “”подивитися”” фільм чи картину, глуха людина – “”почути”” звернення президента чи отримати задоволення від участі у концерті, людина з ментальними проблемами – ознайомитись з новинами у спрощеній подачі інформації, людина без навичок мовлення – спілкуватися іншими засобами тощо [2; 50].

Соціальні послуги: денний догляд – це перебування дитини у закладі (типу дитячого садка) протягом дня, де такі діти отримують належний догляд, освітні послуги, вчать бути самостійними, спілкуватися з однолітками і дорослими; підтримане проживання – це коли людина з інвалідністю проживає у спеціально оснащеному будинку разом з усіма у громаді; соціальний супровід – це комплексна послуга, що передбачає

всебічну підтримку людини з інвалідністю та її сім'ї: від надання консультацій, оцінки потреб, розвиток навичок до підтримки на робочому місці [57; 59; 70].

Основними проблемами дітей з обмеженими можливостями є:

1. Психологічна несамостійність. У дітей, віднесених до даної категорії, формується психологія залежності від іншої людини, яка перешкоджає інтеграції в соціум, позбавляє здатності захищати свої законні права;

2. Соціально-психологічна обмеженість, яка є наслідком інвалідності;

3. Утруднення процесу соціалізації. Це найважливіша проблема дітей з особливими потребами. Труднощі соціалізації дитини поєднуються з неадекватністю сприйняття дитини пропонованими до нього соціальними вимогами та неготовністю суб'єктів взаємодії до партнерських відносин із ними;

4. Деформація психологічної сфери, що тотально перешкоджає ефективному соціальному функціонуванню на фоні різко зниженої самооцінки, непродуктивних контактів з оточуючими.

1.2 Фізична активність як засіб корекції порушених функцій дітей

Фізичне виховання для досягнення поставленої мети використовує комплекс засобів і методів. Основним специфічним засобом є фізичні вправи, оскільки їхнє використання сприяє вирішенню всіх завдань фізичного виховання. Крім цього іншими, але також важливими засобами, є гігієнічні та природні чинники. Хоча за допомогою цих засобів можна вирішити тільки деякі завдання фізичного виховання, але враховуючи сучасні тенденції цього педагогічного процесу, а саме щодо його оздоровчого пріоритету, такі засоби набувають важливого значення [62; 64; 67; 68].

Крім засобів, педагогічний процес передбачає використання комплексу методів, що належать до загальнопедагогічних або специфічних. Конкретизуючи відзначаємо, що загальнопедагогічні – методи, які використовуються будь-яким педагогом; найбільш поширені у практиці фізичного виховання такі групи методів: наочної дії, мовної дії, ігровий. Разом із тим, учитель фізичного виховання використовує багато методів, що притаманні тільки цьому педагогічному процесу. Одна з класифікацій передбачає розгляд методів з позиції навчання рухових дій і розвитку рухових (фізичних) якостей, функціональних можливостей [63; 72; 74].

Досягнення норм і цінностей у галузі фізичного виховання визначає комплекс соціальних чинників, основними з яких є: навчання як важливий елемент становлення і розвитку рухової функції індивіда; цільові установки фізичного виховання, управління якими здійснює суспільство; мотиви, інтереси і потреби індивіда, формування яких залежить від впливу на нього соціального середовища [20; 32; 66].

В аспекті фізичного виховання дітей шкільного віку основні норми і цінності відображено у навчальній програмі цього предмету. Зокрема, його мета — сформувати в учнів стійку мотивацію до збереження свого здоров'я, фізичного розвитку і фізичної підготовки; гармонійний розвиток природних здібностей і психічних якостей; використання засобів фізичного виховання в організації здорового способу життя. Узагальнено мета досягається розв'язанням завдань із формування і розширення:

- загальних уявлень про фізичну культуру, її значення в житті людини, збереження та зміцнення здоров'я, фізичного розвитку;
- рухового досвіду, вдосконалення навичок життєво необхідних рухових дій, використання їх у повсякденній та ігровій діяльності;
- функціональних можливостей організму дитини через цілеспрямований розвиток основних фізичних якостей і природних здібностей;

– ціннісних орієнтацій на використання фізичних вправ як одного з головних чинників здорового способу життя;

– практичних навичок для самостійних занять фізичними вправами та проведення активного відпочинку [58; 65; 67].

Означені завдання свідчать, що крім соціальних, зміст фізичного виховання дітей шкільного віку визначають також біологічні чинники. Це зумовлено тим, що розвиток систем організму відбувається виключно на біологічній основі безумовно рефлекторних реакцій, які виявляються до народження, тривають усе життя та визначають особливості функціонування механізму пристосування, а саме обмежують величини і стабільність вияву досягнутого результату в певному виді діяльності [50, с. 97].

Провідною у досягненні мети фізичного виховання є належна рухова активність дітей [55; 72; 76]. З позицій біології потреба людини у руховій активності зумовлена таким. Рухи і рухові дії є результатом функціонування всього організму як живої системи, оскільки життя рухів стає можливим завдяки залученню у процес їх розвитку і реалізації всіх ресурсів життєдіяльності організму — від клітини до кори головного мозку. Незалежно від того, виконується будь-який руховий акт під контролем свідомості чи залучає механізм безумовного рефлексу, він супроводжується розгортанням біохімічних процесів, спрямованих на забезпечення енергетики руху та відповідних фізіологічних механізмів. Основою останніх є інша фундаментальна властивість усього живого — здатність адаптуватися, розвиватися на основі пристосування до зовнішніх впливів. Завдяки цьому відбувається накопичення нових фізичних кондицій, мобілізація і розгортання внутрішніх ресурсів організму (потребує певного часу), а після досягнення результату — зміни змісту рухової активності для подальшого розвитку індивіда [5; 53].

У соціальному аспекті рухову активність розглядають, передусім як один з найефективніших засобів покращення соматичного здоров'я, фізичної підготовленості, результатів навчальної діяльності та відновлення загальної

фізичної і розумової працездатності, що в комплексі забезпечують якісну трудову й інші суспільно-корисні види діяльності людини [1; 3].

Соціально-економічний ефект рухової активності полягає у підвищенні виробничої діяльності, стабілізації і покращенні психологічного клімату в колективі, скороченні втрат робочого часу внаслідок хвороби, зниженні підліткової злочинності, пролонгації періоду трудової активності за межі пенсійного віку. У зв'язку з цим іноземні наукові центри спеціально досліджують соціальні наслідки реалізації програм рухової активності з використанням фізичних вправ у певних регіонах або на виробництвах. Результати свідчать, що ефект суспільної праці від реалізації таких програм збільшується, в середньому, на 3–5 %, а кількість пропущених по хворобі днів, навпаки зменшується на 8–12 %, що є суттєвим в умовах сучасного виробництва [45; 50].

Покращення за допомогою рухової активності іншого важливого показника соціальної адаптації дітей шкільного віку — фізичної підготовленості — сьогодні загальновизнаний факт, а важливість першої для підвищення якості навчальної діяльності та розумової працездатності учнів підтверджують дані відповідних досліджень. Зокрема виявлено, що в учнів 13–15 років після шести уроків розумова працездатність знижується, у середньому, на 22–27 %, а на початку самопідготовки після обіду й активного відпочинку (рухова активність з використанням фізичних вправ на свіжому повітрі) — зростає на 23 % [20; 60].

Водночас, необхідний обсяг систематичної рухової активності у шкільному віці складає основу стратегії, спрямованої на профілактику хронічних захворювань у зрілому віці, зокрема остеопорозу, ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, ожиріння, діабету II типу. Зазначене пов'язано з тим, що на думку окремих науковців у період формування організму рухова активність несуттєво позначається на покращенні соматичного здоров'я дитини [5, с. 47].

З іншого боку, під впливом спеціальних програм рухової активності покращуються функціональні показники дітей шкільного віку з певними захворюваннями. Так виявлено позитивний ефект використання плавання, негативний — бігових вправ на функціональний стан дихальної системи хворих на астму молодших школярів та вияв у них рефракторного періоду (часовий інтервал між двома заняттями, що забезпечує слабший напад астми або взагалі його відсутність під час другого заняття). Оптимальною для таких занять є інтенсивність фізичних навантажень, що не перевищує 70 % граничної межі, а тривалість виконання вправ в окремому занятті складає 6–8 хв [18; 76; 79].

Виявлено [5; 20] також, що більшість дітей з різними захворюваннями серця нормально реагують на фізичні навантаження. В інших таких дітей систематична рухова активність сприяє усуненню деяких чинників, що обмежують їхню рухову активність, а саме недостатність серцевого викиду та аеробного метаболізму скелетних м'язів. Водночас доведеним є факт безпосередньої залежності ожиріння від рухової активності дітей шкільного віку. Залежність значною мірою зумовлена не тривалістю рухової активності таких дітей, а кількістю добових енерговитрат.

На відміну від вищезазначених захворювань, які позначаються передусім на транспортуванні кисню в організмі, а отже зумовлюють зниження аеробних можливостей дитини, захворювання нервової системи і опорно-рухового апарату (зокрема церебральний параліч) призводить до зниження сили, максимальної аеробної потужності, витривалості окремих груп м'язів і порушення нервово-м'язової координації [17; 26; 27; 28]. Виявлено також, що рухова активність дітей з важкими формами церебрального паралічу (подвійна геміплегія) значно нижча порівняно з дітьми без порушень розвитку.

Водночас зазначається [38, с. 34], що загальній руховій активності старшокласників з різними формами цього захворювання властива негативна тенденція зміни, за винятком періоду між 15 і 16 роками у дівчат, упродовж

якого показник дещо покращується, тоді як рухова активність, що передбачає використання фізичних вправ, у хлопців і дівчат щорічно погіршується. В учнів 16–18 років спеціальних професійно-освітніх навчальних закладів зазначені показники не змінюються, але рухова активність з використанням фізичних вправ у хлопців значно більша порівняно з дівчатами [25, с. 132].

Крім цього використання авторських реабілітаційних (коригувальних) програм сприяє покращенню таких пізнавальних процесів дітей 7–8 років з церебральним паралічем: уваги — на 22,8 %, пам'яті — на 23,3 %, мислення і конструктивної діяльності — 13,5 % ($p < 0,05$) [51; 73].

Водночас важливим є висновок, що повсякденна рухова активність таких дітей навіть у випадку використання занять фізичними вправами, в переважній більшості не забезпечує необхідної для їхнього розвитку інтенсивності. Винятком є реалізація таких занять у межах спеціально розробленої програми, яку здійснює вчитель адаптивного фізичного виховання (фахівець з фізичної реабілітації). За даними В. С. Язловецького [76, с. 98] добова норма рухової активності дітей 7–10 років становить 3,0–3,5 години, підлітків 11–14 років — 3,6–4,8, дівчат 15–17 років — 3,6–4,8, юнаків — 4,8–5,8 години, а тижнева — 7–12 годин, що відповідає енерговитратам на рівні 2500–3000, 3000–4000, 3000–4000 і 3500–4300 ккал/на добу відповідно чи 15–20, 20–25, 25–30 і 20–25 тис. кроків.

Інші вітчизняні фахівці [24; 44] пропонують упродовж тижня використовувати 3–4 заняття фізичними вправами тривалістю щонайменше по 30 хв кожне з інтенсивністю 60 % від максимально можливої кількості споживання кисню, що відповідає частоті пульсу на рівні 140–160 ск./хв.

Рекомендації інших дослідників містять три рівні нормування рухової активності дітей шкільного віку: I рівень (збереження здоров'я) – рухово-гігієнічний мінімум такої активності, а саме щоденну ранкову гімнастику, загартовування і прогулянку перед сном; II рівень (гармонійного розвитку) – рухово-загальнопідготовчий мінімум — заходи I рівня та 30–60 хв активного відпочинку з використанням фізичних вправ; III рівень (вищої спортивної

діяльності) — загальнопідготовчий оптимум — заходи II рівня та 3–6 години занять фізичними вправами впродовж тижня.

На думку О. Бар-Ора, Т. Роуланда [5, с. 54] рухова активність дітей шкільного віку протягом тижня повинна містити від 2–3 до щоденних занять фізичними вправами, кожне тривалістю 35–45 хв з інтенсивністю навантажень 60–70 % від максимально можливого споживання кисню, що відповідає частоті пульсу на рівні 150–170 ск./хв; тривалість програми – 6–8 тижнів.

Що стосується методик визначення рухової активності, то тут одна їх частина передбачає фізіологічну оцінку показників споживання кисню, метаболічної енергії та потужності, інша — біомеханічну оцінку сили, швидкості, прискорення, інерції, механічної роботи. Водночас фахівці фізичного виховання широко використовують фремінгемську методику, що дозволяє за допомогою анкетного опитування визначити тривалість різних видів рухової активності (побутової, заняття фізичними вправами, трудової тощо), хоча і відзначається меншою об'єктивністю порівняно з вищезазначеними [36, с. 88].

Наведені дані свідчать, що рухова активність посідає одне з визначальних місць у заходах, спрямованих на успішне вирішення завдань соціальної адаптації як фізично здорових, так і хворих дітей шкільного віку.

Фахівці фізичного виховання використовуючи термінопоняття «рухова активність», розуміють під цим заняття фізичними вправами, а не виконання будь-яких рухових дій з різною метою, — незалежно від мети і завдань, систематичне використання фізичних вправ є основою рухової активності індивіда — довготривалої мотивованої діяльності, спрямованої на розвиток (підтримання, вдосконалення) його рухових і функціональних можливостей [20, с. 22].

Водночас найбільш поширеним сьогодні є таке тлумачення рухової активності – будь-який рух тіла, що зумовлює скорочення скелетних м'язів та призводить до витрат енергії [5; 28]. У зв'язку з цим робимо висновок, що

це термінопоняття охоплює різні види рухової активності, з яких у дітей шкільного віку виокремлюється передусім трудова, у фізичному вихованні, під час занять мистецтвом, побутова. Підтвердження цього знаходимо у О. Бар-Ора, Т. Роуланда [5 с. 76], які після наведеного визначення пропонують інший термін – «спеціально організована рухова активність» — різновид рухової активності у межах виконання тренувальних програм або рухових тестів та зазначають, що її необхідно відрізнити від спонтанної, неорганізованої рухової активності.

У зв'язку з певною неузгодженістю тлумачення термінопоняття «рухова активність» семантично актуалізували його за лексикографічними джерелами [10, с. 654]. Виявили, що активність – це те, що посилено діє, в англійській (activity) – діяльність або активність. Іншими словами, «активність» передбачає дію, але не конкретизує її параметри (може бути хаотична, несистемна і навіть негативна), тоді як «діяльність» тлумачиться як заняття, тобто передбачає дію з чітко визначеними спеціальним змістом і позитивним результатом.

Ураховуючи зазначене, рухову діяльність правомірно розглядати як вид діяльності з виконання певних рухових дій із чітко визначеними параметрами для досягнення позитивного результату у вирішенні поставленого рухового завдання. Водночас, у зв'язку з різними завданнями, а значить і параметрами рухових дій, у навчально-виховному процесі дитини виокремлюються різні види рухової діяльності. До них можна віднести, передусім таку діяльність у фізичному, трудовому вихованні, під час занять мистецтвом, у побуті тощо; у дитини з порушеними функціями – додатково такі важливі види: рухова діяльність у ЛФК, кінезотерапії, гідрокінезотерапії.

Що стосується фізичного виховання, то воно є формою відповідного виду рухової діяльності. Разом з тим, певну незрозумілість у такий об'єктивний погляд вносять окремі фахівці, розглядаючи фізичні вправи як рухову діяльність, яка відзначається спеціальною організацією задля вирішення завдань фізичного виховання. На нашу думку коректніше інше

тлумачення: фізичні вправи – це тільки ті рухові дії, що спрямовані на вирішення завдань фізичного виховання та підпорядковані його закономірностям. А от виконання таких рухових дій і буде руховою діяльністю, що притаманна фізичному вихованню. У цьому випадку головна відмінність останньої від інших видів полягає в тому, що її основу складають не рухові дії, а фізичні вправи. У зв'язку з цим рухову діяльність у фізичному вихованні правомірно розглядати як один з видів діяльності учнів, заснований на використанні ними фізичних вправ з чітко визначеними (на основі мети, означених завдань, закономірностей фізичного виховання) параметрами для забезпечення позитивного результату у вирішенні поставлених завдань [20; 22].

Під час дослідження також необхідно враховувати, що зазначений вид рухової діяльності характеризується оперативною, тактичною і стратегічною метою, кожна з яких на певному етапі визначає спрямованість основного засобу – фізичних вправ. Мета окремої такої вправи може полягати у розвитку зусилля в певному напрямку та з конкретною величиною, у переміщенні тіла, його частин, спортивного приладу чи елемента тренажерного пристрою. Метою серії (комплексу) вправ є формування певного вміння (навички) чи вдосконалення певної фізичної якості. Мета їх довготривалого використання – досягти високого рівня розвитку рухового і фізичного потенціалу індивіда, сформувати навички правильного виконання рухових дій, покращити соматичне здоров'я, виховати наполегливість, працьовитість, досягти високого рівня самодисципліни, інших важливих для особистості й суспільства моральних якостей та рис характеру [1; 3; 63; 73].

Отже визначення оптимальних параметрів рухової діяльності у фізичному вихованні та високоефективних технологій (методик) їх реалізації в спеціальних навчальних закладах – одна з найважливіших умов ефективного вирішення завдань корекції порушених функцій дітей.

1.3 Загальна характеристика нетрадиційних для класичного фізичного виховання засобів і методів

Не зупиняючись на характеристиці зазначених груп методів та засобів відзначимо, що деякі з них розглядаються як нетрадиційні для фізичного виховання. Така позиція ґрунтується на наступній інформації: основна особливість – такі засоби і методи відзначаються обмеженнями в їхньому виборі. Це зумовлено тим, що обов'язкові заняття з навчальної дисципліни «Фізична культура» можуть використовувати тільки засоби, які забезпечують підвищену фізичну активність [19; 20; 22].

До нетрадиційних засобів належить інтенсивне загартовування (ходіння босоніж, обтирання снігом, обливання холодною водою, відвідування сауни); спеціальні лікувально-профілактичні процедури (фітотерапія, аромотерапія, лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапевтичні процедури тощо) [41; 43; 49]. Крім цього, до нетрадиційних фізичних вправ відносять західні системи вправ (атлетична гімнастика, спортивна аеробіка, гідроаеробіка, пілатес, стрейчінг, шейпінг) та східні системи вправ (йога, тай-чі, у-шу, цигун) [42; 69]. Аналізуючи зміст таких засобів можна з упевненістю сказати, що вони належать до гігієнічних, природних чинників та фізичних вправ, тобто до класичних засобів фізичного виховання. Розбіжності полягають у тому, що їх змістом є додаткові, але нетрадиційні пристосування, способи використання традиційних засобів тощо.

Що стосується інших особливостей, то тут відзначаємо таке: основна мета всіх західних систем нетрадиційних засобів і методів – всі вони були започатковані в Європі та США, мають оздоровчу спрямованість, зокрема позитивну зміну форми тіла, маси тіла і довготривалий вияв досягнутого результату; іншими словами вплив можна характеризувати як зовнішній. Всі східні системи нетрадиційних засобів і методів започатковані в Китаї, Індії, відзначаються впливом на психофізіологічні можливості, тобто його можна охарактеризувати як внутрішній вплив [6; 70].

Використання таких засобів, методів у фізичному вихованні дітей та молоді на сучасному етапі набуває популярності, поширюється у складі загального обсягу засобів. Щодо дітей з порушеними функціями, то тут відзначаємо аналогічну тенденцію, але з деякими особливостями. Так, пропозиції деяких дослідників [18; 20; 33; 43] стосуються класичної дихальної гімнастики, а також яка виконується за методикою К. Ніші; елементів хатхи-йоги, методики модуляції звуків за допомогою спеціального апарату голосотворення – фізвокаліз; вправи з фітболами; плавання у «сухих басейнах», тобто в яких замість води басейн наповнюють спеціальними кульками. Крім цього, виокремлюються інші, але також важливі та дієві нетрадиційні засоби, методи, зокрема іпотерапія (верхова їзда на конях) та креативна рухова діяльність. При цьому, остання відзначається тим, що передбачає використання танцювальних елементів і вправ під музику, як засобу вирішення визначених завдань під час занять з фізичного виховання. Сутнісним тут є творчий аспект практик, що належать до художньо-музичних тілесно-орієнтованих. Тут стає можливим задоволення потреб індивіда з особливими освітніми потребами в поліпшенні стану здоров'я, самоактуалізації, творчому саморозвитку, самовиразі духовної сутності через рух, музику, образ (художній), інші засоби мистецтва [20, с. 60]. Деякими видами таких фізичних вправ є: заняття з ритміки, антистресова пластична гімнастика, рухова пластика, тілесно-орієнтована психотехніка актора, казкотерапія та ігротерапія, формокорекційна ритмопластика, психосоматична саморегуляція, ментальний тренінг, лікувальна релаксаційна пластика, логоритміка. Важливим та обов'язковим у реалізації зазначених нетрадиційних засобів і методів є музичний супровід.

Іншим напрямком розвитку нетрадиційних засобів і методів фізичного виховання є такий, що пов'язаний із застосуванням нестандартних підходів до вже наявних засобів і методів. Проведений із зазначених теоретико-методологічних положень аналіз відповідних літературних джерел виявив, що спроби класифікувати фізичні вправи за ознакою їх використання у

певних видах рухової діяльності осіб з порушеними функціями здійснювалися незначною кількістю дослідників. При цьому, загальним негативним моментом таких класифікацій був односторонній підхід, – переважна більшість робіт розглядала усе різноманіття фізичних вправ виключно з позицій практики фізичної реабілітації. При цьому, зовсім не враховувалися інші складові адаптивної фізичної культури (АФК): адаптивне фізичне виховання (освіта), адаптивний спорт, рекреативна рухова діяльність, креативні (художньо-музичні) методики фізичного виховання та екстремальні види рухової активності. У підсумку це призвело до різного тлумачення, у першу чергу ознак, за якими здійснюється класифікація фізичних вправ у АФК та теорії і методиці фізичної культури (ТіМФК), а відтак – до їх неточного або некоректного поєднання у відповідні групи вправ та види рухової діяльності. Наприклад, розроблена С. Бортфельд [7] класифікація оперує лише гімнастичними вправами, які автор поділяє на групу філогенетичної (враховують, переважно, онтогенетичні особливості розвитку організму) та аналітичної спрямованості (застосовуються для розробки і тренування окремих рухів).

За іншою класифікацією все різноманіття фізичних вправ поділяється на гімнастичні, спортивно-прикладні, ігрові та лікування положеннями тіла або окремих його частин. Найбільш вдалою спробою, на наш погляд, є систематизація фізичних вправ. Запропоновано ознаки об'єднати у групи, що аналогічні таким, які використовуються у ТіМФК, а отже зроблена спроба привести до спільного знаменника методологічну базу двох наукових дисциплін – ТіМФК та АФК. Разом з тим, запропонований підхід не повністю окреслює спільні (загальні) і специфічні ознаки фізичних вправ і видів рухової діяльності, що присутні у технологіях педагогічного впливу на організм осіб з порушеними функціями.

У практиці АФК головним засобом є різноманітні види фізичних вправ [63; 64; 67]. При цьому, значна їх частина запозичена з ТіМФК (такі групи вправ ми позначили як "традиційні" види рухової діяльності). До

них можна віднести гімнастичні, легкоатлетичні, спортивно-ігрові, вправи з плавання та деякі інші. Разом з тим, виокремлюються великі групи вправ, що застосовуються лише в АФК, а тому є нетрадиційними для ТiМФК.

Проведений у цьому зв'язку аналіз виявив, що найбільш чисельною групою видів рухової діяльності в АФК можна вважати таку, що за змістом фізичних вправ належать до традиційних, але у фізичній реабілітації вони застосовуються, переважно, у нетрадиційних поєднаннях і ґрунтуються на певних специфічних принципах. Як зазначає Л. Бадалян [4], до таких принципів належать: своєчасне встановлення діагнозу захворювання, а відтак – ранній початок заходів медико-педагогічного впливу, етапність їх впливу, наступність та комплексність. Останній принцип, не зважаючи на усе різноманіття видів рухової діяльності, що сьогодні представлені в АФК, реалізується в практично в усіх з них, – такі види рухової діяльності ми позначили як *комплексні*. Вони включають, наприклад: використання гімнастичних вправ у поєднанні з педагогічними заходами; корекцію рухової функції підлітків з порушеними функціями – з багатоцільовим тестуванням [38]; високоефективну тракціонну ротаційну маніпуляційну технологію – з використанням моделювання тиску на різні органи і суглоби; систему фізичних вправ реабілітаційної спрямованості – з використанням динамічної пропріоцептивної корекції; індивідуальну фізичну реабілітацію – з елементами кондуктивної педагогіки; застосування рухливих і спортивних ігор – з використанням системи Саунд-Бім і комп'ютерних корекційних ігор та занять психогімнастикою [18]; використання традиційних засобів фізичного виховання (фізичні вправи з предметами та без предметів: на зміцнення послаблених м'язів, покращення координації рухів й опірності кінцівок, навчання життєво необхідних навичок і цілеспрямованих рухових дій, покращення ходи; ігрові вправи спрямовуючої дії, рухливі та спортивні ігри) у поєднанні з комплексами нетрадиційних засобів – комп'ютерними розвиваючими іграми, психогімнастикою, системою Саунд-Бім (використання

різноманітних звуків із застосуванням спеціального приладу), масажем, фізіотерапевтичними процедурами, лікуванням за допомогою певних положень тіла та медикаментозними засобами.

Разом з тим, фахівців АФК більшою мірою цікавлять можливості ефективного використання традиційних видів рухової діяльності у роботі з дітьми з порушеними функціями. На цій підставі можна виокремити групу, в якій виконання фізичних вправ здійснюється *у нетрадиційних умовах*. Наприклад, останнім часом все більшу увагу фахівців привертає виконання фізичних вправ з плавання у сухих басейнах та гімнастичних – з використанням фітболів. Головні переваги цього нетрадиційного виду плавання полягають у тому, що під час виконання рухів дитина увесь час знаходиться у безпечній опорі, а постійний контакт шкіри із спеціальними кульками створює ефект масажу тіла, стимулює пропріоцептивну і тактильну чутливість; також, дитина вільно рухається по басейну, змінює напрями руху, позу, фізичну роботу і відпочинок і, таким чином, самостійно регулює навантаження, задовольняючи потреби у руховій діяльності. Використання сухого басейну сприяє розвитку моторики і, зокрема, різних координаційних проявів, але в першу чергу, рівноваги та різних проявів витривалості.

Наступним прикладом є гімнастичні вправи з фітболами, уперше запропоновані усередині 50-х років минулого століття швейцарським лікарем-фізіотерапевтом С. Кляйн Фогельбах для фізичної реабілітації саме дітей з наслідками церебрального паралічу [20, с. 47]. Фітболи – різні за діаметром (від 45 см до 75 см) і конструкцією м'ячі (фітболи – одинарні, фізіороли – з'єднані разом два м'ячі, м'ячі-стілці, хопи – м'ячі з ручками, прозорі м'ячі з дзвіночками усередині, масажні м'ячі, деякі інші), виготовлені із спеціального надміцного матеріалу ледропластику, – дозволяють ускладнювати та урізноманітнювати вихідні умови виконання фізичних вправ, сприяють хорошій релаксації м'язів, корекції різних деформацій хребта; крім позитивного оздоровчого, констатується значний

психологічний, виховний і педагогічний вплив занять фітбол-гімнастикою на дитину з порушеними функціями.

Іншою групою *нетрадиційних* видів рухової діяльності, згідно проведеного аналізу джерел інформації [20, с. 34-39] можуть бути такі, в яких виконання традиційних фізичних вправ відрізняється за своєю зовнішньою структурою і, зокрема, за *просторовими характеристиками*. Комплекси таких вправ у великій кількості наведені в АФК. Так, нетрадиційність виконання традиційних гімнастичних вправ запропонованих Т. Фау, ґрунтується на філогенетичній теорії розвитку рухового досвіду людини, – на початкових стадіях такого розвитку вона відтворює рухи, подібні до рухів класу риб, змій, плазунів. У цьому зв'язку, автором пропонується починати реабілітаційні заходи осіб з порушеними функціями з виконання примітивних рухів, керування якими здійснюється у середньому і продовгуватому мозку, – від гомолатерального повзання на животі (клас риб і змій) до контрлатерального повзання подібно плазунам.

Особливості виконання гімнастичних вправ, запропоновані К. Vobath і В. Vobath ґрунтуються на усуненні патологічного рухового стереотипу дитини, що формується внаслідок психомоторних порушень виклираних хворобою (нередуковані тонічні рефлекси стовбура мозку, патологія антигравітації, сенсорні кінестетичні порушення) за допомогою укладання дітей у позу ембріону. Поза-укладки, на думку авторів, мають велике значення для нормалізації постави тіла і найпростіших рухів, а отже сприяють формуванню правильної реакції опори. Лише після вирішення цього завдання, можна переходити до навчання дитини з порушеними функціями правильним (з біомеханічної точки зору) рухам. Разом з позами-укладками пропонується використовувати також вправи для розвитку реакції рівноваги та опори, але з попередньою релаксацією м'язів для зниження тонусу, – нормальному руху повинен передувати нормальний м'язовий тонус. Зазначений методичний підхід сьогодні широко

використовується в усьому світі, оскільки є універсальним для осіб з різними психомоторними порушеннями.

Наступною групою видів рухової діяльності, що можна віднести до нетрадиційних є такі, в яких використовуються нетрадиційні *прилади і пристрої, апарати механотерапії, людиноподібні механізми та інші пристосування* для виконання фізичних вправ. Особливості дії цих видів рухової діяльності на організм осіб з порушеними функціями ґрунтуються на вченні про моторно-вісцеральні рефлекси, – специфікою взаємодії локомоторної та вісцеральної систем організму, що полягає у спільній сегментарній іннервації органу, на який здійснюється педагогічний вплив та деяких інших органів, що реагують на такий вплив.

Уперше прилади механічної конструкції для функціонального лікування застосував Г. Цандер, – ним була створена система „машинної” гімнастики. Подальший розвиток механотерапія отримала завдяки працям М. Герца, Г. Крукенберга, І. В. Заблудовського, В. Дега [28]. Уперше виявлена ефективність корекції рухових і сенсорних порушень дітей 3-14 років із спастичною диплегією за допомогою фізичних вправ, що виконувалися на різних групах тренажерів; конструкції різноманітних технічних пристроїв та їх застосування у реабілітації порушень опорно-рухового апарату.

Сьогодні тренажери, що використовуються у практиці АФК осіб з порушеними функціями можна класифікувати за: ефективністю впливу на сенсорно-рухові порушення та способом отримання інформації по каналам прямого зв'язку на підставі енергосилової взаємодії технічних засобів та індивіда [30; 31]. Відповідно, в останній групі виокремлюється шість підгруп тренажерних пристроїв, що: використовують формування властивостей середовища, які є найбільш оптимальними для можливостей індивіда з порушеними функціями; програмують біомеханічні характеристики індивіда; обмежують нераціональну траєкторію та положення окремих ланок тіла; створюють сумарний фізичний вплив у вигляді тяги, що прикладена до

тіла індивіда (переважно у ділянці загального центру маси); керують рухами у певних суглобах; використовують електростимуляцію для напруження певних м'язових груп.

Перспективним є використання технічних пристроїв як засобів формування належних ритмо-швидкісних характеристик рухової дії без перебудови рухового стереотипу, – „штучне керуюче середовище”. Зазначений підхід потребує більш детального розгляду в зв'язку з отриманими результатами, – обмежена у можливості ходити внаслідок контрактури кульшового суглобу людина, здатна бігти упродовж 20 і більше хвилин, у неї зростають функціональні показники діяльності серцево-судинної та дихальної систем, нормалізується гормональний статус – усе завдяки виконанню бігу за допомогою тренажерного стенду, сконструйованого у відповідності до концептуальних положень „штучного керуючого середовища” [32]. Встановлений ефект отримав назву „штучного забезпечення повернення до стану здорового рухового минулого” і свідчить про перспективність цього нетрадиційного виду рухової діяльності у роботі з особами з порушеними функціями.

Використання більш складних механізмів і, зокрема, лікувально-навантажувального костюму ЛК-92 „Аделі”, є ефективним у корекції моторних функцій [20, с. 121], проте можливості його масового застосування обмежене великою вартістю; аналогічна проблема стосується використання активних екзоскелетонів і антропоморфних механізмів, що дозволяють заміни або відновлювати втрачені функції певних ділянок опорно-рухового апарату. У цьому зв'язку використання механотерапії як різновиду виконання фізичних вправ учнями з порушеними функціями у найближчому майбутньому рухатиметься, головним чином, в одному напрямку – розробці авторських моделей недорогих за вартістю і виконаних з доступних матеріалів або використання серійних приладів і пристроїв невеликої вартості. Так, на застосуванні авторського тренажеру ґрунтується методика фізичної реабілітації, спрямована на формування та удосконалення

основних рухових умінь (просторової орієнтації, реакції опори, утримання та переходу з однієї позиції в іншу) в умовах вертикально розміщеного тіла дитини при оптимальному розвантаженні його опорно-рухового апарату. Відтворення рухів ходьби за допомогою таких тренажерів-„силових додатків” (тредбан, „полегшена підвіска”), їх корекція з використанням зворотного біологічного зв'язку частково або повністю відновлюють обмеження природних можливостей у найважливіших фазах рухів [31; 44; 58].

Інший запропонований метод – тандо-метод виконання фізичних вправ – ґрунтується на примусовому виконанні рухової дії дитиною, з'єднаною спеціальними жорсткими механічними приладами в єдиний тандем з інструктором, який, технічно правильно виконуючи рухову дію за допомогою цих пристроїв, примушує те саме робити дитину і, таким чином, сприяє формуванню стійкого динамічного стереотипу з правильними біомеханічними параметрами рухів; етапна реабілітація з використанням ортезів і спеціального взуття пропонується.

В основі ефекту дії пристроїв електричної стимуляції м'язів лежать положення про аферентно-компенсаторний вплив такої стимуляції на моторні функції особи з порушеними функціями. Так, використання апарату „Міотон” дозволяє покращити функціональні властивості паретичних м'язів, проводити корекцію рухів, формувати правильний стереотип ходи [35]. Разом з тим, використання пристроїв електроміостимуляції є ефективним лише в процесі формування правильної ходи.

Новим різновидом рухової діяльності, що застосовується в АФК, є функціональне біоуправління, – спрямована корекція, у першу чергу, простих координацій та деяких інших рухових функцій за допомогою пристроїв індивідуального користування. Під час виконання фізичних вправ з таким пристроєм, відхилення від запрограмованих м'язових зусиль призводить до автоматичного вмикання короткого електростимуляційного

імпульсу, що зникає у випадку досягнення дозволеної межі відхилень параметрів руху [4; 13].

У практиці АФК виокремлюється група видів рухової діяльності, які використовуються виключно у роботі з особами з порушеними функціями, – специфічні нетрадиційні види рухової діяльності. До них можна віднести іппотерапію, різновиди дихальних вправ, елементи хатха-йоги, художньо-музичні та спортивно-творчі види рухової діяльності, деякі інші.

Іппо- (райт) терапія – реабілітація за допомогою верхової їзди на конях є загально визнаним видом рухової діяльності при захворюваннях різної нозології, у тому числі, внаслідок церебрального паралічу. Використання коней з цією метою знаходимо ще у стародавні часи, – античний лікар Гіппократ зазначав, що поранені та хворі швидше і краще одужують, якщо їздять верхи [25; 73]. В Європі іппотерапія набула інтенсивного розвитку упродовж останніх 30-40 років, спочатку у Скандинавських країнах, а потім в інших, у тому числі Росії. Так, сьогодні у 45 країнах світу діють центри лікувальної верхової їзди, кількість яких, наприклад, у США становить більше 1000, Великобританії – біля 700, Польщі – біля 60, Росії – біля 40.

Іппотерапія дозволяє здійснювати вплив на фізичну і психічну сферу дитини та вирішувати комплекс важливих завдань: протидіяти гіпокінезії, розвивати фізичну активність, відновлювати порушені психофізичні функції, покращувати або відновлювати втрачені рухові навички та формувати нові. Принципова відмінність іппотерапії від інших видів реабілітаційної рухової діяльності полягає у тому, що вона дозволяє залучити до діяльності практично усі м'язові групи вершника і, що особливо важливо, на рефлекторному рівні, – сидячи на коні, рухаючись разом з ним, дитина упродовж усього заняття інстинктивно намагається зберегти рівновагу і, таким чином, примушує до активної діяльності неушкоджені, а також ушкоджені або обмежені в рухах окремі м'язи та їх групи [38; 48].

Крім цього, жоден із спортивних приладів або тренажерних пристроїв не наділений можливістю так потужно і різнобічно впливати на мотивацію, –

дитина відчуває величезне бажання сісти на коня, відчути себе вершником, подолати страх, набути впевненість у власних силах. У комплексі така мотивація мобілізує вольову сферу, що дозволяє подолати відчуття страху та зайву спастичність м'язів; такий фон призводить до максимальної концентрації уваги, виконання корегуючих рухів для збереження рівноваги і, таким чином, до невимушеного подолання патологічних рухів і збудження необхідних центрів моторики. Також, вища на 1,5° за людську температура тіла коня, виконання ним рухів і адекватні дії вершника, – усе це діє як додатковий фактор розігрівання м'язів з наступним масажем і покращенням кровообігу.

З біомеханічної точки зору, рухи коня створюють в дитини уяву власної ходи, що підкріплюються виконанням мимовільних рухів ногами і, таким чином, моделюють її правильний стереотип. Також, коливаннями нав'язується ритм почергового напруження і розслаблення м'язів тулуба, що дозволяє дитині утримувати правильне положення тіла і призводить до розвитку відповідних симетрій. Покращується рухова функція, координація між нервовими імпульсами і м'язами, що сприяє зростанню ефективності їх дії, навіть у нетренованих м'язових групах, тобто має місце перенесення тренувального ефекту [44].

Використання іппотерапії повинно здійснюватись комплексно і включати також лікувальну гімнастику, масаж, – у підсумку це призводить до зниження спастичного синдрому, значного збільшення стато-кінетичної та локомоторної стійкості за рахунок нормалізації м'язового тону; найкращі результати були отримані при гіперкінетичній формі церебрального паралічу – зменшення обсягу та амплітуди мимовільних рухів за рахунок вольових зусиль. Так, застосування упродовж півтора місяця (8 занять) комплексу суворо регламентованих гімнастичних вправ разом з верховою їздою призвело до значного зростання ЖЄЛ, сили кисті, величини коротколатентних сомато-сенсорних викликаних потенціалів і одночасного зниження реактивної та особистісної тривожності, зміни емоційного

портрету у напрямку підвищення стійкості до стресу, зменшення відчуття фізичного дискомфорту, покращився настрій, підвищився інтерес до реабілітаційних заходів у дітей 13-17 років, причому незалежно від форми церебрального паралічу (досліджувалися особи із спастичною диплегією, гіперкінетичною, геміпаретичною та атонічно-астатичною формою).

Окремі дослідники [18; 79] доводять доцільність та ефективність використання комплексів дихальної гімнастики, – їх необхідно розглядати як головні у методиках адаптивного фізичного виховання, але методичні особливості їх виконання повинні полягати не у високих м'язових напруженнях, а залученні до роботи якомога більшої кількості м'язів і суглобних з'єднань (такі комплекси вправ широко наведені у східних школах гімнастики та одноборств). Так встановлено, що використання комплексів дихальної гімнастики сприяє очищенню слизової оболонки дихальних шляхів і ковтально-лімфоїдного кільця від патологічної мікробної флори, забезпечує повноцінний дренаж бронхів і, у підсумку, зменшує ризик переходу гострих респіраторних захворювань у хронічні; також збільшується сила та витривалість м'язів, задіяних під час дихання (особливо видиху), нормалізується кровообіг, зростають показники фізичної підготовленості та фізичного розвитку.

Різновидом дихальних вправ можна вважати використання апарату голосового утворення звукової модуляції – „фізвокалізу”. Спеціально організовані комплекси вправ з його застосуванням акцентовано активізують м'язи апарату голосового утворення, що, у свою чергу, призводить до суттєвих позитивних змін функціонального стану за рахунок підвищення емоційного фону та збільшення працездатності індивіда.

У зв'язку з рекомендаціями щодо комплексного використання дихальних вправ, пропонується поєднувати їх з елементами хатха-йоги і, таким чином, впливати на психофізичний та функціональний стан осіб з порушеними функціями. Так, комплексне застосування спеціальних дихальних вправ за методикою К. Ніші, Б. Толкачова та елементів хатха-йоги

за методикою Р. Хілтмана призвело до покращення психофізичних, інтелектуальних можливостей і психічного стану підлітків з порушеними функціями [18; 20]. Проведений нами у цьому зв'язку порівняльний аналіз впливу експериментальних методик, що відрізнялись лише наявністю або відсутністю дихальних вправ і елементів хатха-йоги (контингент дітей з порушеними функціями був ідентичним за основними параметрами) свідчить, що використання останніх призводить до достовірно більших позитивних змін лише у показниках психічного стану (у розвитку основних рухових функцій таких відмінностей не виявлено).

Апробуються комплекси деяких інших спеціальних вправ – за методиками К. Ніши, Р. Хілтмана, А. Гречихо, що спрямовані на нормалізацію постави, діяльності внутрішніх органів (нирок, кишечника, печінки, серця, мозку), оптимізацію кровообігу, узгоджену дію симпатичної та парасимпатичної нервової системи, а також на покращення загального самопочуття та зняття нервової напруги. Так, спеціальні дослідження впливу авторської методики психобіоенергетичної профілактики [20; 46] на стан осіб з порушеними функціями виявили її високий ефект. Основу методики складають спеціальні фізичні вправи, виконання яких дозволяє задати просторові рухи хребту, іншим частинам опорно-рухового апарату для створення резонансно-хвильового впливу на них. Він формується за допомогою певного ритму, створеного спеціальним музичним супроводом і відповідно синхронізованого з параметрами спрямованого біоенергетичного поля. Останнє досягається шляхом багаторазового автоматизованого виконання фізичних вправ з одночасною мисленою уявою їх впливу на певний орган або частину тіла, а також із застосуванням медитації у спеціальних позах і водних процедур. В результаті у ділянках, на яких акцентувалась увага, формується максимальний біоенергетичний хвильовий імпульс, оскільки міжорганні та внутрішньо органні порожнини і міжтканинні капілярні щілини дають змогу формувати вібраційну хвилю дуже складної конфігурації, здатну проникати у будь-яку задану ділянку тіла

або органу [30]. Наслідком такої дії є локальний (у цій ділянці) „мікровибух”, що призводить до розбивання спайок, розволокнення та розшарування тканин і, таким чином, – до усунення патологічних змін і відновлення їх функціональних властивостей.

Останнім часом все більшу увагу дослідників привертають танцювальні елементи і виконання фізичних вправ з використанням музичного супроводу як засобів впливу на організм дітей з порушеними функціями [47]. Разом з тим, хоча творчий аспект присутній в усіх компонентах фізкультурної діяльності, проте можна виокремити види рухової діяльності, де він є провідним (самою сутністю цих видів), тобто без наявності якого вони просто не могли б існувати. Тому, такі види рухової діяльності пропонується розглядати як самостійну групу, – .креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики АФК. Вони дозволяють задовольнити потреби особи з порушеними функціями в самоактуалізації, творчому саморозвитку, самовиразі духовної сутності через рух, музику, образ (у тому числі художній) та інші засоби мистецтва. Прикладами такого поєднання можуть бути тілесно-орієнтовані види рухової діяльності: уроки ритміки для дітей 7-11 років з порушеними функціями, казкотерапія та ігротерапія, формокорекційна ритмопластика, антистресова пластична гімнастика, рухова пластика, ментальний тренінг, нейролінгвістичне програмування, тілесно-орієнтована психотехніка актора, гімнастика Л. Алексеевої.

Аналогічним комплексним підходом, але з яскраво вираженою змагальною діяльністю та усіма її атрибутами (урочисте відкриття і закриття, оголошення рекордів, нагородження, тощо) відзначається проект „СпАрт”, – у самій назві поєднується два компонента діяльності – спортивна і творча; серед іноземних аналогів можна відзначити „Театр спорту і рухів” (Велика Британія), „Фаміліада” (Німеччина) та деякі інші.

Отже, на сучасному етапі практика поповнюється новими для фізичного виховання засобами і методами, що характеризуються як

нетрадиційні для цього педагогічного процесу. Повною мірою зазначене стосується вирішення завдання з корекції порушених функцій дітей: арсенал представлений широким набором нетрадиційних засобів і методів; удосконалення потребують параметри в напрямі забезпечення їх адекватності щодо позитивного результату у вирішенні визначених завдань.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

Для вирішення поставлених задач були використані такі методи дослідження:

- загальнонаукові: аналіз, узагальнення, систематизація, теоретичне моделювання;
- педагогічні: спостереження, тестування, експеримент;
- математичної статистики.

Теоретичний аналіз і узагальнення використані як при вивченні літературних джерел, так і при інтерпретації даних власних експериментальних досліджень. При аналізі науково-методичної літератури враховували хронологію явищ, що вивчаються та їхнє значення, як з позиції існуючих на той час поглядів, так і з переломом викладених фактів через призму сучасних теоретичних положень.

Осмислення і логічний аналіз фактів, отриманих у попередніх дослідженнях, їх співставлення з показниками досліджуваних дали можливість внести корективи в організацію та зміст, основу яких становлять нетрадиційні засоби і методи фізичного виховання.

Метод педагогічних спостережень був використаний в даній роботі за двома напрямками. Перший – це візуальні спостереження для вивчення особливостей різних аспектів діяльності дітей з порушеними функціями під час занять фізичними вправами у різних формах організації [14; 16; 55].

Відзначаємо також, що спостереження проводилися як за заняттями фізичними вправами, так і за іншими видами діяльності дітей.

Результати аналізу матеріалів педагогічних спостережень, педагогічного тестування склали основу для розроблення організаційних і

методичних умов використання нетрадиційних засобів і методів фізичного виховання у практиці фізичної активності дітей з порушеними функціями. Передусім у напрямі їхньої корекції.

Другий напрямок – інструментальні спостереження, в ході яких використовували тести для визначення рівня розвитку рухових (фізичних) якостей дітей.

Застосовували наступні рухові завдання:

- 1) Динамометрія кисті провідної руки;
- 2) Піднімання в сід;
- 3) Підйом тулуба в сід із положення «лежачи, ноги прямі»;
- 4) Піднімання в сід із положення «лежачи на спині»;
- 5) Присідання за 20 с;
- 6) Біг на 30 м;
- 7) Нахил тулуба вперед з положення сидячи;
- 8) Човниковий біг 4x9 м;
- 9) Стрибок у довжину з місця

Кожний із досліджуваних виконував по дві спроби, аналізували кращі результати. Всі виміри проводили у відповідності до правил і метрологічними вимогами. Надійність цих тестів була визнана достатньо високою [13; 21].

Для опрацювання одержаних емпіричних даних дослідження використовувалися адекватні і, водночас поширені методи математичної статистики. Обробка експериментальних даних передбачала:

- а) визначення середньої арифметичної величини - \bar{X} ;
- б) підрахунок середнього квадратичного відхилення - S ;
- в) визначення стандартної похибки середньої арифметичної - m ;
- г) підрахунок достовірності відмінностей – t ; достовірність відмінності вважали статистично значущою на рівні, щонайменше $p < 0,05$.

Педагогічний експеримент передбачав констатувальний етап. Під час реалізації такого етапу було отримано первинну інформацію про об'єкт

досліджень, зокрема було визначено особливості вияву та стан розвитку рухових якостей дітей із вадами слуху та зору, які були учнями початкової школи.

2.2 Організація дослідження

Дослідження проводили у період з 2022 по 2023 роки на базі Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Досліджуваними були: 16 дівчаток і 15 хлопчиків, вік яких знаходився у межах 6-10 років, а всі мали порушені функції слуху; 40 одноліток (по 20), але всі були фізично здорові. Крім цього, взяли участь ще 10 дітей віку 6-7 років та 11 дітей віку 8-10 років, усі мали порушені функції слуху.

Реалізовували дослідження у декілька етапів.

На першому етапі (вересень 2022 року) визначили напрямок дослідження, який конкретизували визначенням мети, завдань, формулюванням об'єкту, предмету дослідження, підбирали адекватні методи дослідження. Було розглянуто теоретико-методологічні передумови використання нетрадиційних засобів і методів фізичного виховання у корекції порушених функцій дітей.

На другому етапі (жовтень 2022 – червень 2023 років) проводили тестування досліджуваних, реалізуючи так констатувальний педагогічний експеримент.

На третьому етапі (липень – листопад 2023 року) проводили вивчення досліджуваних показників, формулювали організаційні та методичні умови використання нетрадиційних засобів і методів фізичного виховання у корекції порушених функцій дітей. Крім цього, узагальнювали одержані результати, формулювали висновки та оформлювали дипломну роботу магістра.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕНИМИ ФУНКЦІЯМИ ЗОРУ

3.1 Порівняльна характеристика дітей із порушеними функціями та фізично здорових однолітків

При виборі тестувальної програми для дітей із порушенням слуху керувалися думками І. Горянської, Т. Синельникової про доцільність використання однакових тестів як для здорових, так і для дітей із порушенням слуху. Орієнтування на результати, показані в аналогічних тестах здоровими дітьми того ж віку, дає можливість виявити, які саме показники мають низький рівень розвитку в дітей із обмеженими можливостями, а також ступінь відставання досліджуваних показників дітей із порушенням слуху від здорових. Єдиною відмінністю в методиці проведення тестів було те, що при роботі з дітьми із порушенням слуху більше часу приділялося показу завдання, а також збільшенню числа пробних спроб.

Розвиток м'язової сили є необхідним компонентом всебічного, гармонійного розвитку дитини, особливо дитини з особливими потребами. Для оцінки силової підготовленості використовували динамометрію кисті провідної руки. Вимірювання сили кисті у дітей виконувалось за допомогою дитячого кистьового динамометру в положенні «стоячи».

Порівнюючи фізичну підготовленість дітей із порушенням слуху і здорових молодших школярів, можна відзначити більш низькі показники, що характеризують розвиток фізичних якостей у дітей із порушенням слуху у порівнянні зі здоровими однолітками (див. табл. 3.1-3.4).

У таблиці 3.1 представлено показники кистьової динамометрії провідної руки дітей із порушенням слуху, у таблиці 3.2 – показники динамометрії кисті провідної руки фізично здорових дітей.

Таблиця 3.1 – Показники динамометрії кисті провідної руки дітей із порушенням слуху (n=31), кг

Статистичний показник	Хлопчики (n=15)					Дівчатка (n=16)				
	Вік, років									
	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
\bar{x}	4,5	6,2	7,9	9,4	12,3	3,3	5,7	7,0	8,3	11,2
S	2,7	3,5	2,9	2,9	2,5	1,2	3,3	3,0	6,2	3,0
Me	3,5*	6,5*	8,0*	10,0*	13,0*	3,5*	6,0*	7,0*	7,5*	10,0*
25 %	3,4	3,0	7,6	9,5	10,8	2,9	3,5	5,0	5,5	10,0
75 %	5,4	7,5	10,0	10,0	13,5	4,1	6,5	8,0	11,0	12,0

П р и м і т к а. Різниця між показниками дітей із ДС і практично здоровими однолітками статистично значуща «*» – на рівні $p < 0,01$.

Таблиця 3.2 – Показники динамометрії кисті провідної руки фізично здорових дітей (n=40), кг

Статистичний показник	Хлопчики (n=20)					Дівчатка (n=20)				
	Вік, років									
	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
\bar{x}	13,5	13,9	14,7	15,6	20,3	11,9	12,1	12,7	14,8	19,1
S	1,3	0,4	0,49	0,6	1,0	0,4	0,3	0,9	1,1	1,2

Аналіз даних таблиць 3.1 та 3.2 дозволяє констатувати, що у хлопчиків і дівчаток 6-10 років із порушенням слуху показники динамометрії

кисті провідної руки статистично вірогідно нижчі, ніж у практично здорових однолітків ($p < 0,01$).

Середня кількість стискання у 6-річних хлопчиків із порушенням слуху становить $4,5 \pm 2,7$ кг, тоді як у практично здорових – утричі більше, а саме $13,5 \pm 1,3$ кг. Такі дані спостерігаються за всіма середніми показниками силових якостей у дівчаток і хлопчиків всіх вікових груп із порушенням слуху у порівнянні з їх практично здоровими однолітками.

За міжгруповими таблицями оцінки рухової підготовленості школярів за оцінкою динамометрії правої руки хлопчики і дівчатка 6-10-річного віку відносяться до *нижче середнього рівня* розвитку. Практично здорові хлопчики за показниками кистьової динамометрії 6-ти і 9-10-ти річного віку відносяться до *вище середнього рівня*, 7-8-річні – до *високого рівня* розвитку. Практично здорові дівчатка 6-ти і 8 та 10-ти річного віку відносяться до *вище середнього рівня* розвитку за показниками кистьової динамометрії, 7-ми та 9-ти річні – до *високого рівня* розвитку.

У таблицях 3.3 і 3.4 представлено показники силового індексу дітей відповідно із порушенням слуху та фізично здорових однолітків.

Таблиця 3.3 – Показники силового індексу дітей із порушенням слуху (n=31)

Статистичний показник	Хлопчики (n=15)					Дівчатка (n=16)				
	Вік, років									
	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
\bar{x}	20,1	23,0	26,5	30,5	34,0	14,7	15,3	19,0	19,7	31,2
S	4,6	9,1	4,7	7,7	16,3	6,8	7,5	10,8	13,2	11,7
Me	20,8*	26,5*	27,8*	31,8*	39,4*	15,7*	15,8*	18,9*	19,9*	34,9*
25 %	17,0	18,7	23,4	30,4	23,8	15,7	9,5	11,4	10,8	27,4
75 %	26,0	27,2	33,3	35,4	44,3	19,0	19,0	24,0	26,4	37,0

П р и м і т к а. Різниця між показниками дітей із ДС і практично здоровими однолітками статистично значуща «*» – на рівні $p < 0,01$.

Таблиця 3.4 – Показники силового індексу дітей із порушенням слуху (n=40)

Статистичний показник	Хлопчики (n=15)					Дівчатка (n=16)				
	Вік, років									
	6	7	8	9	10	6	7	8	9	10
\bar{x}	49,8	51,0	54,0	57,0	60,0	48,7	49,4	51,3	54,2	56,5
S	1,7	2,4	2,1	3,1	3,7	2,1	1,5	2,3	3,3	4,5

Аналіз даних таблиць 3 і 4 дозволяє констатувати, що у хлопчиків і дівчаток 6-10 років із порушенням слуху показники силового індексу статистично вірогідно нижчі, ніж у практично здорових однолітків ($p < 0,01$). Низький рівень м'язової сили багато авторів пояснюють зниженням м'язового тонусу через порушення функції вестибулярного апарату й гіподинамії дітей із порушенням слуху.

Тонус мускулатури, як відомо, підтримується активною м'язовою діяльністю, звідси зменшення рухової активності дітей із порушенням слуху, що також вносить свій «негативний внесок» у розвиток сили й силової витривалості цих дітей. Під терміном швидкісно-силові якості розуміється здібність людини до прояву зусиль максимальної потужності у найкоротший проміжок часу при збереженні оптимальної амплітуди рухів.

Ступінь прояву швидкісно-силових якостей залежить не тільки від величини м'язової сили, але й від здібності людини до високої концентрації нервово-м'язових зусиль, мобілізації функціональних можливостей організму.

На думку багатьох фахівців, значне місце у процесі фізичного виховання дітей із порушенням слуху має бути відведено вихованню швидкісно-силових якостей, бо високий рівень цих якостей сприяє успішній у подальшому трудовій діяльності та активній соціальній адаптації. Оцінку

швидкісно-силових якостей можна визначити і за результатами тесту піднімання в сід. Найбільші темпи приросту підйому тулубу в сід припадають на молодший шкільний вік, а саме: від 7 до 9 років у хлопчиків і від 6 до 8 років у дівчаток. Зниження темпів приросту також спостерігається у віці від 6 до 7 і від 10 до 11 у хлопчиків. У дівчаток у молодшому шкільному віці зниження не спостерігалось.

Для визначення розвитку силової витривалості підйом тулуба в сід із положення «лежачи, ноги прямі». Аналізуючи різницю в показниках, що відображають силову витривалість між дітьми із порушенням слуху і здоровими, можна відзначити, що прослідковується чітка тенденція до зростання відмінностей за всіма тестами зниження у 2-3 рази всіх вікових груп дітей із ДС порівняно з їх практично здоровими однолітками.

Результати тесту «Піднімання в сід із положення «лежачи на спині» хлопчики із порушенням слуху, яке характеризує рівень розвитку сили м'язів черевного пресу, аналіз даних дозволяє констатувати, що у хлопчиків і дівчаток 6-10 років із порушенням слуху показники силових якостей статистично вірогідно нижчі, ніж у практично здорових однолітків ($p < 0,01$). Середня кількість виконання вправи у 6-річних хлопчиків із порушенням слуху складає $7,2 \pm 5,2$ разів, у практично здорових – у 2,5 рази більше: $18,0 \pm 1,2$ разів.

У тестуванні “піднімання тулуба в сід із положення лежачи на спині”, яке характеризує рівень розвитку сили м'язів черевного пресу, аналіз даних дозволяє констатувати, що у хлопчиків і дівчаток 6-10 років із порушенням слуху показники силових якостей статистично вірогідно нижчі, ніж у практично здорових однолітків ($p < 0,01$). Середня кількість виконання вправи у 6-річних хлопчиків із ДС складає $7,2 \pm 5,2$ разів, у практично здорових – у 2,5 рази більше: $18,0 \pm 1,2$ разів.

У всіх дітей із порушенням слуху існує велика відмінність, яка становить у хлопців і дівчаток 6-ти років 10,8 раз у тесті підйом тулуба в сід. До 9-10 років різниця показників даних тестів дорівнює відповідно 9 разів.

Таку різницю можна обґрунтувати тим, що відносна, функціональна недостатність рухового аналізатора дітей із порушенням слуху негативно відбивається на функціональному стані серцево-судинної, дихальної й інших систем.

У той же час загальна витривалість залежить від доставки кисню працюючим м'язам і головним чином визначається функціонуванням киснево-транспортної системи: серцево-судинної, дихальної й системи кровообігу.

За міжгруповими таблицями оцінки рухової підготовленості школярів, за оцінкою піднімання тулуба в сід із положення «лежачи на спині» хлопчики і дівчатка із порушенням слуху 6-10-річного віку відносяться до *середнього рівня* розвитку. Практично здорові хлопчики за показниками піднімання тулуба в сід із положення «лежачи на спині» 6-10-ти річні хлопчики відносяться до *високого рівня* розвитку. Практично здорові дівчатка 6-10-річного віку за показниками піднімання тулуба в сід з положення «лежачи» відносяться до *високого рівня* розвитку.

Збільшення показників сили супроводжувалось у вправі «присідання на 20 с», що дало змогу оцінити проведення педагогічного експерименту. Наведені дані у таблиці 3.5 вказують на наступне: ЕГ 6-7 років (хлопчики) – 18,7 %, КГ – 8,5 %; ЕГ 8-10 років хлопчики – 11,7 %, КГ – 5,5 %; ЕГ 6-7 років (дівчатка) – 20 %, КГ – 14,2 %; ЕГ 8-10 років дівчаток – 31,2 %, КГ – 5,8 %.

Швидкісні якості визначали за тестом «біг 30 метрів». Показники приросту швидкості у експериментальній та контрольній групах були наступними: дівчатка 6-7 років – відповідно 8,7 % та 2,5 %; дівчатка 8-10 років – 4,1 % та 4 %. У хлопчиків результати такі: 6-7 років ЕГ – 2,7%, КГ – 1,3 %; 8-10 років – відповідно 5,4% та 2,8 %.

Щодо показників гнучкості, то відповідно до тесту «нахил тулуба вперед з положення сидячи», приріст цієї якості відзначався такими

Таблиця 3.5 – Зміна в показниках фізичної підготовленості у дослідних групах хлопчиків і дівчаток, %

Руховий тест	Хлопчики, років				Дівчатка, років			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	6-7	8-10	6-7	8-10	6-7	8-10	6-7	8-10
Присідання за 20 с, к-сть	18,7	11,7	8,5	5,5	20	31,2	14,2	5,8
Біг 30 м, с	-2,7	-5,4	-1,3	-2,8	-8,7	-4,1	-2,5	-4
Нахил тулуба вперед із пол. сидячи, см	14,2	20,0	15,3	4,0	27,2	25	6,6	9
Човниковий біг 4x9 м, с	-3,4	-3,8	-1,5	-1,6	-2,8	-2,4	-1,4	-0,7
Стрибок у довжину з місця, см	5	2,7	4,3	1,7	3,3	6,1	1,6	3,9

особливостями: ЕГ хлопчиків 8-10 років – 20 %, дівчатка – 25 %; ЕГ хлопчиків 6-7 років – 14,2 %, дівчаток – 27,2 %. А от приріст показників у КГ значно менший: 6-7 років у дівчаток – 6,6 %; 8-10 років хлопчики – 40 %, дівчатка – 9 %. Лише показник контрольної групи хлопців 6-7 років 15,3 % має вищий на 1,1 % приріст показників, ніж у хлопчиків цього ж віку, але у експериментальній групі.

Човниковий біг 4x9 метрів дав змогу оцінити координацію учнів початкових класів. У підсумку показники виявились такими у експериментальній та контрольній групах: хлопчики 6-7 років – відповідно 3,4 % та 1,5 %; хлопчики 8-10 років – 3,8% та 1,6 %; дівчатка 6-7 років – 2,8 % та 1,4 %; дівчатка 8-10 років – 2,4% та 0,7 %.

Виконання вправи «стрибок у довжину з місця» показав наступні показники швидко-силових здібностей контрольної та експериментальної груп: хлопчики 6-7 років – 5 % та 4,3 %; хлопчики 8-10 років – 2,7 % та 1,7 %. Дівчатка 6-7 років ЕГ – 3,3%, КГ – 1,6 %; дівчатка 8-10 років – відповідно 6,1% та 3,9 %.

Загальна оцінка темпів приросту показників фізичних якостей, а разом із ними і фізичної підготовленості вказує на те, що збільшення показників хлопців та дівчат 6-7 та 8-10 років після проведення педагогічного експерименту у експериментальній групі значно вищий ніж ті ж показники у контрольній групі.

І лише у тесті «нахил тулуба вперед із положення сидячи» у хлопчиків 6-7 років виявлене збільшення показника приросту гнучкості на 1,1 % у контрольній групі, порівняно з експериментальною. Завдяки впровадженню рухливих ігор та естафет з використанням природних матеріалів в урочні форми занять, ми досягли позитивного ефекту на приріст показників фізичної підготовленості дівчат та хлопців 6-7-річного та 8-10-річного віку, темпів приросту показників фізичної підготовленості хлопчиків та дівчаток 6-7, 8-10 років експериментальної та контрольної груп у відсотковому співвідношенні.

3.2 Організаційно-методичні умови використання нетрадиційних засобів і методів фізичного виховання у корекції порушених функцій зору і слуху дітей

Корекція порушених функцій зору. Роль зорового аналізатора у фізичному та психічному розвитку дитини велика й унікальна. Порушення його діяльності викликає у дітей значні труднощі в пізнанні навколишнього світу, обмежує громадські контакти і можливості для занять багатьма видами діяльності. У дітей з порушенням зору виникають специфічні особливості діяльності, спілкування та психофізичного розвитку. Ці особливості проявляються у відставанні в навчанні, порушенні розвитку рухових можливостей, просторової орієнтації, формуванні уявлень і понять, у способах практичній діяльності, в особливостях емоційно-вольової сфери, соціальної комунікації й інтеграції в суспільство.

Задля повної адаптації дітей з вадами зору до соціального середовища та підтримання їх фізичного розвитку й рухової активності необхідно застосовувати адаптивну фізичну культуру. Співвідношення засобів і методів фізичної культури повинно визначатися спеціальною програмою з АФК, що адаптована до дітей з вадами зору. Поділяємо їх думку й вважаємо, що саме для таких дітей варто розробляти спеціальні методики або програми з адаптивного фізичного виховання. Адже, дітям з порушенням зору притаманний астеничний стан, який характеризується небажанням гратися, нервовою напругою, підвищеною втомлюваністю. Такі діти частіше потрапляють в стресову ситуацію, ніж діти з нормальною зоровою функцією. Постійна висока емоційна напруга, відчуття дискомфорту можуть викликати емоційні розлади, порушення балансу між процесами збудження і гальмування в корі головного мозку. У дітей з зоровою патологією спостерігаються такі прояви темпераменту, як: імпульсивність поведінки, навіюваність, впертість, негативізм.

Завдяки порушенню зору спостерігається недостатня мимовільна увага (вузький запас знань і уявлень). Зниження вольової уваги обумовлено порушенням емоційно-вольової сфери і призводить до розгальмованості – низького об'єму уваги, хаотичності, тобто недостатньої цілеспрямованості, переходу з одного виду діяльності до іншого, і навпаки, до загальмованості дітей, інертності, низького рівня переключення уваги. Неуважність дітей пояснюється переважною завдяки тривалій дії слухових подразників. Тому у слабозрячих дітей втома настає швидше, ніж у нормально зрячих однолітків.

Аналізуючи особливості пам'яті дітей з порушенням зору, приходимо до висновку, що порушення співвідношення основних процесів збудження і гальмування призводить до негативного впливу на процеси запам'ятовування, слабкості збереження зорових образів і зниження об'єму довготривалої пам'яті. Утворення і запам'ятовування у незрячих дітей

точних і простих рухів потребує 8–10 повторів, тоді як у нормально зрячих достатньо 6–8 повторів.

Оптимальний руховий режим дітям з порушенням зору може надати АФК. Паралельно з виконанням основних завдань слід враховувати наступні, спеціальні завдання АФК:

- збереження і розвиток залишкового зору;
- розвиток навичок просторового орієнтування;
- розвиток і використання збережених аналізаторів;
- розвиток зорового сприйняття: колір, форма, рухи (приближення, віддалення), порівняння, розвиток рухової функції ока;
- зміцнення м'язової системи ока;
- корекція скутості і обмеженості рухів;
- удосконалення м'язово-суглобового відчуття;
- активізація серцево-судинної системи;
- зміцнення опоро-рухового апарату; - розвиток комунікативної і пізнавальної діяльності.

Для вирішення зазначених завдань доцільно застосовувати спеціально підібрані фізичні вправи, але в першу чергу з переліку традиційних для фізичного виховання. Передусім такими є:

- 1) пересування: ходьба, біг, підскоки;
- 2) загальнорозвивальні вправи: без предметів і з предметами (гімнастичні палиці, обручі, озвучені м'ячі, м'ячі різні по якості, кольору, вазі, твердості, розміру, мішечки с піском, гантелі 0,5 кг та ін.);
- 3) вправи на формування правильної постави;
- 4) вправи для зміцнення склепіння стопи;
- 5) вправи на розвиток і зміцнення м'язово-зв'язкового апарату (зміцнення м'язів спини, передньої черевної стінки, плечового поясу, нижніх і верхніх кінцівок);
- 6) вправи на розвиток дихальної і серцево-судинної систем;

7) вправи на розвиток рівноваги, координаційних здібностей (узгодженість рухів рук і ніг, тренування вестибулярного апарату та ін.); для удосконалення координації рухів використовуються незвичні або важкі комбінації різних рухів, вправи на тренажерах;

8) вправи для розвитку точності рухів;

9) лазіння (подолання різних перешкод);

10) вправи на розслаблення (фізичне і психологічне), розслаблення м'язів (релаксація), свідоме зниження тонуусу різних груп м'язів. Вони можуть мати як загальний, так і локальний характер;

11) спеціальні вправи на вивчення прийомів просторової орієнтації на основі використання та розвитку збережених аналізаторів (залишковий зір, слух, нюх);

12) вправи на розвиток та використання збережених аналізаторів;

13) вправи на розвиток дрібної моторики руки;

14) спеціальні вправи для зорового тренування: для покращення функціонування м'язів ока; для покращення кровообігу тканин ока; для розвитку акомодативної здатності ока; для розвитку шкірно-оптичного відчуття; для розвитку зорового сприйняття навколишнього середовища;

15) плавання.

Що стосується нетрадиційних засобів і методів, то тут можна запропонувати використовувати нетрадиційні види гімнастики з дітьми 6-8 років. Нетрадиційні види гімнастики мають великий педагогічний потенціал. Вони дають можливість реалізувати різні завдання фізичного виховання в дитячому садку. Вони не лише зміцнюють здоров'я, підвищують функціональні можливості організму, розвивають рухові уміння, а також формують світогляд, забезпечують моральне і естетичне виховання.

Дихальна гімнастика покращує розвиток легень дітей. Дихальні вправи використовують вранці та після денного сну. Влітку заняття краще проводити на відкритому повітрі.

Імітаційні дихальні вправи:

Ідуть гуси – Повільна ходьба 1 -2 хвилини. На 2 кроки - руки в сторони – вдих, на 4 кроки - руки вниз – видих, промовляючи „г-у-у-у-у”.

Паровий потяг – Ходьба з поперемінними рухами зігнутими в ліктях руками, промовляючи: "чух-чух-чух-чух". Зупинитися, стати на носочки, вдихнути через ніс, видихаючи, промовити "ту -у-у-у-у".

Півник – В. П. Стоячи, ноги нарізно, руки в сторони. 1-4 - поплескати руками по стегнах, промовляючи, „Ку-ку-рі-ку”. Повторити 4 рази.

Політ м'яча – Стоячи, підняти м'яч вгору. Кинути м'яч вперед. Промовляти, видихаючи „у-у -х-х-х-х”. Повторити 4-8 разів.

На полі – В. П. Стоячи. 1-2 - руки вгору, «до сонечка» – вдихнути носом, 3-4 – присісти, руки на коліна - видихнути через рот. Повторити 4 рази.

Високі дерева та низькі кущики – В. П. Стоячи. 1-2 - стати на носочки, руки вгору - вдихнути; 3-4 – упор присівши - видихнути. Повторити 4 рази.

Нюхаємо квітку – повільний вдих носом і різкий, ривками видих через рот на уявні пелюстки квітки. Повторити 4 рази.

Пугач – Вдихнути носом, видихнути "ух -ух-х". Повторити 4 рази.

Комарик – Вдихнути, затримати дихання, плескаючи в долоні, ніби ловити комарів. Хто більше комариків спіймає на одному вдиху.

Зозуля – Тривалий вдих та тривалий видих, промовляючи - "ку-ку-ку-ку".

Загубились – Тривалий вдих, видих - "агов-ов-ов!" Повторити 4 рази.

Дихальні вправи:

1. В. п. - основна стійка. 1-2 - руки вгору, потягнутися, глибокий вдих. 3-4 згинаючи ноги в колінах, нахил, глибокий видих.

2. В. п. - стійка ноги нарізно, руки на пояс. 1-2- нахил вліво - видих. 3-4 - в. п. - вдих. 5-8 - так само вправо.

3. В. п. - сидячи "по-турецьки", руки за голову, груди розпрямлені. 1-2 - нахил голови назад, глибокий вдих. 3-4 - нахил вперед - видих.

4. В. п. - те саме. 1-2 - нахил вправо - видих. 3-4 - в. п. - вдих. 5-8 - так само вліво.

С т и м у л ю в а л ь н а г і м н а с т и к а

Ці вправи стимулюють психоемоційний стан організму та забезпечують його готовність до розумової діяльності:

- Підтягування в висі лежачи.
- нахили, та повороти голови.
- нахили тулуба вперед

Ці вправи забезпечують посилений приплив крові до голови.

- Віброгімнастика (за А. Мишуліним) – для стимулювання розумової діяльності. Різке опускання на п'яти з положення стоячи на носках. Виконуючи ці вправи 4-5 разів, нормалізується тонус кров'яних судин головного мозку.
- Самомасаж потилиці сприяє кровообігу в судинах головного мозку та поліпшує стан нервових центрів. Погладжувати, а потім розім'яти м'язи шиї та потилиці кінчиками 4-х пальців обох рук, а також великого пальця, що масажує нижню частину шиї.

І м у н н а г і м н а с т и к а

1. Одну руку кладуть на лоб, другу на потилицю. Потримати 1 хв.
2. Пощипати край вуха, зверху вниз – тричі.
3. Легке поглажування за вухами по лінії шийних лімфовузлів – тричі.
4. Дихання через одну носову порожнину поперемінно – тричі.
5. Права долоня торкається лівого стегна, ліва – правого (маршируємо) – 8 разів.
6. Лікоть правої/лівої руки торкається протилежного стегна – 8 разів.
7. «Витрушуємо пилюку з-під колін» обома руками — 30 с.
8. Пощипуємо ахіллесове сухожилля – 30 с.
9. «Надягаємо панчохи» – по передньо-задній поверхні – тричі, по бокових поверхнях – тричі.
10. «Надягаємо довгі рукавички» – по передньо-задній поверхні – тричі, по бокових поверхнях – тричі.

Для виконання цієї гімнастики потрібно 12-15 хв. Доцільно виконувати вдома перед і після сну, а в дитячому садку – до ігор-занять.

М і м і ч н а г і м н а с т и к а

Спати хочеться – У положенні «сидячи на стільці» — діти позіхають, очі поступово закриваються (віки важкі), брови підняті, голова повільно падає на груди, тулуб розслабляється.

Смачне варення – Рухи язиком по верхній губі. Губи й нижня щелепа нерухомі.

Почистимо зуби – Рухи язиком по внутрішній стороні верхніх зубів. Рот відкритий, нижня щелепа й губи (у посмішці) нерухомі.

Сопілочка грає – Імітація граючої сопілочки - губи витягнуті вперед. Завдання доцільно виконувати під музичний супровід.

Слоненята – Губи витягнуті вперед — імітація усмоктування води хоботом при вдиху. Те ж — імітація розбризкування води при видиху (повітря випускається через стислі зуби).

Д и т я ч а г і м н а с т и к а д л я о ч е й

Буратіно – Діти з закритими очима представляють, як ніс збільшується, стежачи за кінчиком свого носа, на 8 рахунків. Потім, не відкриваючи очей, у зворотному порядку від восьми до одного, діти «стежать за зменшенням носа».

Стрільба очима – Це дуже проста корисна і в той же час весела вправа, яку можна виконувати в будь-який час. Дитина різко переводить очі в будь-яку сторону і голосно говорить «піф-паф!».

Моргання – Дітям потрібно просто поморгати довше. Краще всього проводити у формі гри, наприклад, хто моргатиме довше.

Коло – Уявити велике коло та обвести його очима за годинниковою стрілкою та проти неї.

Квадрат – Проводимо поглядом по лініях великого квадрату та від одного кута до протилежного (по діагоналі). Для проведення цієї вправи, можна

розвісити по кутках кімнати різного розміру кольорові квадрати, вирізані з картону.

Корчимо пики – Педагог пропонує дітям зобразити різних тварин або казкових персонажів. Гримаса їжачка – губи витягуються вперед, очі рухаються вправо-вліво, вгору і вниз та по колу в одну та протилежну сторону.

Малювання носом – Діти закривають очі і уявляють, що їх ніс став дуже довгим. Носом потрібно намалювати в повітрі запропоновані педагогом фігури, літери та ін.

Розширення поля зору – Розташуйте вказівні пальці рук перед собою, за кожним пальцем стежить око. Розводимо пальчики в сторони та зводимо їх разом.

Одним з основних завдань фізичного виховання з метою розвитку компенсаторних можливостей є кваліфікована допомога дитині. Вчителю фізичної культури слід знати, що при втраті зору підвищується компенсаторна функція вібраційної чутливості, незрячі здатні на відстані відчувати наявність нерухомого, беззвучного предмету. У незрячих дітей при формуванні основних рухових дій на перший план виходить розвиток навички просторового орієнтування. При тотальній сліпоті значно збільшується роль вестибулярного апарату для збереження рівноваги і просторового орієнтування.

При комплексному впливі на порушені функції дітей із вадами зору відновлюється соціальний і психологічний статус особистості, здатної утвердити себе в суспільстві серед людей, які нормально бачать. Уроки АФК варіюють залежно від стану зору, рівня фізичної підготовленості і віку. Наприклад, в 1–2-х класах тривалість підготовчої та заключної частин за часом більше, ніж у 3–4-х класах, потім в міру набуття рухового та сенсорного досвіду і адаптації організму до фізичного навантаження, тривалість основної частини уроку збільшується, що дозволяє більше часу приділяти основним завданням уроку.

АФК проводять з урахуванням індивідуального та диференційованого підходу до регулювання фізичного навантаження, фізичної підготовленості і сенсорних можливостей дітей, а також з урахуванням емоційної насиченості. Емоційність занять залежить від різноманітності вправ, від загального тону проведення занять, інтонації і команди викладача. Змінюється тембр звуку (голосно, тихо, м'яко, суворо) з урахуванням психічного стану учнів, їх швидкої стомлюваності, специфічних особливостей розвитку та сприйняття навчального матеріалу.

Для дітей з порушеним зором важливим є суворо встановлений порядок в спортивному залі, на спортивному майданчику. Спортивний інвентар, яким користуються діти на уроках фізичного виховання завжди повинен знаходитись у визначеному місці. Не рекомендується залишати по периметру зала предмети, що заважають орієнтуванню та руху учнів. Для цього перед уроком спортивний майданчик потрібно перевірити, щоб на ньому не виявилось зайвих предметів.

Використання звукових, дотикових, нюхових та інших орієнтирів має пріоритетне значення. Необхідно навчити диференціювати всі вище зазначені орієнтири, а також їх застосовувати в повсякденному житті. Процес АФК повинен починатися з ознайомлення предметів, що наповнюють навколишній простір, корекції зорового сприйняття, а також освоєння навичок просторового орієнтування.

Використовують всі методи навчання, проте, враховуючи особливості сприйняття ними навчального матеріалу, є деякі відмінності у прийомах. Вони змінюються в залежності від фізичних можливостей дитини, запасу знань і вмінь, наявності попереднього зорового і рухового досвіду, досвіду просторового орієнтування, уміння користуватися залишковим зором.

Діти з порушенням зору потребують обережного ставлення до занять фізичними вправами. При регулюванні фізичного навантаження слід дотримуватись рекомендацій та організаційно-методичних умов:

- варіювати фізичне навантаження, чергуючи його з паузами для відпочинку, заповнюючи вправами для зорового тренінгу, на релаксацію, на регуляцію дихання, пальчикову гімнастику;

- утримуватися від тривалого статичного навантаження з підняттям ваги, вправ високої інтенсивності, які можуть призвести до підвищення внутрішньоочного тиску, погіршення працездатності циліарного м'язу, ішемію;

- враховувати сенситивні періоди розвитку фізичних якостей;

- при наявності синдрому епілепсії виключити вправи на стимулювання дихальної системи, вправи на підвищеній опорі, ігри високої інтенсивності, все те, що може спровокувати напад;

- обмежені: різкі нахили, стрибки, стійка на голові, плечах, руках, вис головою донизу, зіскоки зі снарядів, вправи зі струсом тіла і нахиленим положенням голови, пересування на ковзанах.

На думку С. Демчук [5] під корекцією рухових порушень потрібно розуміти подолання, послаблення та переборення недоліків (порушень) у фізичному розвитку й рухових здібностей людини при здійсненні її всебічного фізичного розвитку. Переборення та згладжування дефектів розвитку пізнавальної діяльності й фізичного розвитку дитини визначається поняттям «корекційно-виховна робота», що являє собою систему комплексних заходів, педагогічних впливів на різні особливості аномального розвитку особистості в цілому, оскільки будь-який дефект негативно впливає не на окрему функцію, а знижує соціальну повноцінність дитини в усіх її проявах [5]. Вона охоплює весь навчально-виховний процес, усю систему діяльності спеціальних закладів. Для створення системи занять АФВ, яка спрямована на корекцію рухових порушень потрібно мати об'єктивну інформацію про особливості фізичного й психофізичного розвитку дітей із депривацією слуху. Цілеспрямований вплив на комплекс природних властивостей організму за умови диференціювання фізичних навантажень з урахуванням індивідуальних особливостей неповносправних може принести

бажаний ефект. При цьому зміни одних параметрів впливають на інші. Це положення потрібно враховувати в ході корекційно-виховної роботи.

Важливою ланкою комплексу корекційно-виховної роботи в спеціальних школах є залучення дітей із розладами слуху до активних занять фізичною культурою та спортом з урахуванням їхніх психофізичних можливостей. Тому на заняттях із фізичної культури для дітей із депривацією слуху поряд з існуючими загальними завданнями (оздоровчими, освітніми, виховними) передбачають і специфічні – корекційні. Від позитивного виконання завдань корекції порушених рухових функцій у повному обсязі залежить розв'язання загальних завдань, зокрема підвищення рівня фізичної підготовленості за допомогою розвитку фізичних якостей дітей із порушеним слухом. Процес розвитку фізичних якостей і навчання рухів дітей із депривацією слуху дає змогу значною мірою нівелювати відмінності в розвитку рухових навичок між ними та їхніми здоровими однолітками.

Корекційно-виховна діяльність в АФК дітей із депривацією слуху спрямована на забезпечення повноцінного фізичного розвитку, підвищення рухової активності, відновлення та вдосконалення психофізичних здібностей, профілактику вторинних відхилень у розвитку, виконання складних завдань соціальної адаптації особистості, допомогу в засвоєнні школярем ціннісно-нормативної системи суспільства, виховання психологічних і моральних якостей, раціональну організацію дозвілля, спілкування тощо. Усе це позитивно впливає на психологічний стан школярів з обмеженими можливостями слуху, суттєво оптимізує життєві інтереси та ціннісні орієнтації. Так, наприклад, засвоєння дітьми з депривацією слуху мобілізаційних цінностей фізичної культури дає змогу покращити здібність до раціональної організації свого життя, підвищує внутрішню дисципліну, зібраність, швидкість оцінювання ситуації та прийняття рішення, мужність, силу волі, наполегливість у досягненні поставленої мети й інші важливі риси характеру.

Для раціонального фізичного виховання загалом і, зокрема, для дітей молодшого шкільного віку з депривацією сенсорних систем двох уроків фізичної культури на тиждень недостатньо. У зв'язку з цим виникає необхідність створення умов для роботи гуртків і секцій фізкультурно-оздоровчої спрямованості з метою корекційно-виховної роботи у вільний від навчальних занять час. Участь школярів із порушенням слуху в позакласних заходах дасть змогу збільшити рухову активність ще, як мінімум, на чотири години на тиждень. Відповідно, потрібно переглянути зміст корекційно-виховної роботи дітей молодшого шкільного віку з депривацією слуху засобами АФК спеціальних шкіл-інтернатів.

При цьому, рекомендовані програмою Міністерства освіти і науки України два навчальних заняття у тиждень для проведення корекційно-виховної роботи молодших школярів недостатньо. Практика свідчить, що для дітей молодшого шкільного віку з депривацією слуху потрібні щоденні цілеспрямовані заняття фізичною культурою – безперервного АФК у вигляді занять із розвитку фізичних якостей, ігрових занять на основі загального сюжету, занять із використанням сучасних інноваційних, нетрадиційних методик фізичного виховання.

При практичному застосуванні плану корекційно-виховної роботи дітей молодшого шкільного віку з депривацією слуху в процесі безперервного АФК потрібно використовувати такі форми занять: уроки фізичної культури, диференційовані заняття з лікувальної фізичної культури, індивідуальні корекційні заняття, заняття з інноваційних методик фізичного виховання (фітбол-гімнастика, елементи стретчингу, бодіфлексу, калланетики) і нетрадиційних (хатха-йога, дихальна гімнастика, гімнастика для очей та ін.) методик фізичного виховання в режимі дня спеціальної школи-інтернату. Саме ці форми занять і створюють процес безперервного АФК.

Застосування плану корекційно-виховної роботи молодших школярів із депривацією слуху в процесі безперервного АФК дасть змогу обґрунтувати

її соціально-адаптивну значущість як шлях і засіб покращення показників фізичного розвитку, підвищення рівня фізичної підготовленості й зміцнення здоров'я цієї категорії дітей. На диференційованих заняттях з ЛФК потрібно використовувати спеціальні вправи для розвитку й зміцнення м'язово-зв'язкового апарату (зміцнення м'язів спини, живота, плечового пояса, нижніх і верхніх кінцівок), дихальні, коригувальні вправи на розслаблення й розтягування м'язів, на рівновагу; загальнорозвивальні, індивідуальні спеціальні вправи, ігри. Диференційовані заняття з лікувальної фізичної культури спрямовані на активізацію функціональних можливостей організму для відновлення порушених функцій, загальне зміцнення здоров'я та корекцію вторинних відхилень у показниках фізичного розвитку й фізичної підготовленості школярів із депривацією слуху.

Мета індивідуальних занять – корекція найбільш виражених індивідуальних вторинних відхилень у фізичному розвитку й фізичній підготовленості глухих школярів. На індивідуальних заняттях потрібно включати індивідуальні спеціальні вправи: для зміцнення зводів стопи, м'язового корсета; на формування навички правильної постави; для м'язів черевного преса, для м'язів бічної поверхні тулуба; для корекції дрібних рухів пальців рук. Нижче наведено зразковий план занять на тиждень безперервного АФК глухих школярів 6–10 років (табл. 3.6).

Таблиця 3.6 – План занять на тиждень безперервної адаптивної фізичної культури дітей 8-10 років із порушеними функціями слуху

День тижня	Урок фізичної культури	Диференційовані заняття з ЛФК	Індивідуальні заняття	Заняття за нетрадиційними методиками	Інноваційні заняття	Домашнє завдання
Понеділок	+			Карти № 8, 9		+
Вівторок		Карти № 1, 3			Карти № 12, 13	+
Середа			Карти № 5, 6, 7			+
Четвер	+	Карти № 2, 4		Карти № 10, 11		+
П'ятниця						+
Субота			Карти № 5, 6, 7			+
Неділя					Карта № 14, 15	+

Умовами реалізації методичних рекомендацій з добору засобів АФК є:
а) лікарсько-педагогічний контроль; б) ступінь приглухуватості й знання супутніх (вторинних) відхилень; в) усебічне вивчення дитини та облік індивідуальних особливостей її розвитку в процесі навчальної діяльності.

При цьому, під час проведення різних форм занять дотримувалися таких методичних рекомендацій:

1) зміст корекційної роботи на заняттях безперервного адаптивного фізичного виховання визначали залежно від фізичного розвитку, фізичної підготовленості й супутніх (вторинних) порушень кожного школяра;

2) планування засобів адаптивного фізичного виховання з урахуванням темпу й швидкості засвоєння навчального матеріалу здійснювали на основі диференційованого та індивідуального підходів;

3) у процесі всієї корекційної діяльності забезпечувався комплексний медичний контроль і діагностика фізичного розвитку й фізичної підготовленості школярів.

Отже, життєдіяльність дітей із депривацією слуху в школі-інтернаті має певну своєрідність у змісті й формах корекційно-виховної роботи, побудованій на основі диференційованого й індивідуального підходів до організації побуту, ігор, вільного часу дитини. Проведений аналіз організації колективного (уроки фізичної культури), диференційованого (заняття з лікувальної фізичної культури) та індивідуального навчання, запровадження інноваційних і нетрадиційних занять із фізичного виховання свідчать про важливість цього напрямку в загальній системі безперервного адаптивного фізичного виховання як фактору, що забезпечує корекцію порушених функцій дітей та їх інтеграцію в соціум однолітків.

ВИСНОВКИ

1. Педагогічна діяльність з дітьми, які потребують корекції порушених функцій, значною мірою зумовлена глибокими знаннями класифікації особливостей дітей з різними обмеженнями можливостей, поняття про таку дитину. Щоб подолати негативні тенденції в підготовці дітей з обмеженими можливостями в розвитку до реабілітаційної та педагогічної діяльності, потрібне розроблення нових теоретичних підходів до їх навчання, виховання та організації всієї життєдіяльності, що впливають із глибокого аналізу сучасних проблем спеціальної освіти як в нашій країні, так і за кордоном. Особливе місце посідає вивчення особливостей психофізичного розвитку таких дітей. Це завдання повинно вирішуватися з урахуванням усього комплексу медичних, педагогічних, економічних, соціальних, соціально-психологічних й інших проблем, що стосуються реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими можливостями в розвитку, їх реабілітації та адаптації в соціальному середовищі, навчання і виховання.

2. Молодший шкільний вік - дуже важливий період у розвитку життєво важливих навичок. Від того, наскільки повноцінно здійснюється фізичне виховання в молодшому шкільному віці, значною мірою залежить не лише фізичний, а й розумовий розвиток у наступні роки. Кожній дитині в молодшому шкільному віці потрібно оволодіти базовими руховими навичками, які допомагатимуть оволодінню більш складними руховими діями в майбутньому. Під час проведення рухливих ігор та естафет в процесі педагогічного експерименту нами використовувались такі природні матеріали: шишки, горіхи, жолуді, дерев'яні колодки, камінці та сніг, що ефективно покращували процес фізичного виховання учнів сільського середовища, а також позитивно вплинуло на їх фізичну підготовленість, разом з тим, зміцнивши здоров'я хлопців та дівчат експериментальної групи.

Так, як дані засоби доцільно використовувати у сільському середовищі через наявність специфічних умов: немає спортивного залу, наявна мала кількість або взагалі відсутність оновленого інвентарю та обладнання та ін., ми використали нетрадиційні засоби у формі рухливих ігор та естафет, що покращило процес фізичного виховання молодших школярів.

3. Нетрадиційні види занять поміщаються видну в житті більшості молодих людей. Безперечно, використання вправ нетрадиційних видів гімнастики надає нове емоційне забарвлення, підвищує інтерес до занять, сприяє їх полюбленню, дає певні знання й уміння в самостійних заняттях, профілактиці хвороб і поліпшенні здоров'я. Однак потрібно підкреслити, що характерні вправи нетрадиційних видів гімнастики не повинні замінювати програмні заняття, а лише доповнювати їх, давати можливість для оновлення і розширення їх змісту. Нетрадиційні види гімнастики дають можливість вирішувати різні завдання фізичного виховання, а не тільки зміцнювати здоров'я, підвищувати функціональні можливості організму, формувати рухові уміння і навички, світогляд та розвивати різні якості, забезпечувати етичне і естетичне виховання. Виходячи з цих можливостей, нетрадиційні засоби і методи фізичного виховання мають великий потенціал в розвитку особистості. Використання таких засобів і методів забезпечує поліпшення функціональних можливостей організму дитини з порушеними функціями (у нашому випадку – порушенням зору) збільшує інтерес до занять фізичними вправами, дозволяє здійснювати саморегуляцію психоемоційних станів, формувати дисциплінованість. Враховуючи швидке поширення нетрадиційних систем фізичних вправ, можливо, вже скоро ці системи не будуть для нас так незвичайними, і дозволять кожній людині, прагнучій до краси, сили і здоров'я, зробити свої заняття не тільки корисними, але і приємними.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андріанов В. С. Основи фізичного виховання : метод. рек. Кривий Ріг, 2002. 102 с.
2. Атрощенко Т., Бондар Т. Наукові підходи до створення сприятливого інклюзивного освітнього середовища в початковій школі. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2021. Вип 36, т. 1, С. 195-200. doi: <https://doi.org/10.24919/2308-4863/36-1-31>
3. Арефьев В. Г. Основи теорії та методики фізичного виховання : підручник. Кам'янець-Подільський: ПП Буйницький О. А., 2011. 368 с.
4. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. А. Детские церебральные параличи. Київ : Здоровья, 1988. 328 с.
5. Бар-Ор О., Роуланд Т. Здоровье детей и двигательная активность : от физиологических основ до практического применения. Пер. с англ. И. Андреев. Київ : Олімп. л-ра, 2009. 528 с.
6. Бондар Т. І. Тенденції розвитку інклюзивної освіти у США та Канаді : дис. ... докт. пед. наук : 13.00.01 Хмельницька гуманітарно-педагогічна академія. Хмельницький, 2019. 607 с.
7. Бортфельд С. А., Рогачева Г. И. Лечебная физическая культура и массаж при детском церебральном параличе. Львів, 1986. 169 с.
8. Буховець Б. О. Фізична реабілітація дітей з дитячим церебральним паралічем з використанням бобат-терапії : дис.... канд. наук з фіз. виховання та спорту : 24.00.03 НУФВСУ. Київ, 2018. 251 с.
9. Валецька Р. Педіатрія : підручник. Луцьк: Волин. книга, 2007. 234 с.
10. Великий тлумачний словник сучасної української мови. Київ-Ірпінь: Перун, 2004. 1440 с.
11. Видра О. Г. Вікова та педагогічна психологія : навч. посібник. Київ : Видавничий дім «Центр учбової літератури», 2017. 120 с.

12. Власова О. І. Основи психології та педагогіки : підручник. 2-е вид., переробл. Київ : Знання, 2011. 333 с.
13. Волков Л. В. Молодший шкільний вік: виховна спрямованість занять фізичною культурою і спортом : навч. посібник. Київ : Освіта України, 2007. 152 с.
14. Волкова Н. П. Педагогіка : навч. посіб. 3-е вид., стереотипне. Київ : Академвидав, 2009. 616 с.
15. Галак Н. Ю. Нетрадиційна гімнастика. – URL: <https://vseosvita.ua/library/statta-netradicijni-vidi-gimnastiki-321543.html>
16. Галаманжук Л. Л., Єдинак Г. А. Основи наукових досліджень : навч.-метод. посібник [Електронне видання]. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський нац. університет імені Івана Огієнка, 2021. 189 с.
17. Гонтаровська Н. Б. Теоретичні і методичні засади створення освітнього середовища як фактору розвитку особистості школяра : дис. ... докт. пед. наук : 13.00.07 / Ін-т пробл. виховання НАПН України. Київ, 2012. 474 с.
18. Демчук С. П., Куц О. С. Соціальна інтеграція та реабілітація неповносправних школярів із церебральним паралічем засобами фізичного виховання : навч. посібник. Львів : НФВ «Українські технології», 2003. 148 с.
19. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології : підручник. 2-ге вид., доповн. Київ : Академвидав, 2012. 352 с.
20. Єдинак Г. А. Фізичне виховання дітей з церебральним паралічем : монографія. Кам'янець-Подільський : ПП Буйницький О. А., 2009. 394 с.
21. Єдинак Г. А., Шиян Б. М., Петришин Ю. В. Наукові дослідження у фізичному вихованні та спорті : навч. посіб. 3-є вид. стереот. [Електронне видання]. Кам'янець-Подільський : КПНУ імені Івана Огієнка, 2021. 280 с.
22. Заборчук Н. В. Створення інклюзивного освітнього середовища для забезпечення всебічного розвитку дитини як показник рівня свідомості нації. 2019. – URL: <https://conf.zippro.net.ua/?p=204>.

23. Івахненко А. А. Розвиток психомоторної функції глухих дітей молодшого шкільного віку засобами рухливих ігор: автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук : спеціальність 13.00.03 ОДПУ імені К. Д. Ушинського. Одеса, 2012. 20 с.

24. Іващенко О. В. Теоретико-методичні основи моделювання процесу навчання та розвитку рухових здібностей у дітей : автореф. дис... д-ра пед. наук : 13.00.02 Чернігівський нац. пед. ун-т імені Т. Г. Шевченка. Чернігів, 2017. 40 с.

25. Ковінько М. С. Професійно-прикладна спрямованість занять фізичною культурою з учнями з церебральним паралічем : метод. реком. Львів : науково-видавничий центр ЛНУ ім. І. Франка, 2002. 45 с.

26. Козявкін В. І. Структурно-функціональні порушення церебральних та спінальних утворень при дитячому церебральному паралічу та система реабілітації цих хворих : автореф. дис... д-ра мед. наук : 14.01.15 ХНМУ. Харків, 1996. 33 с.

27. Козявкін В. І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. *Український вісник психоневрології*. 2000. Т. 8. Вип. 2 (24). С. 13–16.

28. Козявкін В. І., Лунь Г. П., Бабадагли М. О. Дитячі церебральні паралічі: профілактика й ефективність реабілітації за методом Козявкіна. *Соціальна педіатрія*. 2005. С. 31–36.

29. Колишкін О. В. Корекція рухових порушень дітей старшого шкільного віку з розладами слуху засобами адаптивного фізичного виховання : дис. канд. пед. наук : 13.00.03 СДПУ імені А. Макаренка. Суми, 2004. 247 с.

30. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи : монографія. Київ : Самміт-Книга, 2009. 272 с.

31. Корольчук М. С. Психофізіологія діяльності : підручник. Київ : Ельга, Ніка-Центр, 2003. 400 с.

32. Лавріненко Л. І. Школа для кожного (окремі аспекти інклюзивної освіти) : навч.-метод. посібник. Чернігів : Чернігівський національний технологічний університет (ЧНТУ), 2017. 168 с.

33. Лещій Н. П. Стан координаційних здібностей у глухих школярів. Наука і освіта. 2002. № 6. С. 112–116.

34. Люди з обмеженими можливостями (інваліди). – URL: <https://igov.org.ua/subcategory/1/3/situation/20>

35. Ляхова І. М. Теоретико-методичні основи корекції рухової сфери дітей зі зниженим слухом засобами фізичного виховання : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : спец. 13.00.03 НПУ імені М. П. Драгоманова. Київ, 2006. 44 с.

36. Маліков М. В., Богдановська Н. В., Свасьєв А. В. Функціональна діагностика у фізичному вихованні та спорті : навч. посібник. Запоріжжя : ЗНУ, 2006. 246 с.

37. Мельник І. С. Педагогічна психологія: дошкільний вік : навч. посібник. Київ : Київський у-тет імені Бориса Грінченка, 2013. 128 с.

38. Мерзлікіна О. А. Корекція фізичних вад підлітків 15–17 років з церебральним паралічем засобами фізичного виховання : дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту : 24.00.02 ВДПУ. Вінниця, 2002. 193 с.

39. Містулова Т. Є. Математичні методи в теорії і практиці спорту : навч. посіб. Київ : Науковий світ, 2004. 90 с.

40. Миронова С. П. Корекційна спрямованість індивідуального навчання дітей з вадами психофізичного розвитку. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна.* 2010. 15. С. 76-81.

41. Нетрадиційні засоби фізичного виховання. – URL: <https://www.google.com/search?q=%D0%BD%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D1%96+%D0%B7%D0%B0%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B8+%D1%84%D1%96%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE+%D0%B2%D0%B8>

<https://ua-referat.com/%D0%9D%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D1%96+%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8+%D1%84%D1%96%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE+%D0%B2%D0%B8+&aqs=chrome.3.69i57j0i546l5.17710j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

42. Нетрадиційні системи фізичних вправ. – URL: <https://ua-referat.com/%D0%9D%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D1%96+%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B8+%D1%84%D1%96%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D1%85+%D0%B2%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2>

43. Нетрадиційні фізичні вправи. – URL: <http://bestref.at.ua/load/91-1-0-2796>

44. Ніколаєв Ю. М. Оптимізація розвитку фізичних якостей та координації рухів у дітей молодшого шкільного віку засобами гімнастики. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2011. № 4. С. 43-47.

45. Носко М. О., Носко Ю. М., Лазаренко М. Г., Жула В. П., Могильний Ф. В., Філоненко О. А. Руховий розвиток школярів різних вікових груп : наукове видання / за наук. ред. М. Носка. Чернігів, 2020. 408 с.

46. Оптимізація фізичного виховання дитини у вітчизняній системі освіти : монографія. Е. С. Вільчковський, Н. Ф. Денисенко, А. В. Цьось, Б. М. Шиян [та ін.]. Запоріжжя : ЗОІППО, 2010. 250 с.

47. Осадчий Н. В. Нетрадиційні види гімнастики. – URL: http://nikosad34.blogspot.com/2019/03/3_39.html

48. Основи інклюзивної освіти : навчально-методичний посібник / за заг. ред. А. А. Колупаєвої. Київ : А. С. К., 2012. 308 с.

49. Павленко В. О., Павленко Т. В. Характеристика нетрадиційних видів фізичних вправ і спорту для самостійних занять студентів. *Основи*

побудови тренувального процесу в циклічних видах спорту: зб. наук. праць. Харків : ХДАФК, 2018. Вип. 2. С. 168–175.

50. Паффенбергер Р.С. Здоровый образ жизни. ; пер. с англ. И. Андреев. Київ : Олімп. л-ра, 1999. 320 с.

51. Прус С. В., Стиркул Ю. О. Розвиток мовної функції у дітей з церебральним паралічем шляхом стимулюючого впливу на дрібну моторику рук. *Соціальна педіатрія*. 2005. С. 320–321.

52. Пустовіт Г. П. Концептуальні засади модернізації змісту сучасної позашкільної освіти і виховання учнів. *Рідна школа*. 2010. № 10 (970). С. 19-24.

53. Ровний А. С., Ровний В. А., Ровна О. О. Фізіологія рухової активності : підручник. Харків, 2014. 343 с.

54. Романчук О. П., Беседа В. В. Методичні аспекти проведення та організації масажної гімнастики у ранньому віці. *Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія*. 2009. 4. С. 37-44.

55. Романчук О. П. Лікарсько-педагогічний контроль в оздоровчій фізичній культурі. 2010. 206 с.

56. Саламанкская декларация. Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями, принятые Всемирной конференцией по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество. Саламанка. Испания, 7–10 июня 1994. – URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_001-94#Text2;

57. Сватъев А. Корекція рухової сфери у глухих дітей. *Дефектологія*. 2000. № 3. С. 36–38.

58. Седляр Ю. В. Особливості використання засобів адаптивного фізичного виховання в процесі корекції рухових порушень дітей із церебральним паралічем. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт*. 2017. Вип. 26. С. 81-93.

59. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології : навч. посібник. Київ : Вища школа, 1994. 143 с.
60. Соловійов В. Розвиток фізкультурно-оздоровчої діяльності загальноосвітніх навчальних закладів у сільській місцевості. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. - 2012. - №6. - С.103-111.
61. Театр фізичного розвитку й оздоровлення. – URL: http://fastiv-dnz7.edukit.kiev.ua/organizaciya_navchaljno-ihovnogo_procesu/vprovadzhennya_innovacijnih_tehnologij/teatr_fizichnogo_rozvitku_ta_ozdorovlennya_ditej_dosh_kiljogo_viku_m_yefimenko/
62. Теорія і методика фізичного виховання. Загальні основи теорії та методики фізичного виховання : підручник [в 2-х т. / за ред. Т. Ю. Круцевич]. Київ : Олімп. л-ра, 2008. Т. 1. 391 с.
63. Теорія і методика фізичного виховання. Загальні основи теорії та методики фізичного виховання: підручник [в 2-х т. за ред. Т. Ю. Круцевич]. Київ: Олімп. л-ра, 2008. Т. 2. 367 с.
64. Фізичне виховання : метод. рекомендації. Миколаїв, 2019. 65 с.
65. Фізичне виховання: проблеми та перспективи : монографія за загальною редакцією проф. Г. П. Грибана. Житомир : Рута, 2020. 384 с.
66. Хахуля В. М. Підвищення ефективності системи фізичного виховання дітей середнього шкільного віку сільських шкіл. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка*. 2011. Вип. 86. Т.1. С. 201-204.
67. Худолій О. М. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання : навч. посібник. 2-е вид., виправлене. Харків : «ОВС», 2008. 406 с.
68. Черненко С. О. Теорія й методика фізичного виховання : навч. посібник : у 2 част. Краматорськ : ДДМА, 2021. Ч. 1. 215 с.
69. Чустрак А. П. Нетрадиційні види гімнастики. Одеса: ПНПУ імені К. Д. Ушинського, 2021. 39 с.
70. Шевцов А. Г. Освітні основи реабілітології : монографія. Київ : Леся, 2009. 483 с.

71. Шевченко І. М. Оцінка фізичного розвитку та психомоторного розвитку дітей. Дніпропетровськ : Друкар, 2010. 139 с.
72. Шиян Б. М. Теорія і методика фізичного виховання школярів : підручник. Тернопіль : Навч. книга – Богдан, 2008. 234 с.
73. Шлапаченко О. А., Вісковатова Т. П. Корекція рухової активності та пізнавальних процесів у дітей 5–8 років зі спастичною диплегією з використанням рухливих ігор : метод. реком. Одеса : Інвац, 2008. 43 с.
74. Шуба Л. В. Рухливі ігри, як розвиток рухових якостей у школярів початкової школи. *Наука і освіта*. 2014. № 8. С. 212-216.
75. Штейнгерц А. Е. Дыхательные упражнения : метод. рекомендации. Одеса, 1980. С. 15-26.
76. Язловецький В. С. Фізіологічні основи фізичного виховання : навч. посібник. Кіровоград : РВЦ КДПУ імені В. Вінниченка, 2001. 164 с.
77. Bobath, K., Bobath, B. (1984). The neuro-developmental treatment. In: Scutton D, eds. *Management of the motor disorders of children with cerebral palsy*. Philadelphia: JB Lippincott, 6-18.
78. Lennon, S., Baxter, D., Ashburn, A. (2001). Physiotherapy based on the Bobath concept in stroke rehabilitation: a survey within the UK. *Disabil Rehabil*, 23(6), 254.
79. Savlyuk, S. (2016). Особливості моторики дітей молодшого шкільного віку з депривацією слуху в процесі фізичного виховання = Features motor skills of children of primary school age deprivation hearing in the process physical education. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(9), 818-831. DOI: <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3904>