

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: «СОЦІАЛЬНА ІНТЕГРАЦІЯ ГЛУХИХ ШКОЛЯРІВ ЗАСОБАМИ
ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ»

Виконав: студент 2 курсу, групи FK1-M22
спеціальності 014 Середня освіта (Фізична культура)
Гонтківський Віталій Володимирович
Керівник: Юрчишин Юрій Володимирович, кандидат
наук з фізичного виховання та спорту, доцент
Рецензенти: Єлиняк Геннадій Анатолійович, доктор
наук з фізичного виховання та спорту, професор

Кам'янець-Подільський – 2023 рік

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНИЙ СТАН НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ВАДАМИ СЛУХОВОЇ СЕНСОРНОЇ СИСТЕМИ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ	7
1.1 Засоби фізичного виховання як важливий фактор ефективної соціальної інтеграції інвалідів	7
1.2. Фізичний розвиток і рухова активність як фактор соціальної інтеграції школярів з порушеним слухом	10
1.3 Фізичне виховання як фактор соціальної реабілітації глухих дітей	21
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	31
2.1 Методи дослідження	31
2.2 Організація дослідження.....	33
РОЗДІЛ 3 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ ШКОЛЯРІВ З ВАДАМИ СЛУХУ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ	35
3.1 Теоретичні передумови дослідження	35
3.2 Особливості соціальної інтеграції глухих школярів засобами	49
ВИСНОВКИ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ат	–	артеріальний тиск;
ВП	–	рівень впрацьованості;
ЕГ	–	експериментальна група;
ЖЕЛ	–	життєва ємність легень;
ЗРА	–	загальна рухова активність;
КЕ	–	коефіцієнт ефективності роботи;
КП	–	коефіцієнт продуктивності роботи;
ЛФК	–	лікувальна фізична культура;
ОГК	–	окружність грудної клітки;
МСК	–	максимальне споживання кисню;
ПС	–	порушення слуху;
ПРА	–	побутова рухова активність;
РТ	–	реактивна тривожність;
РП	–	розумова працездатність;
САН	–	самопочуття, активність, настрої;
ССС	–	серцево-судинна система;
СОРА	–	спортивно-оздоровча рухова активність;
ЦНС	–	центральна нервова система;
ЧСС	–	частота серцевих скорочень

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема реабілітації інвалідів є найбільш гострою у суспільстві. Кількість дітей з вадами слуху не зменшується, а подвоюється через кожні 15-20 років. Держава гарантує даній категорії громадян соціальну, медичну, психічну та фізичну реабілітацію засобами фізичної культури і спорту.

Масові дослідження показали, що близько 2-3% усього населення земної кулі мають таке ураження слуху, що заважає соціальному спілкуванню. За останнє двадцятиріччя кількість людей з вадами слуху становить 4-6% всього населення Землі. Втрата слуху в ранньому віці негативно відбивається на формуванні індивідуальності людини, розвитку фізіологічних систем і ускладнює її соціальну, побутову і психологічну адаптацію. Тому вивчення фізіологічних механізмів змін систем, які взаємодіють, залежать і впливають на слухову сенсорну систему, має велике значення не тільки для діагностики глибини хвороби і стану ускладнень, а також для обґрунтування і вибору ефективної методики реабілітації.

Дослідження багатьох авторів встановили значні відставання глухих дітей від їх здорових однолітків з розвитку рухових якостей. Відставання виражено у недостатньо точній координації рухів, низькому рівні розвитку просторової орієнтації, складності підтримувати рівновагу.

В цьому контексті важливим є пошук та обґрунтування засобів фізичної культури, які є дієвими щодо соціальної інтеграції із обмеженими функціями (Колчинская А.З., 1991; Карапетов А.К., 1998; Ляхова І., 2002; Демчук С., Куц О., 2003) і зокрема школярів із порушенням слуху (Колишкін О., 2004; Випасняк І. П., 2007; Ричок Т., 2018).

Труднощі, з якими стикаються діти з порушенням слуху, часто пов'язані зі значним відставанням у розвитку психомоторних якостей, і вони настільки серйозні, що для багатьох стають непереборними на шляху соціальної інтеграції (Гринчук О.І., 2004; Гурінович Х.Є, Гузій О.В., 2014).

Отже, засоби фізичної культури є важливими чинниками розвитку психомоторних здібностей, які лежать в основі соціальної адаптації й інтеграції особистості. Проте, нез'ясованим залишається питання про вплив ігрової рухової діяльності спрямованої на рівень соціальної інтеграції школярів з вадами слуху. Вирішення цієї проблеми дозволить не тільки удосконалити процес фізичного виховання дітей з обмеженими функціями, але й створить передумови для розробки цілісної науково обгрунтованої стратегії й технології неперервної рухової діяльності дітей з вадами слуху. Все це зумовлює актуальність і доцільність наукового пошуку подальшого удосконалення процесу соціальної інтеграції глухих школярів засобами фізичної культури.

Об'єкт дослідження – соціальна інтеграція глухих школярів у процесі фізичного виховання.

Предмет дослідження – особливості соціальної інтеграції глухих школярів засобами фізичної культури.

Мета дослідження – виявити особливості соціальної інтеграції глухих школярів засобами фізичної культури.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати сучасний стан досліджуваної проблеми в наукових джерелах.
2. Визначити зміст основних понять: «соціальна інтеграція», «соціалізація».
3. З'ясувати особливості соціальної інтеграції глухих школярів засобами фізичної культури.

Методи дослідження. У дослідженні застосовувався комплекс теоретичних методів дослідження: аналіз синтез, дедукція, індукція, класифікація, порівняння, а також вивчення нормативно-правових документів європейських країн щодо освітньої діяльності шкіл сприяння здоров'ю.

Практичне значення одержаних результатів. Проведення дослідження доводить, що належна якість організації процесу фізичного виховання впливає на стан здоров'я учнів з вадами слуху та процеси їх соціалізації в суспільстві.

Матеріали дослідження можуть бути використані у процесі підготовки фахівців з фізичної культури і спорту й фізичної терапії під час викладання дисциплін «Теорія і методика фізичного виховання та сучасні освітні технології», „Адаптивна фізична культура”, "Валеологія" і "Фізична реабілітація". Матеріали дослідження можуть використовуватись у практиці роботи вчителів фізичної культури у закладах післядипломної освіти та на лекційних заняттях здобувачів вищої освіти, які навчаються на спеціальності 014 Середня освіта (Фізична культура).

Апробація результатів дослідження. Основні результати дипломної роботи магістра обговорювались на звітній науковій конференції студентів, магістрантів Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка (м. Кам'янець-Подільський 04-05 квітня 2023 року).

Публікації. Результати дослідження за темою кваліфікаційної (дипломної) роботи магістра висвітлені в одній науковій статті.

Структура та обсяг дипломної роботи магістра. Роботу викладено на 70 сторінках, з яких 61 основного тексту. Робота містить 2 рисунка. Дипломна робота складається з переліку умовних позначень, вступу, трьох розділів, висновків, та списку 78 використаних літературних джерел.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ВАДАМИ СЛУХОВОЇ СЕНСОРНОЇ СИСТЕМИ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

1.1 Засоби фізичного виховання як важливий фактор ефективної соціальної інтеграції інвалідів

Пошуком ефективних програм зміцнення здоров'я інвалідів, відновлення їх працездатності, соціальної інтеграції, активної участі у житті, забезпеченні рівноправності із здоровими людьми займаються вчені багатьох країн.

Завдання ці вкрай складні, і щоб їх вирішити, потрібні комплексні наукові дослідження, об'єднання зусиль фахівців у різних галузях.

Питанням лікування інвалідів та іншим медичним аспектам з даної проблеми сьогодні надається особлива увага про, що свідчить значна кількість проведених наукових конгресів, семінарів, симпозіумів [9; 14; 16].

З літератури відомо, що різноманітні методики, які спрямовані на корекцію рухової функції інвалідів з ПС широко використовують засоби фізичної культури [2].

При цьому вказується, що навіть загальне лікування неповносправних з ПС повинно бути комплексним, із застосуванням заходів щодо збільшення рухової активності, розширення фізичних, мовних і психічних можливостей [50].

Крім відновлення тільки фізичних функцій, розроблена методика відновлення інших функцій (психологічних, фізіологічних) при проведенні занять з урахуванням психомоторного стану [8].

Важливим є те, що методика заснована на закономірностях рухового розвитку здорової дитини і механізмів нівелювання рухової патології у школярів з ПС засобами фізичної культури, що позитивно впливає на розвиток мовної, зорової і вестибулярної функції у процесі занять [49].

Розроблена також методика ЛФК в якій особлива увага приділяється психо-емоційному стану школярів. В ній обґрунтовується біомеханіка рухів з позиції анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму з врахуванням ступеня ураження і віку дитини. У процесі проведення занять рекомендовано широке застосування рухливих і спортивних ігор, а також навчання трудовим навичкам [23,28,32,42].

Система багатоцільового тестування дозволяє дати об'єктивну оцінку функціональному стану інвалідів на основі трьох батарей тестів: управління основними рухами, психомоторних функцій і тестування рухових функцій. Вона дозволяє покращати показники у ходьбі, бігові і стрибках при різних формах захворювання, значно підвищити ефективність управління основними рухами, посилити показники психомоторних функцій у школярів із попушенням слуху.

В останній час поряд із іншими напрямками розробляються педагогічні та психологічні аспекти проблеми, які виділені у спеціальну наукову дисципліну – психомоторику. Основною ділянкою застосування її є педагогічна робота з дітьми-інвалідами [18, 20].

При цьому розглядаються питання організації і проведення різноманітних спортивних заходів [22,29,50], тренування людей з фізичними вадами [29,56], адаптації до спортивного інвентарю, формування здорового способу життя і фізичного виховання інвалідів [1, 19, 50, 58].

З метою активізації процесів реабілітації та соціальної інтеграції інвалідів оцінюють їх рівень фізичної підготовленості і на основі тестування визначають придатність інвалідів до змагальної діяльності. При цьому застосовується шкала оцінки рухових можливостей інвалідів, яка дає змогу сформуванати певні категорії учасників змагань: не здатні до змагальної діяльності; відносно здатні до даної діяльності; здатні до неї. Така методика враховує можливість переходу однієї категорії в іншу за умови постійних ефективних занять яким-небудь видом спорту [48].

З цією ж метою розроблені комплексні програми спортивно-оздоровчої і спортивної роботи серед інвалідів [19, 23], створюються учбо-ві лабораторії для

підготовки фахівців у цій галузі, для них розроблено спеціальний курс «Фізична культура і спорт інвалідів», створюється науково-практичний центр фізичної культури і спорту інвалідів [59,70].

Проблема розробки засобів реабілітації інвалідів з використанням фізичних і спортивних вправ, організації їх дозвілля в рамках цього процесу привертає значну увагу фахівців [25, 71]. У процесі соціальної інтеграції групові заняття фізичними вправами, як засіб реабілітації школярів з ПС, займають одне з провідних місць. Вони є перевірені практикою засобами, що сприяють більш швидкому відновленню порушень функцій опорно-рухового апарату.

Також з цією метою в процесі соціальної інтеграції використовують традиційні види фізичних вправ і спорту: лижний спорт, футбол, волейбол та інші [8, 25].

Ігри розвивають природні, еволюційно зафіксовані рухи і у розважальній ненав'язливій формі стимулюють рухову активність, розвивають ініціативу, фантазію, творчість, викликають позитивні емоції і тому у системі засобів соціальної інтеграції інвалідів займають важливе місце [12, 14,40,48, 67]. Про це свідчить проведення ряду спеціальних наукових конференцій і симпозіумів [11, 13, 21, 24]. Разом з тим, підкреслюється необхідність врахування специфіки порушення функції при залученні інвалідів до ігрових занять, тому проводиться пошук засобів фізичної культури, що найбільш придатні та ефективні для їх реабілітації [5, 10, 15, 52]. Відомо, що рухливі ігри з успіхом застосовуються при відновленні функції різних сенсорних аналізаторів [59, 68]. У зв'язку з цим розробка спортивно-оздоровчих програм, які адаптовані для інвалідів проходить або шляхом модифікації та адаптації традиційних видів спорту або розробляються нові програми підвищення рухової активності [9, 15,18,23].

В останній час все більшого поширення набуває проведення для інвалідів принципово нових моделей ігор, змагань, турнірів, фестивалів. Така форма соціальної інтеграції інвалідів має яскраво виражену гуманістичну спрямованість. Вона об'єднує спорт з мистецтвом та іншими видами творчої діяльності (наукою,

технічним конструюванням і т.д.); висуває на передній план не суперництво і конкуренцію, а співпрацю,

єднання учасників; не зовнішні, матеріальні цінності (такі, наприклад, як слава, призи, перемога над іншою людиною і т.п.), а внутрішні, духовні, пов'язані із самовдосконаленням, самовизначенням; формує прагнення до високоморальної, лицарської поведінки, краси дій і вчинків: запобігає бажання перемогти будь-якою ціною, перешкоджає прояву грубощів, насилля, агресивності, націоналізму та ін.; орієнтує учасників на різнобічний прояв і розвиток здібностей у різних видах діяльності; створює умови для участі інвалідів разом з тими, хто не має таких обмежень, для того, щоб при цьому такі люди почували себе рівними серед інших; дозволяє практично кожному учаснику виявити свої здібності, успішно виступити і стати переможцем (лауреатом) хоча б в одному змаганні (конкурсі), включеному в програму; сприяє збереженню й розвитку самобутньої національної й народної культури [5, 13, 40].

До цього часу до числа найменш вивчених питань належить проблема виявлення таких форм спортивно-оздоровчої активності, які найбільш придатні для роботи з дітьми з ПС, особливо з метою їх соціальної інтеграції. Не вивченим сьогодні залишається питання використання спортивної активності у поєднанні з іншими видами діяльності під час перебування у спеціалізованих школах-інтернатах, [22 32, 34].

1.2 Фізичний розвиток і рухова активність як фактор соціальної інтеграції школярів з порушеним слухом

На процес становлення основних систем організму школярів з ПС та подальше збереження їх здоров'я впливають різноманітні фактори. Провідними з них є спадковість, стан соматичного здоров'я та рівень рухової активності, а також ступінь урбанізації суспільства [5,6,7,18].

В суспільстві підростаюче покоління отримує знання, проходить період його виховання і формування самодостатніх морально-вольових якостей, які необхідні

для повноцінної реалізації своїх потенційних життєвих функцій у подальшому житті [15, 18]. Важливо основи фізичного і психосоматичного здоров'я формувати в перші 14-16 років життя [10, 52]. Кардинальні зміни, які відбуваються в сучасному суспільстві, впровадження різноманітних комплексних програм соціально-економічного розвитку, проведення реформи загальноосвітньої школи висувають принципово нові вимоги до стану здоров'я дітей з ПС у віці 14-17 років [6, 31].

Згідно оцінки стану здоров'я дітей, яка розроблена в НДІ гігієни і профілактики захворювань серед дітей і підлітків [22], всі діти діляться на 4 групи. До 2-ої групи здоров'я належать діти, які мають різноманітні морфофункціональні відхилення і часто хворіють. Вочевидь, що саме ці діти є резервом для збільшення чисельності 3 і 4-ої груп здоров'я (тобто явно хворі діти), і тому вимагають до себе постійного і серйозного ставлення. Відомо, що серед підлітків з ПС 16-ти літнього віку, які відвідують школу тільки 14% не мають захворювань, тобто відносяться до 1-ої групи здоров'я. В старшому шкільному віці у 15-20% дітей з ПС діагностують хронічні захворювання і у більш, ніж 60% (за даними різних джерел від 58,6 до 62,7% у віці 14-17 років)-різноманітні функціональні відхилення [11]. Найбільшу розповсюдженість серед дітей з ПС 2 групи здоров'я мають функціональні зміни зі сторони опорно-рухового апарату (порушення постави). На другому місці по розповсюдженості займають функціональні розлади в стані серцево-судинної системи. Далі йдуть порушення нервово-психічного статусу, захворювання органів дихання (в першу чергу верхніх дихальних шляхів, аденоїдні вегетації і гіпертрофія мигдаликів), що свідчить про суттєве зниження резистентності дитячого організму. У 20 дітей із 100 обстежених спостерігаються різноманітні алергічні прояви. Досить часто зустрічаються функціональні зміни органів травлення і дефіцит маси тіла (11-14%). У відносно невеликої частини були виявлені відхилення зі сторони органів зору (близько 2-4% від всіх обстежених), надлишку маси тіла (31%) та ряд інших [4, 23].

Оцінку стану соматичного здоров'я проводять в основному по частоті звертання за медичною допомогою, рівню загальної захворюваності і експрес-методикою Г. Апанасенко [7].

Аналіз вищевказаних функціональних та структурних порушень стану здоров'я дітей свідчить, що деякі із них практично не залежать від статевої диференціації (порушення постави, сплющення стопи, відхилення зі сторони органів дихання і травлення, алергічні реакції, ГРЗ). Інші ж явно переважають серед хлопців (відхилення у нервово-психічному статусі, серцево-судинна патологія, дефіцит маси тіла), або у дівчат (порушення зору, надлишок маси тіла). В загальному можна відмітити більшу ступінь "ранимості" дівчат у віковому періоді 14-17 років, у порівнянні з юнаками цього ж віку. Крім того, в літературі наводяться дані, які свідчать про те, що кожний школяр з ПС 2-ої групи здоров'я має, як правило, не одне, а декілька функціональних відхилень. Встановлено, що серед дівчат вже у 14-ти літньому віці близько 28% мають два і 56% - три і більше функціональних відхилень в стані соматичного здоров'я. Отже, у 84% дівчат старшого шкільного віку спостерігається одночасно від 2 до 4 різноманітних морфофункціональних відхилень. В 15-ти літньому віці значно (з 20 до 32%) зростає число дівчат з 4 відхиленнями в стані соматичного здоров'я і формується група (близько 15%), в якій дівчата мають 5 різноманітних функціональних відхилень. У 16-ти літньому віці майже вдвічі зростає кількість дівчат з 5 різноманітними функціональними відхиленнями, а загальна кількість дівчат, які мають 3-5 відхилень досягає 75%.

У хлопців число функціональних відхилень дещо менше. Так, 14-літні хлопці у 57% випадків мають одночасно 2-3 і близько 15% -4 функціональних відхилення; 16-річні - у 55% випадків мають 3-4 і в 25% - 5-6 функціональних відхилення.

Таким чином до 17-річного віку, тобто на момент закінчення школи, близько 80% юнаків і дівчат 2 групи здоров'я одночасно мають від 3 до 6 різноманітних морфофункціональних відхилень, що значно заважає процесу їх майбутньої соціальної інтеграції. Такий стан справ висуває на перший план необхідність з

одного боку, як найшвидшого проведення оздоровчих заходів із застосуванням в першу чергу засобів фізичної культури, з іншого – ефективної системи гігієнічної оцінки стану соматичного здоров'я дітей з ПС.

Крім дітей з явними відхиленнями у стані соматичного здоров'я (3-4 група здоров'я) до 30% старшокласників мають достатньо високий рівень тривожності і низькі показники самопочуття, активності, настрою, що суттєво утруднює адаптацію до навчання і особливо негативно відображається на стані соматичного здоров'я [9,60].

Численними клініко-фізіологічними та педагогічними дослідженнями показана роль рухової активності (РА) у забезпеченні гармонійного розвитку дітей різного віку [5, 6, 12, 33].

Глухі і слабочуючі діти відрізняються від своїх здорових однолітків і соматичною ослабленістю, недостатньою рухливістю [9,16,25,39]. Діти одного віку, але різних років навчання, мають різний рівень фізичного і моторного розвитку [47].

Так, співставляючи антропометричні показники розвитку глухих і здорових дітей, автори встановили деякі особливості [1]. Відмічено поступовий, але нерівномірний процес становлення параметрів, що вивчаються. А саме: перший ростовий стрибок у глухих хлопчиків відмічено у 14 років, а у дівчаток вже у 9 років. Маса тіла більша у глухих хлопчиків, ніж у дівчат до 11 років, а з 12 до 15 років цей показник переважає у дівчаток. У 16 років за масою глухі хлопчики знову випереджають дівчат. У 31-37% випадків також виявлено дефіцит маси тіла і 3,7 % дітей з низьким зростом [53]. У зв'язку з тим, що на вікові зміни показників фізичного розвитку, поряд з біологічними і функціональними особливостями великий вплив має рухова активність, факт відставання ваги від норми у даної категорії дітей пояснюється обмеженим повсякденним руховим режимом [12, 15].

Так, за даними фахівців, у глухих дітей, починаючи з 3-4 річного віку, значно обмежена рухова активність у зв'язку з необхідністю формування у них понять, вивчення мови, розвитку слухового відчуття і інші. Глухі учні на заняттях

знаходяться в більш напруженій позі, так як отримання інформації і контакти з викладачами здійснюються через зоровий аналізатор [10, 26]. Збільшення об'єму рухової активності, збільшення часу в режимі дня для занять з фізичного виховання сприяє оптимальному фізичному розвитку глухих дітей, а також корекції недоліків рухових функцій [15,17].

У глухих дітей шкільного віку виявлено і значне обмеження рухливості грудної клітки під час видиху, особливо в молодшому віці: у хлопчиків- 0.68 ± 0.05 см, і у дівчат- 0.28 ± 0.02 см. Таке обмеження рухливості негативно впливає на функцію зовнішнього дихання, особливо на об'єм видиху. Аналіз спірографічних показників у глухих дітей свідчить про функціональні порушення зовнішнього дихання, ступінь вираженості яких порізно проявляється в різному віці. Виявлена гіпервентиляція в спокої, яка найбільше виражена в 4-7 річному віці. Здійснювалась вона переважно за рахунок прискорення дихальних рухів. Встановлено зниження показника життєвої ємкості легенів від показника норм, які встановлені для здорових дітей. Зменшення цих показників в значній мірі пояснюється слабким розвитком дихальних м'язів, зменшенням рухливості грудної клітки в зв'язку з фізичною детренованістю [26]. Спеціальні дослідження, які проводилися з глухими спортсменами показали, що навіть в них спірографічні показники не досягали нормативних величин, які розраховані для дітей із нормальним слухом [2,6]. Ряд авторів вказує на необхідність тренувати у глухих дітей видих, починаючи з самого раннього віку [19]. Хоча існує і протилежна думка про переважання екскурсії легенів і обхвату грудної клітки, які автор пояснює наявністю дихальних вправ в системі реабілітації дітей [53].

Встановлено, що відсутність слуху відбивається не тільки на фізичному розвитку, але і на кардіо-респіраторній системі у глухих дітей. Однак ці дані неповні і суперечливі. Так, одні автори стверджують, що серцево-судинна система у глухих в стані спокою відхилень не має [32]. За даними інших досліджень, артеріальний тиск у більшості глухих дітей знаходився у вікових межах, які властиві дітям з нормальним слухом. Однак, реакція на фізичне навантаження (степ-тест) у глухих виявила в 25% випадків реакції патологічного

типу на навантаження. Це свідчить про порушення регуляторних механізмів гемодінаміки. Окрім того, процес відновлення в більшості випадків проходить повільніше [11].

Функціональний стан серцево-судинної системи характеризується у глухих дітей зниженням біоенергетичних процесів і зниженням скорочувальної функції міокарду за даними СКГ (більше 80,00% СКГ віднесені до III паталогічного гіподинамічного стану) [10,24,41,62,63].

У глухих дітей виявлено прискорення пульсу в стані спокою, яке автор пояснює нестійким станом нервової системи [61]. Спостерігалися функціональні порушення серцево-судинної системи з тенденцією до збільшення пульсу і підвищення артеріального тиску [15]. У глухих дітей 7-15 років виявлені судинно-вегетативні порушення у вигляді блідості шкіри, акроціанозу, гіпергідрозу, лабільності пульсу [24]. Найбільш розповсюдженим методом дослідження серця є електро-кардіографія (ЕКГ), яка дуже широко використовується в практиці лікарського контролю за тими, хто займається фізичною культурою і спортом, для оцінки функціонального стану серцево-судинної системи, а також для раннього вияву патологічних змін в серці. Використовуючи цей метод у дітей, слід враховувати, що анатомофізіологічні особливості дитячого серця, судин і їх співвідношення, будова волокон міокарду і провідникової системи обумовлюють специфічні особливості ЕКГ дітей у кожному віковому періоді, особливо до 15 років [18, 27].

Відомо, що РА справляє особливо великий вплив на показники фізичного розвитку, сприяє підвищенню резервних властивостей кардіо-респіраторної системи (КРС), визначає нормальний ріст і розвиток організму, забезпечує найбільш повну реалізацію генетичного потенціалу, підвищує опірність та імунологічний статус організму, підтримує працездатність і функціональні резерви інших фізіологічних систем організму [11,15]. Будучи необхідною умовою нормального функціонування життєво важливих систем організму, РА забезпечує удосконалення моторики [12,21].

У зв'язку з необхідністю засвоєння понятійного апарату, вивчення мови, отримання інформації з оточуючого середовища через зоровий аналізатор діти з ПС вимушені довго перебувати у статичному положенні, що негативно впливає на морфо-функціональний стан організму школярів [16].

Ряд авторів [4, 8, 19], вказують на ретардацію росту дітей з ПС різного віку. При цьому піки приросту основних показників ФР (ріст, маса, ОКГ) не співпадають з однолітками без ПС і мають стрибкоподібний характер, що обумовлює у 37,9% дисгармонійність ФР [29].

Послідня супроводжується дефіцитом маси тіла (у 31-37% випадків), зниженням росту на 2-3 см (у 36,7% дітей), змінами показників ЖЄЛ, які за даними різних авторів знижені на 2-3% у 44,6% школярів [19,33]. Такі розбіжності у показниках ЖЄЛ пояснюються зниженням мовного дихання, яке в залежності від ступеня втрати слуху має різний рівень вираженості [57]. Ці дані добре узгоджуються з даними І.Б. Грибовської [49], яка вказує на обмеження показників екскурсії грудної клітки, що обумовлене слабким розвитком дихальних м'язів внаслідок фізичної детренованості [16].

При цьому спостерігається неправильний ритм дихання, а частота дихання у порівнянні з дітьми без ПС збільшена в 5-7 разів; показники ЧСС вищі на 4-9 уд/хв, систолічний артеріальний тиск знижений на 5-8 мм.рт.ст [13].

Дані про стан серцево-судинної системи (ССС) у дітей з ПС досить суперечливі і неповні. Одні автори вказують на значні зміни цих показників [33], інші не знайшли будь-яких суттєвих відхилень у функціональному стані ССС дітей з ПС [8, 49], треті вказують на них тільки в аспекті впливу фізичного навантаження [31]. При цьому 25% дітей з ПС мають гіпер- та гіпотонічний тип реакції і подовжений період відновлення [60]. Ці явища у 80% дітей супроводжуються зниженням скоротливої здатності міокарду, зменшенням часових показників 1 і 2 сейсмокадіографічних комплексів, що відноситься до III гіподинамічного типу. Така картина обумовлена зниженням інтенсивності біоенергетичних процесів, в міокарді і є реакцією на гіпокінезію [9].

У стані спокою у школярі з ПС у віці 7-15 років мають дещо більшу ЧСС і систолічний артеріальний тиск, що пояснюють переважанням симпатикотонічного впливу на серце [56].

Дисгармонійність ФР обумовлює специфічний феномен диспропорційного розвитку кардіоміоцитів на фоні вже сформованої провідникової системи, що викликає неповну блокаду правої ніжки пучка Гіса, яка спостерігається у дітей з ПС до 15 років [5, 54, 60].

Внаслідок порушень функцій слухового аналізатору виникають вторинні відхилення в організмі глухої дитини, які негативно впливають на її розвиток і стан здоров'я. Багаточисельними дослідженнями встановлений зв'язок втрати слуху і порушень вестибулярної функції у значній масі глухих дітей, що накладає своєрідний відбиток як на їх ріст і розвиток, так і на характер вторинних відхилень [5,7,55].

Відомо, що вестибулярна сенсорна система приймає участь в регуляції пози тіла і його орієнтації в просторі. Ядра вестибулярних нервів через кортикоспінальні провідні шляхи зв'язані з передніми рогами спинного мозку. Через ці зв'язки здійснюються статичні і статокінетичні рефлекси, регулюється тонус скелетної мускулатури. Під впливом нервових імпульсів, які виходять з вестибулярної сенсорної системи, групи м'язів, які приймають участь в збереженні положення тіла, змінюючи тонус, забезпечують орієнтацію організму в просторі [14,44,50]. Як вказують автори [8,16,35] власне вестибулярній сенсорній системі відводиться провідна роль у процесі збереження стійкості тіла. Фахівці [8,31,57] встановили і довели, що руйнування окремих частин лабіринту вестибулярної сенсорної системи та інтенсивне подразнення лабіринтних рецепторів, супроводжуються порушенням рівноваги і координації рухів.

Отже, зниження рівня РА в режимі дня дітей з ПС викликає нерівномірне становлення параметрів ФР, що є причиною дискоординації у функціонуванні цілого ряду життєво важливих систем дитячого організму [18], що закономірно проявляється змінами рівня фізичної працездатності (ФП).

Комплексна оцінка стану здоров'я дітей з ПС [7,60] поряд з визначенням відповідності між процесами росту, біологічними та психологічними особливостями передбачає також дослідження фізичної працездатності. Відомо, що на рівень ФП впливає цілий ряд факторів серед яких найбільш впливовими вважають антропометричні показники, функціональні резерви кардіореспіраторної системи, рівень фізичної підготовленості і РА, стан соматичного здоров'я та ряд інших [6, 56, 54].

Поняття “фізична працездатність” передбачає готовність організму здійснювати м'язову діяльність з максимальною потужністю і свідчить про належний адаптаційний енергетичний адаптаційний потенціал механізмів [5,6,21]. Вона відноситься до інтегральних показників функціональних можливостей організму людини і лімітується транспортними можливостями крові, станом кардіореспіраторної системи, ефективністю анаеробного та аеробного шляхів енергопродукції, рівнем фізичного розвитку, станом опорно-рухового апарату і нейроендокринної системи й аеробними можливостями скелетних м'язів. Крім того, ФП є важливою медико-соціальною характеристикою і своєрідним кількісним показником соматичного здоров'я [7,31]. При цьому слід виходити з того, що гемодинамічні показники можуть змінюватись навіть при незначних відхиленнях рівноваги організму із зовнішнім середовищем і відображають адаптаційно-приспосувальні реакції цілісного організму [6]. Вивчення ФП і розробка її нормативів набуває соціального і гігієнічного значення в умовах масового обстеження дітей з ПС і виявлення факторів ризику, які можуть призвести до підвищення рівня захворюваності цього контингенту населення [60]. Оцінку рівня ФП здійснюють за тестом PWC150 - PWC170, який дозволяє оцінити відновні процеси в організмі, їх характер після дозованої м'язової діяльності [51]. Оскільки довготривала робота м'язів лімітується величиною максимального споживання кисню, то загальна ФП в значній мірі залежить від функціональних можливостей кардіореспіраторної системи [54]. Якісну характеристику ФП як правило дають за параметрами аеробної потужності. Для оцінки кількості роботи при виконанні стандартного

навантаження пропонують різноманітні розрахункові коефіцієнти аеробної потужності (МСК). При цьому встановлено, що при розрахунку МСК на одиницю маси тіла або площі поверхні тіла його величина має виражену тенденцію до зниження зі збільшенням віку дітей [6,35].

Відомо [31], що у дітей з ПС внаслідок зниження РА зменшуються відносні показники ФП в тестах PWC150 і PWC170, що на фоні збільшення вентиляції легенів і підвищеної ЧСС свідчить про детренованість організму, низькі показники фізичної підготовленості, особливо показників аеробної витривалості.

Механізм впливу фізичного навантаження на організм досить широко описаний у вітчизняній та зарубіжній літературі [5, 6, 53]. При цьому треба відзначити, що дитячий організм має ряд специфічних характеристик, які визначають специфіку впливу фізичного навантаження на нього. Основними особливостями функціонального забезпечення м'язової роботи у дітей з ПС є відносно невисокий діапазон резервних можливостей як соматичних, так і метаболічних систем організму, низька ефективність вегетативного забезпечення; досить низький рівень анаеробного компонента фізичної працездатності, тобто працездатності у вправах іривалістю понад 3 хвилини [21, 25].

Поряд з активним впливом на опорно-руховий апарат фізичне навантаження є потужним стимулятором роботи внутрішніх органів і в першу чергу для кардіореспіраторної системи. За даними окремих авторів у людей, які займаються спортом існує 6-ти кратний запас серцевої діяльності, тобто вони можуть виконувати фізичне або трудове навантаження більш високого рівня потужності і довше на відміну від людей, які не займаються спортом і які здатні виконувати фізичне навантаження тільки середньої потужності [60]. При цьому треба враховувати, що при визначенні рівня рухового навантаження на організм дитини з ПС орієнтація лише на паспортний вік без врахування відмінностей в темпах біологічного дозрівання рахується недопустимим [9, 15]. Успішність розвитку реакцій адаптації в значній мірі залежить від рівня функціонування серцево-судинної системи, комплексна оцінка якої передбачає реєстрацію значної кількості гемодинамічних показників і характеру їх змін під впливом різних за

своєю потужністю фізичних навантажень [54, 56]. У зв'язку з цим доцільним є визначення індивідуальних адаптаційно-приспосувальних можливостей дітей з ПС у взаємозв'язку з дихальною та іншими енергозабезпечуючими системами [5, 49, 60]. Спеціальні обстеження кардіореспіраторної системи дозволили одним авторам [5] визначити 4, іншим тільки 3 варіанти реагування кардіореспіраторної системи на фізичне навантаження у дітей [60].

Вивчаючи вікову диференціацію рухового аналізатору було виявлено, що у здорових дітей руховий аналізатор досягає максимального розвитку до 13-14 років, у глухих же його розвиток сповільнюється на 2-3 роки. Порушення функції рухового аналізатору пов'язують із зменшенням потоку еферентної імпульсації внаслідок дефекту слуху [18,30]. Розвиток рухових навичків у глухих школярів під час уроків праці супроводжується сповільненістю рухів, нераціональним способом розподілу зусиль, низьким темпом праці, сповільненим освоєнням роботи на токарних станках [40,43,44].

Таким чином, доведено, що у глухих дітей розвиток рухового аналізатору сповільнюється на 2-3 роки, у порівнянні зі здоровими однолітками.

Система фізичного виховання передбачає, окрім вивчення і оцінки функціональних можливостей всіх систем організму, суворе дотримання принципу адекватності величини фізичного навантаження віковим, анатомо-фізіологічним можливостям і функціональним резервам основних систем організму дітей і підлітків [1,28,30,72]. Дослідження в стані спокою не завжди виявляють функціональні резерви організму. Вивчення адаптації дитячого організму до м'язевої діяльності є однією з найважливіших проблем вікової фізіології і фізичного виховання. Для визначення функціонального стану і резервних можливостей кардіореспіраторної системи використовується визначення ФПр методом велоергометрії або степ-тесту. За прийнятою міжнародною термінологією, терміном "фізична працездатність" (PWC) визначають здатність виконувати тривалу інтенсивну фізичну роботу [3,8,69,77].

В практиці лікарського контролю за фізичним вихованням частіше всього використовуються тести з субмаксимальним навантаженням і розраховується

можлива потужність роботи, яку міг би виконати обстежений при досягненні частоти серцевих скорочень 170 або 150 за хвилину (PWC170 або PWC150) [8,14,20,25]. При виконанні цих тестів немає необхідності пропонувати обстеженому максимальне фізичне навантаження, що має велике практичне значення і особливо при дослідженні дітей. У спостереженнях за дітьми використовується визначення рівня ФПр при частоті серцевих скорочень 150 за одну хвилину-PWC150 [10,18, 27 та інші].

Об'єктивними факторами, які впливають на величину ФПр є антропометричні показники, стан здоров'я та інші [2,8,17,27,72]. Величина ФПр залежить також від функціонального стану кардіореспіраторної системи, об'єму рухової активності і рівня тренуваності [1,9,10,12,40]. Дослідження [36,41,59] підтверджують також, що завдяки достатньому обсягу рухової активності діти мають міцне здоров'я, нормальний фізичний розвиток і швидко засвоюють рухові дії.

Заняття спортом, особливо такими видами, які тренують витривалість, сприяють збільшенню ФПр [56]. В умовах же гіподинамії ФПр дітей і підлітків знижується [26]. З віком дітей і підвищенням функціональних можливостей кардіо-респіраторної системи розвивається економізація енергетичного забезпечення роботи на одиницю потужності роботи вимагається менша ступінь прискорення пульсу і збільшення легеневої вентиляції [17].

В умовах зниженої рухової активності знання вікових норм ФПр глухих дітей різного віку необхідні для оптимізації рухового режиму. За даними автора в перерахунку на кг маси тіла величина PWC150 і PWC170 з віком зменшується, що свідчить про збільшення детренованості організму глухих дітей дошкільного і шкільного віку [12,64]. Окрім того, існує прямий тісний зв'язок між фізичним розвитком, фізичною підготовленістю та функціонуванням вестибулярної сенсорної системи [30]. Тому ми включили в план наших досліджень вивчення показників ФПр у глухих дітей.

1.3 Фізичне виховання - як фактор соціальної реабілітації глухих дітей

Відомо, що фізичні вправи і спорт є дієвими засобами в корекції і компенсації рухової сфери у людей з порушеннями сенсорних систем [1]. Фахівці спостерігали позитивний вплив тренувальних занять на оптимізацію рухової сфери [14].

Проводились дослідження з метою визначення ефективності швидкісних і силових вправ, які використовуються на позакласних заняттях з легкої атлетики з глухими дітьми 11-12 років. Результати досліджень показали, що виконання комплексу вправ спеціально-силової спрямованості значно посилює швидкісно-силові якості підлітків. Приріст результатів становив 24-26%. Потужність зусиль підвищилась на 31%, висота вистрибування на 30%, решта показників покращилися в середньому на 25%. Найбільш ефективною для корекції рухової сфери і розвитку швидкісно-силових якостей, на думку автора, у глухих школярів є програма, яка містить поряд з загальнорозвиваючими, біговими і стрибковими вправами також і спеціальні силові вправи [15].

У дослідженні І.Б. Грибовської доведено, що вестибулярна сенсорна система дітей з розладами слуху характеризується зниженням функціонального стану, що негативно впливає на статичну і динамічну рівновагу [24]. Результати виконання контрольних вправ у більшості дітей з розладами слуху вдвічі нижчі за результати їхніх однолітків, які чують нормально.

У своїх роботах Н.Г. Байкіна, О.В. Романенко, Б.В. Сермеєв відзначали, що просторове орієнтування дітей з розладами слуху з віком покращується; це пояснюється тим, що руховий аналізатор, який бере активну участь в орієнтуванні, може навіть повністю компенсувати недостатність функцій вестибулярного апарату [5; 21; 36].

Вплив засобів фізичної культури на розвиток рівноваги, точності і координації рухів у глухих дітей 7-17 років протягом 6 місяців досліджувались спеціалістами [16, 20]. Найбільша динаміка позитивних зрушень з розвитку цих рухових якостей спостерігалась у віці 7-12 років. Результати у групі спортсменів

(легка атлетика, спортивні ігри) були значно вищими, ніж у дітей, які не займалися спортом.

Однією з перших форм використання засобів фізичної культури у глухих дітей слід вважати уроки ритміки. Заняття ритмікою і гімнастикою у певній мірі компенсують порушення ходи і рухів. Так, на основі даних про збереження сенсорних систем: зорової, тактильно-вібраційної, рухової були проведені дослідження, які спрямовані на виявлення можливостей сприйняття музики глухими школярами [1,7,8,79]. З початку 1986/87 навчального року музикально-ритмічні заняття проводилися в школах для глухих дітей, тривалістю 45 хвилин. А уроки ритміки, за свідченням фахівців, сприяють загальному розвитку дитини, її рухів, їх виразності, розвитку уваги, пам'яті, формуванню чуття ритму [34]. Таким чином, багато наукових даних свідчать про те, що особливості розвитку рухової сфери у глухих дітей обумовлені функціональними порушеннями слухової сенсорної системи, недостатнім розвитком мови, психофізіологічними особливостями.

Важливою умовою усунення рухових порушень і недоліків фізичного розвитку глухих дітей є використання адекватних функціональних і рухових можливостей дітей за допомогою засобів, форм і методів фізичного виховання. В корекції рухової сфери глухих дітей особливе місце займають фізичні вправи, гігієнічні і природні фактори. Адже основна мета фізичного виховання в спеціальній школі - виховати фізично досконалих людей, які підготовлені до суспільно-корисної трудової діяльності, коректувати і компенсувати недоліки у руховій сфері даної категорії школярів [17].

Фізичне виховання глухих дітей повинно носити корекційно-компенсаторну спрямованість і повинно розпочинатися з ясельного віку. У зв'язку з тим, що власне у молодшому віці закладається фундамент основних рухових функцій, реабілітацію глухих слід починати як можна раніше [6,8,9,21,28,41,63]. Тому і розробляються нові комплексні програми корекційного фізичного виховання для глухих дошкільнят 4-7 років, обґрунтовуються спеціальні нормативи з фізичної

підготовки для глухих учнів молодших класів, впроваджуються нові методики навчання [16].

Систематизуючи дані про своєрідність моторики дітей з розладами слуху, О.П. Гозова робить висновок, що вона пояснюється цілим комплексом причин, кожна з яких може домінувати в окремому випадку [12]. Зниження слуху нерідко супроводжується порушенням окремих функціональних систем організму. Так, патологічний процес у слуховій системі змінює функції вестибулярного апарату, а вестибулярні порушення, в свою чергу, впливають на формування рухової сфери.

Дане становище можна пояснити тим, що патологічний процес у слуховому аналізаторі змінює не тільки функції вестибулярного апарату, але й функції кінестетичного аналізатора, який також визначає особливості рухової діяльності осіб з розладами слуху [45].

Значну увагу привертають результати досліджень психологічних особливостей регуляції рухових дій людей з розладами слуху, проведені Ю.М. Комаровим [34]. За його даними, питома вага кінестетичного компонента в руховому образі у контингенту, який розглядається, у період засвоєння дій відносно мала. Зорово-м'язові уявлення переважають над м'язово-руховими, внаслідок мовнослухових обмежень сповільнена часова структура рухової діяльності. Значні ускладнення, на відміну від тих, хто чує нормально, пов'язані із точністю сприйняття та відтворення часових параметрів.

При порушенні слухового сприйняття в учнів з розладами слуху спостерігаються специфічні зміни рухової пам'яті. Дослідження Т.В. Розанової дозволили встановити, що рухова пам'ять дітей молодшого та середнього шкільного віку з розладами слуху гірша, ніж у дітей, які чують нормально, тих же вікових груп [18; 19].

Порушення функції слухової пам'яті стає причиною значного навантаження на зорову та моторну пам'ять, яка виконує компенсаторну функцію. Іншим наслідком порушення слуху є збіднення емоційно-образної пам'яті, пов'язаної з кількісною та якісною зміною просторових характеристик у вербалізованих образах, які викликані відповідними змінами психофізичних показників [21]. При

цьому можливе заповнення прогалини, яка виникла, іншими підвидами емоційної пам'яті, у тому числі негативного характеру. Не виключено й порушення формування емоційно-вольової сфери, що може призвести до появи неадекватних реакцій [18].

Досліджуючи рухові операції школярів з розладами слуху, Н.Г. Байкіна, О.П. Гозова, Г.Ф. Козирнов відзначали, що ураження слуху спричиняється до вповільнення швидкості виконання окремих рухів та темпу діяльності в цілому [8; 11; 31]. Порушення слухового аналізатора робить менш повним процес відображення дій, які виконуються, і менш влучним та швидким їх корегування [27]. А це, в свою чергу, затримує оволодіння руховими навичками. Таким чином, уповільненість рухів за своїм походженням є вторинною ознакою ураження слуху.

У соціальному аспекті виховання швидкості рухів і рухової реакції має велике значення. Під час професійної підготовки слабчучих виховання цих якостей набуває особливого значення і дозволяє підвищити продуктивність їх праці [19].

Оскільки втрата слуху змінює взаємодії в системі аналізаторів, а руховий аналізатор розглядається наукою як інтегруючий в цілісній діяльності мозку [42], глухі діти мають більшу потребу в руховому сприйнятті, яке заміняє слухове.

Аналіз особливостей виявлення швидкісних якостей в умовах, які потребують різного рівня концентрації уваги, показав виражені відмінності між учнями з розладами слуху та їх однолітками, які чують нормально. Середні величини швидкості сенсорно-рухової реакції при зниженні інтенсивності звукового інформаційного потоку виявилися меншими, ніж при нормальному функціонуванні слухового аналізатора [52]. Досліджуючи швидкість простої та складної рухової реакції дітей з розладами слуху різного віку, А.О. Костанян дійшов висновку, що під впливом занять фізичними вправами у слабчучих учнів значно підвищується швидкість простої та складної рухової реакції та рухів рук, в окремих випадках досягаючи рівня, характерного для школярів, які чують нормально, й навіть перевищуючи його [47].

Найбільша гострота слуху, збудження тактильних рецепторів та високі показники зорових функцій досягаються у віці до 14-15 років [45]. Можна припустити, що активний та функціональний розвиток аналізаторних систем, які збереглися, й визначив інтенсивний розвиток рухових здібностей дітей у молодшому та середньому віці порівняно з дітьми старшого шкільного віку. У дітей, які чують нормально, починаючи з початкових класів, розвиток моторики відбувається більш рівномірно, плавно. У школярів з розладами слуху простежується стабілізація показників у 7-8 років і помітне покращення у 9-10 років. Результати досліджень Е.Н. Абілової свідчать про вповільнений та своєрідний розвиток рухового аналізатора у дітей з розладами слуху молодшого шкільного віку [1].

Як показали дослідження Н.Г. Байкіної, фізичний розвиток школярів з розладами слуху являє собою безперервний поступовий процес, який має стрибкоподібний характер [5]. Наявність особливостей у фізичному розвитку школярів з розладами слуху в жодному разі не може бути свідченням неповноцінності організму дитини означеної нозології на окремих вікових етапах. Саме комплексом подібних особливостей фізичного розвитку та розвитку рухових якостей характеризується той чи інший етап.

Б.В. Сермеєв установив, що на вікові зміни показників фізичного розвитку людини особливо великий вплив справляє рухова активність [26]. Учений показав, що рухова активність дітей є необхідною умовою нормального функціонування й удосконалення всіх важливих систем організму, а також зазначив, що з віком функціональний рівень рухового аналізатора підвищується, досягаючи максимуму до 13-14 років.

Дослідження, проведені Л. Фандиковою, свідчать про те, що діти з розладами слуху мають функціональні та морфологічні відхилення переважно у руховій сфері [57]. Аналіз режиму дня дітей означеної нозології показує, що їх рухова активність на 20-30 % нижча, ніж у однолітків, які чують нормально. Це стосується, насамперед, тривалого періоду відновлення (він довший, ніж у однолітків, які чують нормально, на 15 %) [16].

До суттєвих порушень у руховій сфері дітей з розладами слуху, на яке вказують майже усі дослідники, належить більш низький, порівняно з однолітками, якічують нормально, рівень розвитку основних фізичних якостей.

До числа найбільш важливих фізичних якостей Т.С. Щуплецова відносить м'язову силу, розвиток якої сприяє корекції недоліків рухової сфери школярів з розладами слуху [51]. Ю.А. Пеганов і А.Г. Спицин з'ясували, що силові можливості дітей з розладами слуху нижчі, ніж тих, хто чує нормально [43]. Відставання сили у школярів означеної нозології виявляється вже у молодшому шкільному віці, і з віком збільшуються відмінності у силі м'язів між дітьми з розладами слуху та тих, хто чує нормально [49]. З 15-річного віку ці відмінності набувають суттєвого та достовірного значення. Відзначені особливості прояву сили у дітей з розладами слуху, на думку авторів, є наслідками вторинних відхилень.

Відомо, що з віком у всіх школярів поступово зростає м'язова сила. Зумовлено це тим, що з віком удосконалюється нервова регуляція м'язової діяльності, змінюються біохімічний склад і гістологічна структура м'язів, які лежать в основі вияву сили [40]. За даними Н.Г. Байкіної, початок найбільшого приросту силових показників м'язових груп у школярів з розладами слуху відзначається у віці 14-15 років [5]. Це підтверджують О.А. Гужаловський, Б.В. Сермеєв, В.П. Філін, які показали, що у цей період найбільш інтенсивно розвивається м'язова сила [11; 24]. Процес удосконалення системи фізичного виховання школярів з розладами слуху повинен враховувати особливості розвитку сили та силової витривалості [5; 9].

Доведено, що рухові навички набувають більш узагальненого характеру та легше переносяться у нові умови, коли вони формуються за супроводу розгорнутої мовленнєвої діяльності [60].

У дослідженнях А.Г. Карабанова відзначається, що рівень розвитку фізичних якостей дітей, якічують нормально, вищий, ніж у дітей з розладами слуху. Найбільш вірогідна різниця спостерігається у спритності, витривалості, гнучкості й швидкісно-силових якостях. За показниками швидкості й абсолютної сили,

вважає дослідник, школярі з розладами слуху та їхні однолітки, які чують нормально, не мають вірогідних відмінностей [34]. Динаміка розвитку фізичних якостей характеризується постійним, але нерівномірним збільшенням. Найбільш інтенсивне зростання результатів характерне для сили, швидкості, гнучкості та рівноваги.

Обмеження рухової активності, яке викликане втратою слуху, негативно впливає на розвиток таких життєво важливих функцій, як витривалість, швидкість і швидкісно-силові якості. Ослаблення рухової сфери дітей з розладами слуху призводить (за зразком моторно-вісцеральних рефлексів) до зниження працездатності серцево-судинної та дихальної систем, про що свідчать високі показники частоти серцевих скорочень та частоти дихання у спокої та при дозованому фізичному навантаженні, низькі величини життєвої ємності легень, затримки дихання у дітей з розладами слуху порівняно з нормою [54].

Система комплексного використання вправ, спрямована на розвиток швидкісних якостей та витривалості, – достатньо ефективний прийом у методиці тренувальних занять із слабчучими юнаками. Різнобічні навчально-тренувальні заняття більше сприяють удосконаленню швидкісних якостей та витривалості, ніж заняття, спрямовані тільки на виховання однієї з рухових якостей [8].

Збільшення обсягу рухової активності, часу протягом дня для занять з фізичного виховання сприяє оптимальному фізичному розвитку юнаків з розладами слуху, а також корекції недоліків рухових функцій [84]. Якщо враховувати, що найбільшу частину навчального матеріалу та рухового досвіду юнак, як відомо, засвоює через спілкування з педагогами та учнями, то слід відзначити, що цього явно недостатньо. Рухове і мовленнєве спілкування юнака та дорослого повинно здійснюватись також і в позаурочний час, і, звичайно, у колі родини під час відпочинку, під час занять фізичними вправами. В.В. Дзюрин, В.М. Зайцева, твердять, що за допомогою засобів фізичного виховання можна цілеспрямовано досягати бажаних зрушень у розвитку рухових здібностей, удосконаленні фізичної підготовленості, у фізичному розвитку та функціональному стані [13; 17].

За період навчання багато недоліків моторики глухих, які спостерігались на початковій стадії навчання, поступово зникають. З підвищенням фізичної підготовленості покращується функціональний стан рухового аналізатора, він наближається до рівня школярів, які чують нормально [16].

Таким чином, визначення рівня ФР, ФП і типу реакцій серцево-судинної системи дає можливість прогнозувати відхилення в стані КРС, що може бути використано для розробки програми оздоровлення та підвищення опірності організму дітей з ПС з метою їх соціальної інтеграції.

Аналіз даних літератури показав, що існують різні аспекти реабілітації та адаптації інвалідів. Їх кінцевим результатом є соціальна інтеграція, яка розглядається як сукупність різноманітних соціально-економічних, правових, медико-психологічних та ряду інших заходів, які проводяться на державному, колективному та індивідуальному рівнях. Дослідники в цій галузі визначають соціальну інтеграцію як раціонально побудований процес суспільно-трудового влаштування школярів. У вирішенні проблеми соціальної інтеграції інвалідів важливе значення відводиться засобам фізичної культури. У зв'язку з цим необхідні широкі наукові дослідження та експертиза стану соматичного здоров'я, фізичної працездатності і психологічного статусу інвалідів.

Соціальну інтеграцію школярів з порушенням слуху необхідно розглядати як складну комплексну систему заходів спрямованих на підвищення рівня фізичної і розумової працездатності, усунення вимушеного пониження рівня рухової активності, зниження розвитку координаційних здібностей, порушення інших рухових якостей тощо.

У зв'язку з тим, що в юнацькому віці закладаються основні соціальні зв'язки, відбувається соціальне становлення, професійне самовизначення людини, починається її трудовий шлях, діти з порушенням слуху найбільше потребують уваги з боку спеціалістів і комплексного підходу при проведенні реабілітаційних заходів.

Виявлено, що всі фактори соціальної інтеграції є диференціальними, тісно пов'язані між собою і взаємообумовлені. Складність соціальної інтеграції

школярів з ПС у переважній більшості випадків обумовлена відсутністю організаційних форм вирішення проблеми. Таким чином, ефективність соціальної інтеграції полягає не тільки у виділенні груп факторів за умов керування ними, але вимагає проведення спеціальної корекційної роботи відносно підвищення рівня фізичної працездатності та усунення несприятливого психологічного фону школярів з ПС. Ефективність фізичної і психологічної корекції багаторазово зростає за умови комплексного вивчення індивідуальних і групових психологічних особливостей таких школярів, ефективного управління реабілітаційними заходами, поєднання спільних зусиль різних фахівців, у тому числі і у сфері фізичної культури і спорту.

Аналіз вітчизняних й зарубіжних наукових джерел, свідчить, що всі засоби і методи фізичної культури у своїй основі мало пристосовані для школярів з ПС, сприяють лише тимчасовій корекції психофізичних порушень і часто виявляються недостатньо ефективними. Науково обґрунтованої методики застосування засобів фізичної культури з метою соціальної інтеграції школярів з ПС нами не виявлено. Існують соціально-психологічні стереотипи сприйняття інвалідів їх соціальним оточенням. Внаслідок цього у дитини формується “інвалідна свідомість”, яка перешкоджає її емоційному, психічному та фізичному розвитку, повноцінному спілкуванню з однолітками, а в подальшому і самореалізації. Наше суспільство поки не готове до сприйняття інваліда як рівноправної особистості. Тому інтегративне навчання вимагає створення адаптивних навчальних програм, обладнання, технічних засобів, матеріальних внесків, а від педагогів – іншого рівня мислення та професійної підготовки, широкої компетентності, досвіду та майстерності.

Існуючий процес фізичного виховання школярів з ПС ще недостатньо вивчений і вдосконалений, а тому вимагає впровадження нових засобів, форм і методів організації занять із фізичної культури. При цьому основним принципом має стати принцип корекційно-розвиваючої роботи.

Таким чином, теоретичний аналіз засвідчив, що проведена значна кількість наукових досліджень, яка стосується школярів з обмеженими можливостями,

проте у ній відсутній систематизований аналіз питань, пов'язаних з темою дисертації.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

Вивчення наукової літератури по теорії та методиці фізичного виховання, фізіології, гігієні, психології, педагогіці дало можливість з'ясувати причини низького рівня фізичного розвитку у дітей, які пов'язані із вадами слухового сенсорного апарату у даного контингенту населення України, виділити не вирішені питання, визначити проблему і наукове завдання для власного дослідження. Аналіз наукових джерел дав можливість розкрити зміст основних понять, визначити зміни фізичної працездатності, рухової активності і їх взаємозв'язок із станом соматичного здоров'я та станом психічного розвитку, а також встановити основні критерії у дозуванні фізичного навантаження на уроках фізичного виховання в навчальних закладах для глухих дітей. На основі аналізу та узагальнення літературних джерел були визначені об'єкт, предмет, гіпотеза, мета і завдання дослідження.

Соціологічні методи дослідження. Суспільна практика показує велику популярність та розповсюдженість цього методу наукового пізнання, що дозволяє здійснювати збір первинної інформації шляхом письмового чи усного звернення до визначеної сукупності людей (респондентів) із запитаннями, зміст яких висвітлює соціальну проблему, що досліджується, з подальшою реєстрацією та аналізом відповідей [36].

У нашій роботі ми використовували такі форми опитування, як: бесіда, анкетування [26].

Бесіди проводилися безпосередньо із учителями фізичної культури, з метою отримання інформації про особливості організації процесу фізичного виховання учнівської молоді з вадами слуху.

Анкетування як метод вигідно вирізняється серед інших шириною охоплення одиниць дослідження, оперативністю отримання фактичного матеріалу та зручністю його подальшої технічної обробки [36, 58]. Цінність і достовірність отриманої інформації залежить не тільки від правильності вибору та підготовки об'єкта дослідження, від організації анкетування тощо, а й від самої анкети, від ефективності питань, їхньої доступності, повноти, чіткості, ясності, стислості. В основі методу – використання запитання, що є певним типом міркування, який передбачає брак інформації про відповідний об'єкт і потребує відповіді, пояснення.

З метою отримання відповідей для вирішення основних завдань дослідження, нами запропоновано низку анкет (Додаток А, Б).

Емпіричне дослідження базується на безпосередній практичній взаємодії дослідника з досліджуваним об'єктом, чого не спостерігається при теоретичному рівні наукового пізнання [54]. Емпіричне дослідження передбачає здійснення реальних спостережень та експериментальну діяльність. Важливу роль відіграють також методи емпіричного опису, які орієнтовані на максимальне очищення від суб'єктивних нашарувань, об'єктивну характеристику досліджуваного явища.

Педагогічне спостереження Педагогічне спостереження проводилося з метою вивчення нових організаційних форм фізичного виховання. Уточнення рівня рухової активності дітей із вадами слуху у порівнянні із дітьми без такої патології, методів проведення занять, відповідність об'єму та інтенсивності навантаження, інтервалів відпочинку у процесі занять фізичними вправами. Спостереження проводились за виконанням режиму дня для дітей із вадами слуху і за відношенням учнів до занять фізичною культурою під час обстеження зверталась увага на індивідуальні особливості глухих дітей, реакцію організму на заданий рівень фізичного навантаження.

Аналіз медичних карт і педагогічних характеристик слабчуючих школярів старшого віку проводився з метою отримання загальних медико-соціальних відомостей про учнів: етіологію нейросенсорної туговухості; особливості раннього розвитку; наявність, кількість і важкість супутніх захворювань та

дефектів розвитку; групи здоров'я; стан нервово-психічної сфери; кількість і характер захворювань, перенесених у попередні роки, а також із моменту вступу дитини до спеціальної школи-інтернату; про родину учня (глухі, слабочуючі) та його особистість (контактність, форми спілкування, улюблені заняття тощо). Вивчення медичних карт слабочуючих старшокласників, аналіз протоколів обстежень і збір даних шляхом бесід із батьками, вчителями, методистами та дітьми виявилися початковим етапом складання корекційно-оздоровчої методики адаптивного фізичного виховання з урахуванням індивідуальних рухових можливостей слабочуючих юнаків.

Методи математичної статистики.

Результати досліджень оброблялися за допомогою комп'ютерних програм математичної статистики, що забезпечило кількісний і якісний аналіз показників. Визначались такі середньостатистичні характеристики:

- середньоарифметичні \bar{X} ;
- стандартна похибка S_x ;
- дисперсія σ^2 ;
- значення коефіцієнту кореляції $KK = r$.

Для перевірки достовірності користувалися таблицями Стьюдента.

2.2 Організація дослідження

Протягом 2022-2023 рр. нами було проведено дослідження на базі спеціальної школи-інтернату для глухих дітей міста Калуша Івано-Франківської області. Дослідження були розподілені на кілька етапів. На першому етапі визначався загальний напрям дослідження, вивчалась науково-методична література з означеної проблеми, аналізувались програмно-нормативні документи, які регламентують процес фізичного виховання у школах для слабочуючих та глухих. Вивчалися сучасні тенденції розвитку корекційної педагогіки, дані про фізичний стан слабочуючих осіб, особливості їхньої рухової сфери, методики та тести, які дозволяють оцінити фізичний та психофізичний

стан глухих школярів, специфіка їхнього фізичного виховання. На спортивних заняттях проводились педагогічні спостереження за станом здоров'я, фізичною підготовленістю слабчучих та глухих школярів. Були визначені мета, завдання та методи дослідження. На цьому етапі систематизувалися сучасні засоби та методи підвищення функціональних можливостей організму, вивчалася специфіка впливу та порівняльна ефективність застосування педагогічних засобів і методів. На другому етапі був проведений аналіз літературних джерел з проблеми дослідження, всього було проаналізовано 80 джерел, а також посилань на Інтернет-джерела. Також було проведено більше 25 педагогічних спостережень за організацією та проведенням занять з фізичного виховання глухих школярів. На третьому етапі проводили опитування глухих школярів (37) та учителів фізичної культури (24) за запропонованими анкетами. На четвертому етапі (квітень 2022 – червень 2023 р.р.) узагальнювалися та інтерпретувалися дані дослідження, формулювалися основні висновки за матеріалами проведеного дослідження. Здійснено оформлення та підготовку дипломної роботи до офіційного захисту.

Представлений контингент школярів та вчителів був задіяний у дослідженні анонімно та добровільно, письмово погодившись на участь у всіх етапах експерименту, а також на подальший аналіз й оприлюднення їх особистих даних під час розгляду та висвітлення результатів дослідження.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ СПРЯМОВАНИХ НА КОРЕКЦІЮ ПОСТАВИ ШКОЛЯРІВ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

3.1 Теоретичні передумови дослідження

Існуюча криза на сучасному етапі становлення українського суспільства створює серйозну проблему для нормального розвитку людини в нових умовах. Однак, процеси гуманізації суспільного життя передбачають забезпечення умов для соціальної інтеграції, реабілітації та адаптації людей з обмеженими можливостями.

Теоретичні основи нашого дослідження ґрунтуються на принципах педагогіки та психології, а саме: принципі діяльнісного підходу до розвитку особистості; визнання особистості кожної людини як вищої соціальної цінності; перетворення учня з об'єкту соціально-педагогічного впливу вчителя у суб'єкт творчої діяльності на основі розвитку внутрішніх мотивів до самовдосконалення і самовизначення; демократизація у ставленні викладача до учнів; індивідуалізація в роботі на основі отримання і врахування достовірної інформації про стан здоров'я людини, рівня її фізичної підготовленості, особистісних і групових психологічних характеристик; організація індивідуального навчання у груповій формі; здійснення активного соціального навчання з метою педагогічної корекції [18, 20, 69].

В процесі дослідження ми опиралися на розумінні соціальної інтеграції і реабілітації як сукупності процесів поєднання соціальних, просвітницьких і професійних заходів по навчанню глухих школярів для досягнення ними по можливості найбільш високого рівня фізичної працездатності і соціальної активності, а також враховували фізичні та психічні особливості школярів з ПС.

Незважаючи на свою новизну проблема соціальної інтеграції отримала широке визнання не тільки в соціології і психології, але і в інших галузях науки і

практики наприклад, у фізичній культурі. Вона тісно пов'язана із реабілітацією та адаптацією інвалідів у суспільному житті. Якщо реабілітація торкається переважно хворих, [7,11,61], то адаптація це більш широке поняття, яке відноситься до загально суспільних категорій і стосується також людей неінвалідів [8,17].

Адаптація школярів-інвалідів або адаптаційна поведінка передбачає вироблення корисних психомоторних навичок, проявів здібностей у спілкуванні з метою досягнення успіхів у задоволенні повсякденних потреб, а пізніше - набуття соціального досвіду, пристосування до шкільного середовища, успіхів у допрофесійному і професійному навчанні, здатність справлятися з вимогами, що ставить оточуюче середовище [25, 57].

Ця проблема у відношенні до глухих є комплексною і багатоплановою проблемою. Вона включає правовий, соціально-економічний, медико-психологічний, педагогічний та ряд інших аспектів [18, 24, 34, 36, 40].

Професійна адаптація в процесі лікування (адаптація), передбачає залучення до праці хворих з частковою втратою професійних навиків (реадаптація) і повернення до суспільної праці інвалідів з повною втратою цих навиків (перекваліфікація). В комплексній реабілітації виділяють медичну реабілітацію (збереження і відновлення соматичного здоров'я), соціальну реабілітацію і підготовку інвалідів до трудової діяльності або професійну реабілітацію [33, 39, 46].

Реабілітацію визначають як систему соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних заходів, які здійснює держава, спрямованих на попередження захворювань, що ведуть до тимчасової чи стійкої втрати працездатності і на повернення хворих та інвалідів у суспільство, до суспільно корисної праці.

Її основна мета полягає у наданні допомоги інвалідам щодо підтримки оптимального фізичного, психо-емоційного, інтелектуального рівня і відновлення фізичної працездатності або компенсацію втрачених функцій [14].

Поряд із суто медичними заходами, реабілітація включає в себе всі заходи, спрямовані не тільки на зменшення впливу негативних факторів, але й на забезпечення можливості досягнення інвалідами соціальної інтеграції. Весь цей комплекс заходів визначає подальший процес повернення інваліда до суспільно корисної праці із реалізацією індивідуальних механізмів соціальної інтеграції та адаптації в суспільстві [33, 42, 46, 64, 63].

Так як процес реабілітації не обмежується вузькими рамками відновлення окремих психічних і фізичних функцій наголошується особлива увага на спрямування всіх реабілітаційних заходів до особистості хворого, що визначає необхідність вивчення психологічних особливостей особистості, соціального середовища і соціальної позиції інваліда, а не тільки його фізичних можливостей [37, 43, 63, 64].

За визначенням ВООЗ соціальна інтеграція є кінцевою метою реабілітації інвалідів.

Соціальна інтеграція - це сукупність процесів, завдяки яким відбувається поєднання різнорідних елементів у соціальну спільність, ціле, систему; форми підтримки соціальними групами певної стійкості та рівноваги суспільних відносин; здатність соціальної системи або її частин до опору негативним факторам, до самозбереження перед лицем внутрішніх і зовнішніх напружень, труднощів, протиріч[].

Динамічний стан координації, рівень урівноваження і гармонії відношень у соціальній групі є відображенням процесів успішної соціальної інтеграції. Отже, соціальна інтеграція це процес за допомогою якого відношення між окремими частинами соціальної системи впорядковуються способом їх оптимального функціонування при певних взаємовідносинах одна з одною [73,78].

У зв'язку з цим соціальна інтеграція неповносправних передбачає їх активну участь в основних напрямках діяльності і життя суспільства, включення їх у різноманітні соціально-економічні структури, які пов'язані з життєдіяльністю людини у різних сферах: суспільною, навчальною, професійною та іншими [11,19].

Поняття інтеграції інваліда у певну соціальну групу або у суспільство в цілому передбачає виникнення у нього почуття спільності та рівності з іншими членами цієї соціальної групи і можливість співпрацювати з ними як з рівними партнерами [67,70,80].

Це передбачає в першу чергу вирішення певного кола соціально-економічних аспектів даної проблеми, які пов'язані із забезпеченням достатньо високого рівня життя інвалідів. Дослідження з проблеми рівня якості життя неповносправних людей неповні, носять фрагментарний характер і тому це питання залишається маловивченим. Однак, прийнято вважати, що рівень їх життя не досягає рівня життя більшості населення країни. Це ж стосується вивчення проблеми загальноосвітнього, професійного рівня і ряду інших питань в процесі соціально-економічної інтеграції інвалідів [30, 31, 33].

Правовий аспект соціальної інтеграції у нашій країні тільки починає знаходити своє вирішення. В інших країнах питання інтеграції інвалідів вирішується впродовж багатьох років, має більш цілеспрямований характер, регулюються актами вищих законодавчих органів і закріплене у відповідних кодексах [41].

Ці факти знаходять також своє підтвердження у відповідних резолюціях ООН [43].

В ній затверджені стандартні правила, які на основі принципу рівних прав передбачають рівнозначні потреби абсолютно кожної особи і, що ці потреби треба брати за основу планування суспільства і, що всі ресурси мають використовуватися для забезпечення кожної людини рівними можливостями. В ній також вказано, що інваліди є членами суспільства і мають право залишатись у своїх місцевих суспільних групах. Вони повинні отримувати підтримку від загальних структур освіти, охорони здоров'я, забезпечення працею та соціальних служб. При цьому, якщо інваліди отримують рівні права, вони повинні мати і рівні обов'язки. Коли ці права набуті, суспільство повинне підвищити свої сподівання щодо інвалідів. У рамках процесу зрівнювання

можливостей потрібно надати допомогу інвалідам у набутті повної відповідальності перед суспільством [59].

Гостра соціальна ситуація в Україні призвела до прийняття цілої низки правових актів і постанов по забезпеченню відповідного рівня життя для неповносправних людей [13 41, 59]. Характерною особливістю цих документів є те, що вони безпосередньо спрямовані на покращення матеріальних умов життя інвалідів. У соціально-психологічному плані багато- чисельність актів, адресованих інвалідам, формує у суспільстві зацікавленість до вирішення проблем неповносправних, але враховуючи, що вони потребують підвищеного соціального захисту і відповідно підвищених фінансових видатків реальна ефективність вказаних заходів досить низька [50, 57].

Створення рівних можливостей для інвалідів як напрямок соціальної політики, пов'язаний із забезпеченням для них рівних можливостей вимагає вирішення психологічного аспекту соціальної інтеграції як на рівні масового усвідомлення, так і на індивідуально-психологічному рівні. Тому успішність втілення в життя тих чи інших законів, організаційних заходів залежить від усвідомлення суспільством і окремими людьми проблем інвалідів. Інакше такі організаційні заходи, які психологічно не підготовлені на такому рівні можуть виявитися неефективними [9, 22, 26]. Це обумовлює особливу актуальність вивчення індивідуальних і групових психологічних характеристик інвалідів. Таких комплексних досліджень у школярів з порушенням слуху ми не зустрічали. Інші повідомлення [12] мають фрагментарний характер і стосуються окремих психологічних показників (агресивність, тривожність тощо).

У ході дослідження проблеми інтеграції і реабілітації школярів з ПС в умовах школи-інтернату важливо враховувати соціально-психологічні особливості цілої групи людей. Від успішності реабілітаційних заходів залежить вся подальша доля такої дитини. В цей період (від шкільного віку до моменту соціального становлення і професійного самовизначення) надзвичайно важливого значення набуває психологічний аспект соціальної інтеграції [11, 30, 36].

Відомо, що самопочуття людини впливає на її емоційний стан і ефективність навчальної діяльності. Психофізіологічний фактор особливо важливий у дитини тоді, коли внаслідок дії негативного чинника відбулося погіршення стану здоров'я, зниження фізичної і розумової працездатності, розвився виражений фізичний дефект тощо. Крім того, існує група соматичних недругів, які є наслідком порушення психічного стану людини (психосоматичні хвороби): серцеві захворювання, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки, бронхіальна астма, специфічні пошкодження опорно-рухового апарату і ряд інших. Отже, існує гостра необхідність проведення психокорекційної роботи серед інвалідів на основі знань їх психологічних особливостей. Потреба у наданні такого роду допомоги виникає у випадку депресії як наслідку особливих життєвих обставин, або суб'єктивно-негативної оцінки впливу інвалідності на деякі сфери особистого життя, або неправильної інтерпретації поведінки інших людей по відношенню до нього. Такі ситуації можуть унеможливити вихід дитини з кризового стану, а отже і сам процес соціальної інтеграції [32, 60, 78].

Дослідження, які проводились з метою вивчення психологічних особливостей людей з ПС [7, 20] показують, що ціла низка захворювань характеризується загальними психічними порушеннями. Виявлено, що ці зміни торкаються різних сторін психіки хворого: від пізнавальних до особистісних процесів і супроводжуються змінами мотиваційної сфери.

З точки зору життєвої ситуації, для школярів з ПС найбільш характерні: відчуженість від життя суспільства, значні порушення або повна відсутність мови, невдоволеність своїм станом, яка пов'язана перш за все із самотністю, з наявністю проблеми пристосування до свого положення і необхідністю подолання психологічного дискомфорту [34,46].

Психотерапія проводиться в різних формах: методом індивідуальних і групових занять з інвалідом по слуху, за допомогою його участі у процесах формування бажаної позиції його оточення і навіть застосування відповідного обладнання та оформлення приміщень, в яких знаходиться інвалід (наприклад, використання технічних пристосувань і т.п.) [34].

Нерідко психотерапія спрямована на те, щоб інвалід бачив у реальному світі наслідки власної інвалідності, тобто щоб він знав свої реальні можливості, не переоцінюючи їх, пристосовувався до існуючого стану речей і вмів долати труднощі, з якими доводиться зустрічатися у повсякденному житті. Таку дитину необхідно навчити займати правильну позицію у ставленні як до себе, так і до людей, особливо до найближчого оточення [26]. Недостатня вивченість психологічних особливостей особистості та соціальної ситуації інвалідів стала причиною проведення ряду досліджень. Отримані результати доповнили вже наявні дані літератури і дозволили виділити основні соціально-психологічні, що впливають на успішність соціально-трудової адаптації [30]. Їх в свою чергу поділяють на внутрішні та зовнішні фактори.

До внутрішніх факторів належать стан емоційно-вольової сфери і характерологічні особливості особистості (інфантильність, залежність, неадекватність професійних інтересів і внутрішньої картини хвороби, психічна напруженість, невдоволеність собою, деформована структура ціннісних орієнтацій; ступінь інтелектуального розвитку, рівень фізичної і розумової працездатності, що знижує можливість участі дитини у навчанні, трудовій та інших видах діяльності, а також звужує коло доступних професій [3,14,26,29,38].

До зовнішніх факторів необхідно віднести психолого-педагогічний вплив починаючи з дитячого садка, де проводяться заняття з корекції де-яких коркових й мовних порушень; вплив батьків, що може обтяжувати чи полегшувати процес соціально-трудової інтеграції; вплив окремих референтних мікрогруп (родини, колег, працівників

соціального забезпечення), що також може супроводжуватися негативними чи позитивними тенденціями [25].

Поєднання описаних факторів може по-різному впливати на процес соціальної інтеграції в цілому, тому що при їх стихійній взаємодії є велика ймовірність виникнення дезадаптації. Регульований вплив через систему зовнішніх факторів може скоригувати в деякій мірі порушення психічних

функцій, позитивно вплинути на особистісні риси, сприяючи процесу соціальної інтеграції.

Соціальна інтеграція глухих дітей тісно пов'язана з процесом формування спеціальних здібностей шляхом психолого-педагогічних впливів, які забезпечують рівень групової (колективної) згуртованості [1,35].

Труднощі, які виникають в процесі вирішення цього завдання в умовах сучасного високого темпу соціально-економічного життя вимагають від людей з вадами слуху високого рівня психічної та фізичної працездатності і досконалої психомоторної саморегуляції [9,64]. Тому процес соціальної інтеграції глухих дітей багато в чому залежить від того, як людина управляє своїм психічним станом [2,3,4].

Основними причинами, які впливають на динаміку психічного самопочуття є індивідуально-психологічні особливості людини і ступінь засвоєння методів саморегуляції [32,34]. При цьому, високий рівень психологічної готовності дає можливість глухій людині ефективно управляти своїм психічним станом. Водночас він позитивно впливає на повсякденну діяльність, забезпечуючи інваліду по слуху можливість максимально повно реалізувати свою готовність до роботи в колективі. Проводячи навчання в спеціалізованих школах вчитель з фізичної культури повинен разом з шкільним психологом встановити психічний стан дитини і, враховуючи результати, застосовувати найбільш адекватні форми управління її поведінкою [28,54,63]. При цьому, в процесі навчання необхідно формувати основні психомоторні здібності, навчати їх самостійним діям, які сприяють формуванню почуття впевненості в собі. Однак, психологічна впевненість в собі не повинна перетворюватися у від'ємний надлишок само-довіри, оскільки це часто призводить до зриву позитивних процесів інтеграції і заважає мобілізації власних сил. Таке явище характерне для різних груп населення, але найчастіше відбувається у молодому віці і при малому досвіді суспільного життя [16,62].

У вітчизняній та зарубіжній літературі відзначаються негативні наслідки втрати слуху, які в цілому проявляються зниженням адаптаційної здатності до нових і нерідко складних для цього контингенту дітей життєвих умов.

Надання ефективної допомоги таким дітям ускладнюється через відсутність цілісного, достатньо відпрацьованого методологічного підходу що до визначення змісту, форм і методів корекції психологічного стану засобами фізичної культури.

Як свідчить досвід практичної діяльності, без вирішення особистісних проблем глухих дітей неможливо вирішити проблему їх соціальної адаптації та інтеграції. При цьому відомо, що більшість індивідуальних негативних психологічних якостей нівелюється або бодай значно знижується в умовах, які виникають на мікрорівні, тобто в малих контактних групах. Власне, в таких групах процес спілкування і навіть взаємодії носить безпосередній характер, а знання особливостей хоча б однієї із сторін такої взаємодії, наприклад, інтеграції, дає підставу стверджувати, що вона виступає важливою умовою для розуміння використання засобів фізичної культури з метою наприклад, соціальної адаптації.

У державній системі оздоровлення населення в якості однієї із основних форм психологічної підтримки використовується груповий тренінговий метод, який реалізується в рамках програм соціальної інтеграції різних груп населення.

Однак використання групових засобів фізичної культури для глухих дітей не проводиться. Тому широке впровадження програм соціальної адаптації й інтеграції глухих дітей з використанням засобів фізичної культури в рамках групової роботи потребує проведення спеціальних досліджень з оцінки психологічних характеристик до і після участі глухих дітей у таких програмах.

Отже, всі аспекти соціальної інтеграції (психологічні, соціальні і фізичні) нерозривно пов'язані і взаємообумовлені.

Відсутність організованих форм вирішення цих проблеми породжує особливу складність соціальної інтеграції школярів із ПС, яка багато в чому обумовлена суспільними особливостями [15, 18].

Однією із таких суспільних особливостей соціальної інтеграції школярів з порушенням слуху є ставлення до них здорового оточення. Нерідко маючи

професію, потенційні можливості брати участь у житті суспільства, інвалід не завжди може реалізувати їх лише тому, що здорові не хочуть вступати з ним у контакт, адміністрація виробництва відмовляє у прийнятті його на роботу [33,41].

Дослідження проведені в галузі експертизи працездатності та організації праці інвалідів вказують на те, що більше 30% інвалідів відчують на собі зневажливе відношення здорових людей. Ступень прояву захворювання в значній мірі обумовлений рівнем суб'єктивності сприйняття зневажливого ставлення оточуючих [4,8,41]. Діти з порушенням слуху частіше висловлюють бажання мати можливість рівних прав у житті суспільства, що є свідченням нереалізованої потреби у соціальній інтеграції. При цьому саме від суспільства вони мають найменшу соціально-економічну підтримку, і слід було б чекати зворотнього ефекту [41].

Психологічний аспект соціальної інтеграції не обмежується взаємовідносинами інвалідів та здорової частини населення. Не менш важливе значення має і те, як самі неповносправні сприймають життєву ситуацію - себе, свої взаємовідносини з навколишніми, нарешті, свою роль у суспільстві.

Існує не менш важлива інша проблема соціальної інтеграції – проблема вирішення самим суспільством долі інвалідів проти їх волі, що порушує основний принцип інтеграції - принцип партнерства.

З іншого боку, серед інвалідів багато і таких, які впевнені, що вони повинні жити замкненими у своєму світі проблем. На перший план ці люди висувають не зміну своїх матеріально-побутових умов, а соціально-психологічні проблеми інтеграції, питання взаємовідносин зі здоровими.

Враховуючи надзвичайну важливість соціальної інтеграції людей з обмеженими можливостями, ми вибрали для вивчення проблеми саме групу школярів з ПС. Як відомо, розлади слуху - це органічне ураження слухового аналізатора, яке виникає на будь-яких етапах онтогенезу, на різних рівнях організації слухового аналізатора та супроводжується порушенням координації (стато-кінетичного аналізатора) і мови [13, 21, 52].

Клінічна картина рухових, психічних та мовних розладів настільки різноманітна, що до нинішнього часу не існує загальноприйнятої єдиної класифікації розладів слуху. У залежності від часу, ступеня і періоду виникнення порушення слуху прийнято класифікацію згідно з якою виділяються такі категорії людей із ПС: глухі, пізноглухі і слабочуючі (туговухі)[8].

За даними більшості авторів, які займались вивченням розладів слуху, розлади інтелекту зустрічаються досить рідко [16, 27, 40, 45, 69, 70]. Клінічна картина інтелектуальних розладів у інвалідів з ПС доповнюється характерними особливостями розвитку особистості. Так, наприклад, у підлітковому віці часто формуються затяжні реактивні стани, пов'язані з переживаннями через свій фізичний дефект. Ці реактивні стани проявляються в негативізмі або депресії [59].

Аналіз наукової літератури показує, що інтегральним поняттям, яке в значній мірі характеризує процес соціальної інтеграції є комунікативний аспект [2]. При великій різноманітності способів його трактування, більшість авторів вказують на два основних підходи стосовно його дослідження: функціональний і особистісний [8].

В рамках нашого дослідження важливим є розгляд питання про комунікативну готовність (КГ), яка трактується як міра вираженості основних характеристик комунікативного потенціалу. При цьому виділяється три рівні КГ, кожен з яких визначається сукупністю наступних показників: сформованість комунікативних якостей, наявність комунікативних знань, необхідний рівень мотивації спілкування, перцептивно-рефлекторних та емоційно-емпатійних можливостей особистості. [18,29,62].

У зв'язку з цим сформувався комунікативний напрямок дослідження особистості, в контексті основних положень якого індивід розглядається у зв'язку з іншими індивідами, а тому основна увага звертається не на зовнішні фактори життєдіяльності, а на їх внутрішню змістовну основу. Міжіндивідний зв'язок стає вихідною одиницею психологічного аналізу, а сукупність таких зв'язків – достовірною основою, яка утворює “інтрапсихологічний склад” особистості. Отже, психічні особливості особистості розглядається вже не в якості замкненого

внутрішнього простору, що характерно для інтрасуб'єктного підходу, а є відкритим простором комунікації і взаємодії між людьми, стосовно яких фактори індивідуальної психіки є підпорядкованими. Основи такого підходу було закладено в роботах класиків психології [26].

Комунікативний стан це, з одного боку, узагальнений стан готовності до прийому впливу з боку інших людей, який передбачає відповідну перебудову особистості. З іншого боку, це готовність до комунікативного впливу, тобто налаштованість дій та оцінок щодо інших людей, яка визначається рецептивною установкою суб'єкту [25]. Комунікативний стан не стосується окремого індивіда і виявляється як комунікативна установка або налаштованість на певну суму особистісних рис та індивідуально-типологічних характеристик інших людей, а його головні властивості виявляють себе у фізичному і соціальному аспектах, які виникають між людьми в процесі взаємодії.

Готовність людини до повноцінного міжособистісного спілкування це складний багатокомпонентний процес, який передбачає одночасний розвиток психіки індивіда в декількох взаємопов'язаних напрямках. Головне в ньому це формування гуманістичного за своїм змістом комунікативного ядра особистості, яке передбачає досягнення такого рівня відображення будь-якої людини, чи ставлення до неї та її поведінки, коли вона сприймається як найбільша цінність [26].

Отже, формування в учасників взаємодії динамічного комплексу комунікативних знань, вмінь, навичок, властивостей та якостей є важливим структурним елементом підготовки майбутніх спеціалістів до професійної діяльності. Різноманітність поведінкового репертуару є еквівалентом комунікативної компетентності, яка розглядається одним із індикаторів ефективності і результативності комунікативної підготовки [40].

Важливою характеристикою комунікативного підходу є практична спрямованість навчання, що передбачає, в першу чергу, врахування потреб старшокласників з ПС і використання набутих ними навичок і вмінь для вирішення комунікативних задач, обумовлених інтересами і потребами цієї

категорії школярів. Все це, без сумніву, надає процесу навчання цілеспрямованого змісту і сприяє як подальшому теоретичному вивченню, так і практичному застосуванню отриманих знань.

Ми поділяємо принципові особливості комунікативного підходу цих авторів, оскільки вважаємо, що саме наближення навчального процесу в школі-інтернаті для школярів з ПС до реальних умов повсякденного життя, власне в контексті розв'язання комунікативних завдань, дозволить забезпечити формування позитивних емоцій, які є суттєвим моментом у процесах соціальної інтеграції.

Оскільки предметом нашого дослідження є також комунікативна підготовка школярів з ПС, то у своєму аналізі ми дотримуємося принципів, які висвітлені в ряді робіт [12,29,62,], згідно з якими ця підготовка повинна здійснюватися в таких напрямках: 1) актуалізація комунікативного (соціально-психологічного) потенціалу школярів з ПС; 2) розуміння спілкування в аспекті принципів соціальної і діалогічної діяльності всіх учасників, яка їх об'єднує; 3) розуміння особистості як партнера, учасника спільної діяльності і спілкування; 4) формування індивідуального і групового стилю взаємодії.

В умовах навчальної діяльності розвиток психологічних властивостей, які складають структуру комунікативного потенціалу та комунікативної компетентності, знаходяться в тісному зв'язку з комунікативними характеристиками соціальної групи, в складі якої здійснюється навчально-професійна діяльність школярів з ПС.

Цікавою в руслі нашого дослідження є робота, в якій висвітлюється роль колективу у формуванні особистості, в тому числі і в розвитку його комунікативних особливостей. Автор описує існуючу відповідність між типом колективу, який визначається на основі показників його соціально-психологічного розвитку, і типологічною характеристикою особистості, базовими показниками якої є професійна спрямованість, рівень активності, ініціативи, особливості його відношення до інших людей тощо.

Розглядаючи питання про систему психологічних властивостей та вмій особистості, які складають її комунікативний потенціал і забезпечують її

можливість у спілкуванні і колективній діяльності (основні фактори соціальної інтеграції), ми не можемо не розглянути питання про особливості групи (класу) як суб'єкта спілкування, що виступає одночасно і суб'єктом співробітництва та спільної предметної діяльності. Наш підхід до розуміння групи, як суб'єкта спілкування, дає змогу розглядати її з двох позицій. По-перше, група – це будь-яка спільність індивідів, об'єднаних умовами їх діяльності та спільністю предмету цієї діяльності. По-друге, це соціальна група, як деяке суспільне середовище, форма об'єднання людей в рамках більш широкої, наприклад, учбової, професійної чи іншої суспільно значимої діяльності.

Питання про властивості групи як суб'єкта спілкування та взаємозв'язок цих властивостей з психологічними характеристиками індивіда, які складають його комунікативний потенціал, викликають у нас зацікавленість у зв'язку з тим, що формування комунікативних здібностей школярів з ПС у навчальному процесі, значною мірою зумовлено специфічністю ураження одного із основних аналізаторів. Йдеться про колективну предметну діяльність глухих дітей, яка має певну спрямованість і реалізується в міжособистісному спілкуванні та взаємодії з іншими людьми, в процесах сприйняття, пізнання та специфічності у розумінні інших людей. Для ефективної комунікативної підготовки школярів з ПС надзвичайно важливим в нашому дослідженні є питання про те, якого змісту набувають ці групові процеси. наскільки глибоко та активно включена в них особистість [49].

Важливим компонентом соціальної інтеграції в межах групи є стиль внутрішньогрупової взаємодії – характеристики, яка забезпечує психологічний клімат групи: ціннісні орієнтації, установки, особливості неформальних відносин, самопочуття особистості в групі, емоційно-міжособистісні відносини, специфічність емоційної ідентифікації школярів з ПС, стиль керівництва і лідерства, їх рольову структуру, організаційну будову і єдність групи, її норми, традиції тощо[7].

Дослідження компонентів групи для нас важливе тому, що розвиток комунікативних здібностей школярів з ПС в процесі соціальної інтеграції

значною мірою зумовлений особливостями їх участі в групових процесах, а саме в колективній предметній діяльності, яка має виражену суспільно-психологічну спрямованість у міжособистісному спілкуванні та взаємодії з іншими людьми, специфічних для глухих людей процесах сприйняття, пізнання і розуміння інших людей [51].

У даному контексті важливого значення набуває явище соціальної інтеграції. Вступаючи у зв'язки чи входячи в структуру тієї чи іншої групи, особистість змушена адаптуватися не лише до персоніфікованих відносин, але й до системи нормативного регулювання поведінки в групі. Ця система є внутрішньогруповим утворенням і переживається школярами з ПС у формі психологічних труднощів, напруження, негативних думок, оцінок тощо [8].

На основі узагальнень теоретичних та емпіричних досліджень науковців виділилася низка праць, спрямованих на вивчення умов ефективності комунікативної підготовки школярів з ПС. До них відносяться професійна науково-дослідна спрямованість навчального процесу; врахування змін та новітніх досягнень психолого-педагогічної науки і практики; розробка і апробація програм навчальних занять, в тому числі і з фізичного виховання неповносправних спрямованих на актуалізацію комунікативного потенціалу; вдосконалення методики засвоєння комунікативних знань; забезпечення активної позиції школярів з ПС; створення позитивного морально-психологічного клімату.

Одним із напрямків розгляду проблеми комунікативної підготовки є інноваційний підхід [18], який характеризується впровадженням у навчально-виховний процес школярів з ПС сучасних технологій навчання.

У більшості випадків заходи з реабілітації неповносправних з ПС є мало доступними та недостатньо ефективними, що зумовлює пошук нових форм корекційної роботи з даною групою неповносправних.

3.2. Особливості соціальної інтеграції глухих школярів засобами фізичної культури

Вивчення та аналіз науково-методичних і спеціальних джерел дозволили з'ясувати стан дослідження питання у літературі. Відбір спеціальної літератури визначався колом певних питань; перш за все нас цікавили особливості анатомічного та фізіологічного розвитку слабочуючих юнаків, рівень їхньої фізичної підготовленості, фізичний розвиток і стан здоров'я, специфіка організації процесу фізичного виховання у спеціальних школах-інтернатах та його корекційно-компенсаторних засад, специфіка змісту урочних та позаурочних форм занять з фізичного виховання зі слабочуючими старшокласниками, визначення складу фізичних вправ, змісту діяльності педагога та учнів.

Проведений аналіз дозволив встановити, що слабчующі юнаки, які брали участь у дослідженні, належать до різних груп слабчующих (за Л.В. Нейман [30]): 14,3 % – до першої, 56,8 % – до другої та 28,9 % – до третьої групи. У 88,3% обстежених слухова чутливість постраждала внаслідок периферичного ураження (звукопровідний відділ), у 11,7 % – центрального ураження (постраждав апарат, який сприймає звуки). Розлади слуху, які виникли після народження (внаслідок захворювань), спостерігалися у 68,4 % обстежених, спадкові – у 19,1 %, у 12,5 % виявлені інші об'єктивні причини (захворювання новонародженого гемолітичною хворобою, недоношеність плоду, застосування ототоксичних препаратів із порушенням режиму їх вживання). Встановлюючи час ураження слухового аналізатору, ми виявили, що у 73 % слабчующих дітей порушення виникли у віці до 3-х років, у 27 % – пізніше.

Педагогічне спостереження проводилось з метою накопичення та вивчення фактичного матеріалу; це дозволило з'ясувати специфіку навчально-педагогічної роботи у спеціальних школах (зокрема й з фізичного виховання). За допомогою лікарсько-педагогічних спостережень були уточнені методичні питання з метою вивчення рухової сфери, фізичного та функціонального розвитку слабчующих та глухих. Уточнювались завдання, засоби та методи корекційних спортивно-оздоровчих занять із слабчующими юнаками.

З метою з'ясування ставлення слабчующих учнів старших класів до фізичної культури та спорту серед них було проведено опитування у формі анкетування.

Також було проведено анкетне опитування учителів фізичної культури у школі для слабочуючих з метою встановлення ефективності діючих форм і методів підготовки слабочуючих учнів на уроках фізичної культури (додаток А, Б). Отримані при анкетуванні відповіді оцінювались у відсотковому відношенні до загальної кількості опитуваних.

У ході збору інформації 93 % опитуваних заповнили свою анкету бездоганно, тобто не відповіли лише на деякі запитання. Практично ніхто не ухилявся від участі в опитуванні. Ці факти дозволяють говорити про зацікавленість респондентів та достатньо серйозне ставлення до поставленої проблеми.

У науково-методичних та спеціальних джерелах наведені дані, які характеризують особливості фізичного розвитку та фізичної підготовленості слабочуючих юнаків, та увага акцентується на порушеннях в їх руховій та емоційній сферах. Науковці підтвердили вплив розладу слуху на психофункціональний стан та аналізатори, розвиток рухів у дітей, а також позитивне корекційне значення фізичних вправ. Разом з тим, як показує аналіз психолого-педагогічної літератури й ознайомлення з практикою роботи спеціальних шкіл, зміст корекційних програм з фізичного виховання слабочуючих старшокласників у сучасних умовах розроблений недостатньо.

Однією з умов залучення дітей до занять фізичними вправами в спеціальних навчальних закладах є обов'язковість уроків фізичної культури як важливого засобу формування потреби у руховій активності цієї категорії дітей [9; 63]. У той же час уроки фізичної культури не компенсують дефіциту рухової активності слабочуючих школярів, головним чином через низьку моторну щільність і недосконалість методик розвитку фізичних якостей, які застосовуються.

Програма з фізичного виховання для слабочуючих дітей має структуру, аналогічну структурі програм для закладів загальної середньої освіти (ЗЗСО), і поділяється за видами спортивної діяльності (легка атлетика, гімнастика, спортивні ігри та ін.). До програми включені види спорту, які користуються низькою популярністю у школярів старшого віку: гімнастика (16 год.) та легка атлетика (16 год.). Серед спортивних ігор домінує футбол.

Розглядаючи можливості вдосконалення програми з фізичного виховання для слабчучих, на наш погляд, слід зазначити, що дана програма з фізичного виховання не враховує особливості розвитку рухової сфери дітей з розладами слуху. Більшість вправ з різних розділів програми, як правило, не мають прикладної спрямованості та рідко зустрічаються у повсякденному житті, недостатня увага приділяється розвитку фізичних якостей слабчучих школярів. Оцінки за виконання фізичних вправ і контрольних норм потребують подальшої конкретизації й удосконалення, тому що всі контрольні нормативи ідентичні нормативам для учнів ЗЗСО.

Ми вважаємо, що для раціонального фізичного виховання взагалі і слабчучих юнаків зокрема двох уроків з фізичної культури на тиждень замало. Педагогічне спостереження показало, що діяльність учнів не має чіткого спрямування і “слід” від навантаження зникає через 5-10 годин. Домашнє завдання часто формальне, а позаурочна робота майже не проводиться. Матеріально-технічне забезпечення перебуває на низькому рівні.

У школах для слабчучих чинна програма з фізичного виховання звертає свою увагу, головним чином, на навчальний аспект фізичного виховання; її укладачі, вважають за аналогією до загальноосвітніх предметів, що головне завдання фізичної культури полягає у тому, щоб передати учням знання, сформувати вміння та навички, необхідні їм у дорослому житті. У процесі занять не здійснюється цілеспрямований розвиток здібностей, а основна увага зосереджується на навчанні й удосконаленні техніки окремих видів спорту. Однак відомо, що без достатнього тренування аеробних та анаеробних можливостей організму, розвитку швидкісно-силових якостей, витривалості не можна досягти вирішення головного завдання – покращення функціонального стану, фізичної підготовленості та фізичного розвитку [232]. Утрачене здоров'я (недостатній фізичний розвиток і погана фізична підготовленість) людина компенсувати не може, навіть якщо вона озброєна знаннями про корисність фізичних вправ, необхідність умінь та навичок. Більш того, слабка фізична підготовленість може виявитись серйозною перешкодою на шляху до засвоєння професійних знань.

Існуюча система державного тестування фізичної підготовленості слабчучючих учнів пропонує оцінювати її у балах, не враховуючи прогресу в досягненнях. На нашу думку, критерієм ефективності процесу фізичного виховання повинен бути рівень здоров'я слабчучючих юнаків, рівень їх фізичної працездатності та соціальної дієздатності.

Конкретні дані про ефективність підготовки слабчучючих юнаків 15-16 років у процесі шкільних занять із фізичної культури дає проведене анкетне опитування.

Кращим показником ставлення до занять із фізичної культури та спорту є бажання займатися будь-якими формами спортивно-оздоровчої діяльності взагалі. 64,6 % опитаних відповіли, що їх приваблюють заняття фізичною культурою та спортом, 24,3 % не визначились із відповіддю, і лише 6,1 % учасників анкетування заявили, що їм не подобаються заняття фізичною культурою.

Важливими умовами підготовки учнів на уроках фізичної культури у школі є набуття певної суми знань і можливість оцінити свій фізичний стан. Оцінюючи свою фізичну підготовленість, опитані слабчучючі юнаки визначили її як відмінну та добру – 18,7 % (5,3 % та 13,4 % відповідно). Оцінили свою фізичну підготовленість як задовільну 51,7 % учнів, незадовільну – 29,6 %. Як бачимо, кількість юнаків зі слабкою фізичною підготовленістю дуже велика, що загрожує додатковими ускладненнями у процесі подальшої навчальної та трудової діяльності.

Показовим є той факт, що основною формою занять фізичними вправами для слабчучючих учнів старших класів є уроки фізичної культури в навчальному закладі. Двічі на тиждень їх відвідують 68,9 % опитаних, менше двох разів на тиждень – 23,8 %, практично не відвідують 7,3 %. При цьому недостатнім для свого фізичного розвитку дворазових обов'язкових занять фізичною культурою на тиждень за загальноприйнятою програмою відзначають 67,4 %, не змогли відповісти 21,8 %, 4,8 % опитаних визнали таке навантаження достатнім. Займаються самостійно 1-2 рази на тиждень 15,2 % та практично не займаються

73,3 %. Спортивні секції 3-4 рази на тиждень відвідують 14,8 % опитаних, 1-2 рази на тиждень – 15,3 %, беруть участь у спортивних змаганнях 16,2 %.

Отримані дані свідчать про те, що тижневе навантаження при тих чи інших формах занять є недостатнім для учнів означеної нозології, особливо для тих, хто відвідує уроки фізичної культури менше одного разу на тиждень, і тих, хто не відвідує спортивні секції, не бере участь у спортивних змаганнях (78,4 %), не займається самостійно (77,8 %).

Подальше опитування показало, що фізичними якостями, необхідними для свого фізичного розвитку та подальшої професійної діяльності, слабчущі юнаки вважають силу (36,7 %), витривалість (25,3 %), координаційні здібності (34,8 %). Серед видів рухової активності найбільший інтерес у опитуваних викликають спортивні ігри (38,4 %), силова підготовка (30,7 %), біг на середні та довгі відстані (17,4 %), плавання (13,5 %) (рис. 3.1).

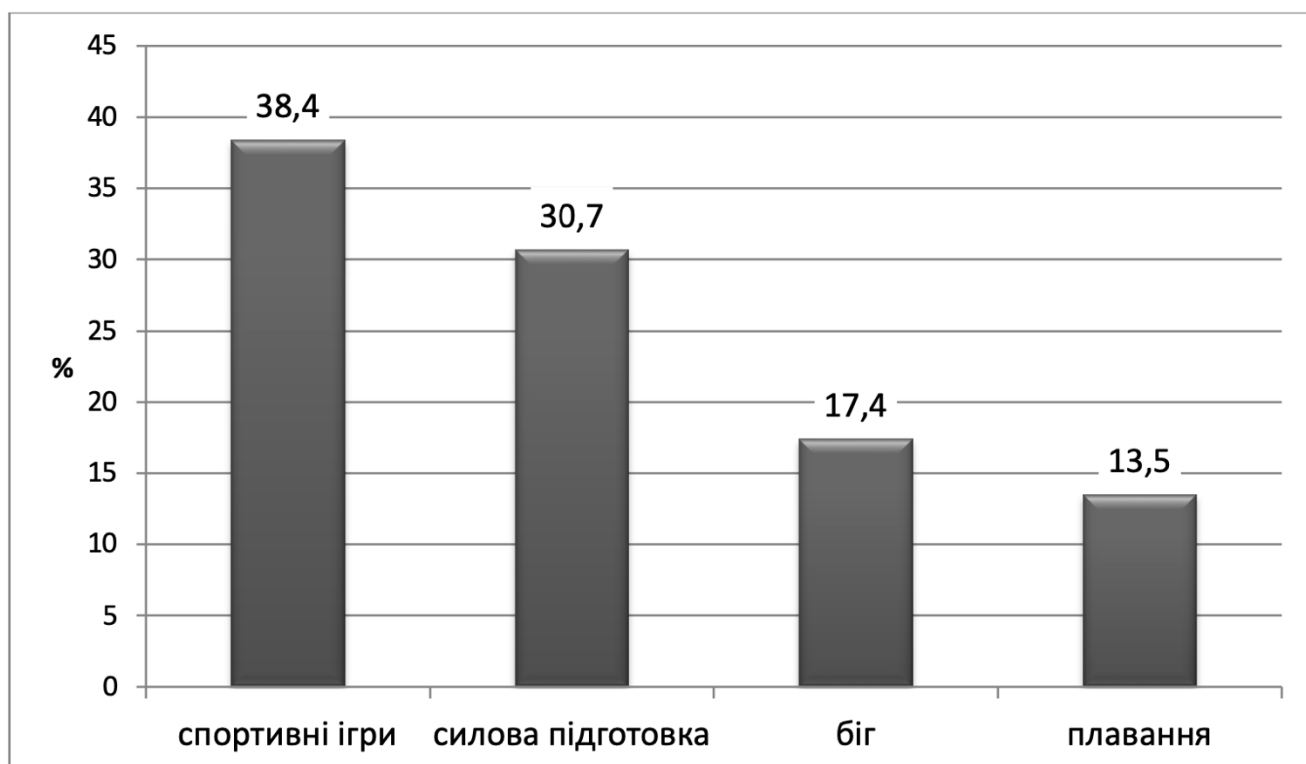


Рис. 3.1. Інтерес до видів рухової активності слабчущих учнів старших класів

На підтвердження отриманих даних, відповідаючи на питання “Чи хотіли б Ви займатись у секції з настільного тенісу?”, 73,8 % слабчующих юнаків дали позитивну відповідь, 24,1 % не змогли визначитися з відповіддю. Тільки 2,1 % опитаних відповіли негативно. Також слід відзначити, що серед видів спортивної діяльності, якими б респонденти хотіли займатися додатково у позаурочний час, перше місце посідає силова підготовка з використанням тренажерів – 31,7 %, другим за популярністю виявилось плавання – 24,3 %, далі називалися спортивні ігри (22,4 %), вправи на розвиток витривалості (кросова підготовка, лижна підготовка) – 21,6 %.

Іншою формою реалізації бажання займатися фізичною культурою є самостійні заняття, але на питання про те, чи достатньо на сьогоднішній день у респондентів знань для самостійних занять фізичною культурою, 29,3 % відповіли, що недостатньо, 47,1 % не змогли відповісти, 16,2 % відповіли ствердно.

Проблема фізичного виховання слабчующих школярів полягає не тільки у вирішенні основних для фізичного виховання завдань, але й у корекції порушень психічного стану. Недостатність спілкування з однолітками, які чують нормально, веде до несформованості важливої складової емоційної сфери – соціальних емоцій, що в подальшому призводить до несформованості важливих якостей особистості. Школярі, котрі не спілкуються з однолітками, які чують нормально, погано адаптуються у ситуаціях, коли поруч немає близьких; вони повільно засвоюють норми спілкування, соціальні еталони. Тому важливого значення набуває психологічна інтеграція дитини з обмеженими можливостями в оточення однолітків, які чують нормально, з обов'язковим подоланням стереотипів сприйняття – як з одного, так і з іншого боку.

Анкетне опитування виявило, що найбільш прийнятною формою проведення занять з фізичної культури та спорту є колективна (87,4 %). За індивідуальну форму проведення висловились лише 12,6 % опитаних. Також було виявлене значне зацікавлення слабчующих учнів у спільних заняттях із однолітками, які

чують нормально. За даними анкетування, 51,7 % слабочуючих позитивно ставляться до проведення секційних занять з видів спорту разом з однолітками, які чують нормально; 25,4 % теж хотіли б займатися разом з ними, але сумніваються у своїх силах; 18,7 % проти спільних занять у об'єднаній групі, 4,2 % не визначились із відповіддю.

Проведене соціологічне дослідження думки учителів фізичної культури шкіл для слабочуючих дозволило виявити їх міркування стосовно деяких питань удосконалення процесу фізичного виховання у цих навчальних закладах і труднощів, які вони відчують у процесі своєї діяльності. Фізичну підготовленість слабочуючих учнів старших класів 26,7 % вчителів оцінили як добру, 67,2 % – як задовільну, 6,1 % – як незадовільну.

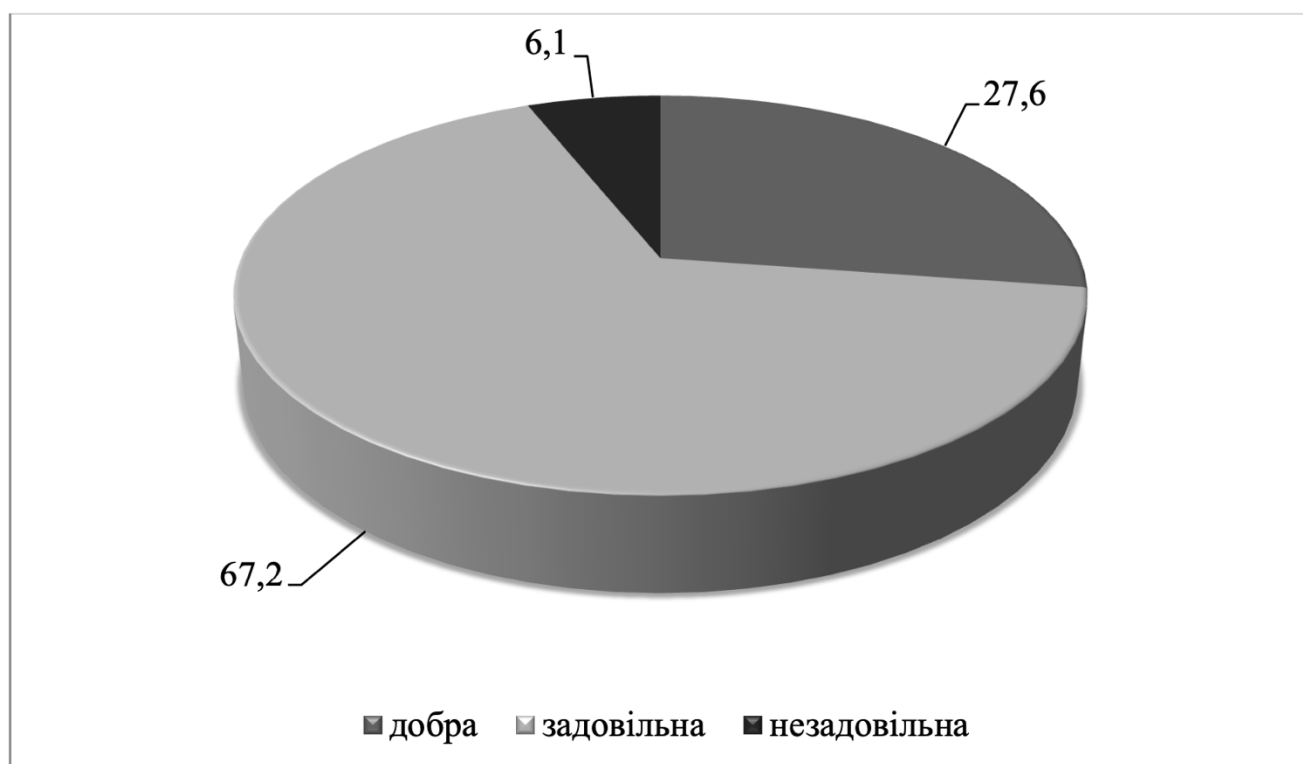


Рис. 3.2. Оцінка фізичної підготовленості слабочуючих учнів старших класів учителями фізичної культури

Серед розділів програми, які найбільш приваблюють слабочуючих юнаків, на думку вчителів, домінують спортивні ігри (на це вказали 38,2 %), заняття з використанням тренажерних приладів (28,1 %), плавання (12,1 %) та заняття єдиноборствами (11,8 %).

На недостатності для повноцінного фізичного розвитку слабочуючих юнаків обов'язкових дворазових занять на тиждень за загальноприйнятою програмою у спеціальних школах наголошують 79,3 % вчителів, 4,2 % вчителів не поділяють цієї думки, не визначились із відповіддю 16,5 %.

Практично всі вчителі фізичної культури, які брали участь у опитуванні, адаптують комплексну програму з фізичного виховання при проведенні уроків із слабчочуючими юнаками. Ця адаптація, як показали результати дослідження, полягає у включенні до різних розділів програми фізичних вправ, спрямованих на розвиток швидкості (25,2 %), сили (14,9 %), спритності, у т.ч. вправ для розвитку рівноваги, вестибулярної стійкості, координації рухів (28,7 %). Інші вчителі нерідко скорочують один або два розділи програми, збільшуючи тим самим кількість годин для інших розділів на власний розсуд. З'ясувалось, що найчастіше у старших класах скорочень зазнають розділи гімнастики та лижної підготовки. До такого скорочення у своїй практиці вдаються 28,6 % опитаних учителів; вони, як правило, при цьому збільшують кількість годин, відведених на спортивні ігри. Лише 2,6 % відповіли, що дотримуються комплексної програми з фізичного виховання для ЗЗСО, не вносячи до неї жодних змін.

Показовим є той факт, що опитані вчителі шкіл для слабчочуючих вважають, що при роботі з юнаками означеної нозології більше уваги слід приділяти розвитку координаційних здібностей (34,3 %), швидкості (20,7 %), силових здібностей (25,4 %), витривалості (19,6 %). Стосовно того, як краще розвивати фізичні якості слабчочуючих юнаків, думки розділились: 27,8 % респондентів указали на виділення спеціального розділу та часу на виконання вправ для розвитку фізичних якостей, 26,1 % – на необхідність на кожному уроці відводити до 15 хв. на виконання відповідних вправ, 36,1 % дотримувалися думки, що необхідно розвивати фізичні якості на кожному уроці, виділяючи, крім того, час

для цілеспрямованих занять щотижня по 20-30 хв. у позаурочний час. Показовим є той факт, що більшість опитаних (77,8 %) відзначили, що для успішного розвитку в учня тієї чи іншої фізичної якості необхідно організовувати заняття тренувальної спрямованості за спеціально розробленими методиками. Лише 9,8 % вчителів висловили думку, що для цього достатньо поглибленого вивчення одного з розділів програми з фізичного виховання.

Важливим фактором успішної підготовки слабочуючих юнаків є кваліфіковане проведення занять з метою корекції рухових порушень і соціальної адаптації. У зв'язку з цим учителям було задане питання: "Чи вважаєте Ви за необхідне впровадження засобів та методів адаптивного фізичного виховання у практику роботи шкіл для слабочуючих з метою корекції рухових порушень слабочуючих юнаків та їх соціальної адаптації?". Позитивно ставляться до цього нововведення 47,4 %, не визначились із відповіддю 31,7 %, 18,3 % відповіли на це питання негативно. Слід відзначити, що 78,4 % вчителів поділяють думку про необхідність проведення секційних занять з різних видів спорту в позаурочний час з метою корекції рухових порушень слабочуючих юнаків. 17,3 % не визначились із відповіддю на це питання, 4,3 % відповіли негативно.

Слід звернути увагу на той факт, що більшість опитаних (65,8 %) вважають проведення позаурочних занять за участю слабочуючих старшокласників і тих, хто чує нормально, ефективним, 21,4 % не змогли відповісти, 12,8 % вважають, що проведення таких занять викликатиме певні труднощі.

На підтвердження вищесказаного переважна більшість учителів (83,7 %) відповіла, що відчуває потребу у спеціальних методичних розробках для проведення занять з фізичної культури в урочний та позаурочний час, які спрямовані на вдосконалення конкретних фізичних якостей слабочуючих юнаків та їх фізичної підготовленості взагалі. Серед умов підвищення ефективності навчального процесу з фізичного виховання у школах для слабочуючих учителі назвали докорінну зміну змісту програми (18,1 %); покращення планування (11,9 %); застосування на уроках готового методичного матеріалу (36,7 %); 12,9 %

вказали на необхідність оснащення технічними засобами навчання, а 20,4 % – на необхідність обладнання тренажерних залів.

Проведене нами соціологічне дослідження дозволяє зробити конкретні висновки:

1) про деякі показники теоретичної та практичної підготовленості слабчующих учнів старших класів (у віці 15-16 років), отримані у процесі шкільних занять із фізичної культури (оцінка власної фізичної підготовленості, тижневих фізичних навантажень і т.п.);

2) про ефективність існуючих форм підготовки слабчующих юнаків (уроків, спеціальних методик розвитку фізичних якостей, занять у позаурочний час тощо);

3) про виявлення зацікавленості у проведенні спортивних занять разом з однолітками, які чують нормально.

Отримані дані як про рівень фізичної підготовленості слабчующих юнаків, так і про ефективність форм і методів фізичного виховання, які застосовуються у процесі спортивної роботи, свідчать, що більшість респондентів вважає свій рівень фізичної підготовленості явно недостатнім, а вчителі відчують потребу в більш дієвих методиках та розробках для проведення занять з фізичної культури в урочний та позаурочний час, які спрямовані на корекцію рухових порушень слабчующих юнаків та їх інтеграцію в оточення однолітків, які чують нормально.

Наукове обґрунтування засад корекції рухових порушень слабчующих юнаків засобами адаптивного фізичного виховання і створення цивілізованих умов для їх фізичної та соціальної адаптації мають велике соціальне значення і складають основу наших досліджень. У той же час питання застосування тієї чи іншої методики розвитку фізичних якостей слабчующих юнаків можуть бути більш змістовно інтерпретовані тільки на основі розгляду характеристик та особливостей їх фізичного розвитку і фізичної підготовленості.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз вітчизняних та зарубіжних наукових джерел свідчить про те, що соціальну інтеграцію школярів з порушенням слуху необхідно розглядати як складну комплексну систему заходів спрямованих на підвищення рівня фізичної і розумової працездатності, соматичного здоров'я, забезпечення біологічної норми рухової активності, розвитку психологічних властивостей індивідууму, розширення можливостей щодо майбутнього професійного самовизначення. Функціонуючий сьогодні процес фізичного виховання школярів з порушеним слухом в плані сприяння соціальній інтеграції є недосконалим і вимагає впровадження нових засобів, методів й форм організації занять з фізичної культури.

2. Поняття інтеграції інваліда у певну соціальну групу або у суспільство в цілому передбачає виникнення у нього почуття спільності та рівності з іншими членами цієї соціальної групи і можливість співпрацювати з ними як з рівними партнерами. У зв'язку з цим соціальна інтеграція неповносправних передбачає їх активну участь в основних напрямках діяльності і життя суспільства, включення їх у різноманітні соціально-економічні структури, які пов'язані з життєдіяльністю людини у різних сферах: суспільною, навчальною, професійною та іншими. Отже, соціальна інтеграція це процес за допомогою якого відношення між окремими частинами соціальної системи впорядковуються способом їх оптимального функціонування при певних взаємовідносинах одна з одною.

3. Виявлено, що всі фактори соціальної інтеграції є диференціальними, тісно пов'язані між собою і взаємообумовлені. Складність соціальної інтеграції школярів з ПС у переважній більшості випадків обумовлена відсутністю організаційних форм вирішення проблеми. Таким чином, ефективність соціальної інтеграції полягає не тільки у виділенні груп факторів за умов керування ними, але вимагає проведення спеціальної корекційної роботи відносно підвищення рівня фізичної працездатності та усунення несприятливого психологічного фону

школярів з ПС. Ефективність фізичної і психологічної корекції багаторазово зростає за умови комплексного вивчення індивідуальних і групових психологічних особливостей таких школярів, ефективного управління реабілітаційними заходами, поєднання спільних зусиль різних фахівців, у тому числі і у сфері фізичної культури і спорту.

4. Аналіз вітчизняних й зарубіжних наукових джерел, свідчить, що всі засоби і методи фізичної культури у своїй основі мало пристосовані для школярів з ПС, сприяють лише тимчасовій корекції психофізичних порушень і часто виявляються недостатньо ефективними. Науково обґрунтованої методики застосування засобів фізичної культури з метою соціальної інтеграції школярів з ПС нами не виявлено. Існують соціально-психологічні стереотипи сприйняття інвалідів їх соціальним оточенням. Внаслідок цього у дитини формується “інвалідна свідомість”, яка перешкоджає її емоційному, психічному та фізичному розвитку, повноцінному спілкуванню з однолітками, а в подальшому і самореалізації. Наше суспільство поки не готове до сприйняття інваліда як рівноправної особистості. Тому інтегративне навчання вимагає створення адаптивних навчальних програм, обладнання, технічних засобів, матеріальних внесків, а від педагогів – іншого рівня мислення та професійної підготовки, широкої компетентності, досвіду та майстерності.

5. Комплексне використання фізичних і спортивних вправ, рухливих ігор з різним ступенем психофізичного навантаження та різної спрямованості щодо впливу на психологічні якості, зменшення реактивної та особистісної тривожності, значного покращення рухової активності, фізичної працездатності і соматичного здоров'я, що є важливою умовою успішної інтеграції школярів з порушеним слухом в соціальне середовище.

Проведене дослідження не претендує на вичерпне розв'язання всіх аспектів порушеної проблеми. Перспективу подальшого дослідження ми вбачаємо в пошуках і вдосконаленні методів фізичної та соціальної інтеграції, вивченні психолого-педагогічних умов діяльності учнів з розладами слуху на більш ранніх вікових етапах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альошина А. Проблеми фізичної реабілітації підлітків з порушенням слуху, які мають дефекти постави / Алла Альошина // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2013. – Вип. 11 – С. 11–13. Альошина А. Концептуальні основи профілактики і корекції функціональних порушень опорно-рухового апарату у дітей та молоді.. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2015;(18):96-102.
2. Альошина А. Характеристика функціонального стану опорно-рухового апарату та фізичної підготовленості дошкільнят і школярів. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2015;(19):95-102.
3. Альошина АІ. Профілактика й корекція функціональних порушень опорно-рухового апарату дітей та молоді у процесі фізичного виховання [автореферат]. Київ; 2016. 44 с.
4. Андрєєва О.В. Соціально-психологічні чиники що детермінують рекреаційно-оздоровчу активність осіб різного віку. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2014;(3): 35–40.
5. Андрєєва О.В., Гакман А.В. Технологія розробки рекреаційно-оздоровчих програм у літньому оздоровчому таборі. Слобожанський *науково-спортивний вісник*. 2011. №4. С. 216–220.
6. Андрєєва О.В., Ковальова Н.В, Хрипко І.В. Аналіз проблем та перспектив впровадження оздоровчо-рекреаційної діяльності старшокласників в умовах загальноосвітнього навчального закладу. В: Костюкевич ВМ, редактор. Фізична культура, спорт та здоров'я нації: зб. наук. праць. №5. Вінниця; 2018.

7. Андреева О., Головач І., Хрипко І. Формування мотивації учнів молодшого шкільного віку до оздоровчої рекреаційної рухової активності В: Костюкевич ВМ, редактор. Фізична культура, спорт та здоров'я нації: зб. наук. праць. 2016. №1. С. 11–15.
8. Афанасьєв С, Афанасьєва О. Порівняльна характеристика гендерних та вікових особливостей функціонального стану хребта і витривалості м'язів тулуба дітей зі сколіотичною поставою. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2016;(1):411-7.
9. Безверхня ГВ. Мотивація до занять фізичною культурою і спортом школярів 5–11 класів [автореферат]. Умань, 2003. 22 с.
10. Блистів Т, Білошицький Т. Доцільність участі вчителів фізкультури у проведенні краєзнавчо-туристичної роботи в школі. В: *Краєзнавство і туризм: освіта, виховання, стиль життя*. Матеріали 3-ї Міжнар. наук.-практ. конф. Херсон; 2002. С.13-15.
11. Блистів Т. До питання формування змісту туристичної освіти в фізкультурних закладах освіти. В: *Інформатизація рекреаційної та туристичної діяльності: перспективи культурного та економічного розвитку*. Праці II Міжнар. конгр. Трускавець; 2003. С. 194–198.
12. Блистів Т. Комп'ютерне моделювання у сфері рекреаційно-оздоровчої діяльності та туризму. В: *Проблеми та перспективи розвитку науки на початку третього тисячоліття у країнах Європи та Азії*. Матеріали X Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. Переяслав-Хмельницький;2015. С. 244-246.
13. Блистів Т. Мотиваційні пріоритети школярів до занять у центрах дитячо-юнацького туризму. *Спортивна наука України* [Інтернет]. 2015. №1(65). С. 70-75. Доступно: <http://sportsscience.ldufk.edu.ua/index.php/snu/article/view/293>.
14. Блистів Т. Оптимізація змісту підготовки фахівців для сфери туризму в закладах освіти фізкультурного профілю. В: *Молода спортивна наука України. Зб. наук. ст. з галузі фіз. культури та спорту*. Львів. 2002. Вип.6. №2. С. 513-516.
15. Блистів Т. Організація рекреаційно-оздоровчої діяльності у міських парках. В: *Молода спортивна наука України. Зб. наук. ст. з галузі фіз. культури та*

спорту. Львів:ЛДІФК. 2001. Вип.5. №1. С. 10-12.

16. Блистів Т. Особливості освітньо-професійної програми підготовки фахівців з туризму. В: *Сучасні фітнес-технології у фізичному вихованні студентів*. Матеріали 2-ї Міжнар. наук.-практ. конф. Київ; 2013. С. 12-14.

17. Блистів Т. Особливості рухових пріоритетів на дозвіллі вихованців центрів дитячо-юнацького туризму. *The International Scientific Association "SCIENCE & ENESIS"*.2015. №2. С. 53-54.

18. Блистів Т. Характеристика рухових пріоритетів вихованців центрів дитячо-юнацького туризму. В: Кашуба ВО, редактор. *Сучасні біомеханічні та інформаційні технології у фізичному вихованні і спорті*. Матеріали III Всеукр. електрон. конф., присвяч. 85-річчю НУФВСУ. Київ; 2015. С. 70-72.

19. Блистів ТВ, Горбацьо П, Нужний ОВ. Теорія і практика туристичних походів: навч. посіб. Львів: Українські технології; 2006. 132 с.

20. Блистів ТВ. Доцільність підготовки фахівців для сфери туризму у фізкультурних закладах освіти. В: *Проблеми розвитку спортивно-оздоровчого туризму і краєзнавства в закладах освіти*. Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Київ; 2002. С. 60-62.

21. Блистів ТВ. Особливості організації туристських подорожей з активними способами пересування. В: *Краєзнавство і туризм у соціокультурному розвитку особистості*. Матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. Глухів; 2011. С. 125-128.

22. Бондар АС, Серета НВ, Петренко ІВ. Особливості організації спортивного туризму в рекреаційній діяльності дітей та підлітків. *Основи спортивного туризму в рекреаційній діяльності*. 2016. С. 28-36.

23. Блистів, Т. В. (2019). Організаційно-методичне забезпечення оздоровчо-рекреаційної діяльності учнівської молоді у закладах позашкільної освіти туристсько-краєзнавчого напрямку. [Дисертація]. Київ: НУФВСУ, 258 с.

24. Випасняк, І. П. (2019). Корекційно-профілактичні технології у процесі фізичного виховання студентів із функціональними порушеннями опорно-рухового апарату: монографія. Івано-Франківськ: Вид. Кушнір Г.М., 347 с.

25. Випасняк Ігор, Іванишин Ірина, Стефанків Михайло. Стан позашкільної освіти з фізичної культури в Підкарпатті. *Фізична культура в школі: стан і перспективи розвитку* [Текст]: зб. тез доп. II Регіональної наук.-практ. конф. (23-24 квітня 2021 р.) / уклад.: Б.М. Мицкан. Івано-Франківськ: Прикарпатський нац. ун-т імені Василя Стефаника, 2021., С. 7-10.

26. Випасняк, І., Іванишин, І., Луцький, В. Стан розвитку спортивно-оздоровчого туризму як складової частини системи фізичного виховання учнівської молоді Карпатського регіону. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт*: 2019. №34. С. 31–37.

27. Випасняк, І., Шанковський, А. Інноваційні технології, спрямовані на підвищення ефективності процесу фізичного виховання студентів. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт*: журнал. 2018. №28. С. 28–34.

28. Величко В. В. Організація рекреаційних послуг: [навч. посібник]. Х.: ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2013. 202 с.

29. Гакман А. В. Організація рекреаційно-оздоровчої діяльності дітей 11-14 років в умовах дитячого табору відпочинку: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту: спец. 24.00.02. Київ, 2012. 20 с.

30. Гончарова НМ, Бутенко ГО, Прокопенко АО. Умови впровадження рекреаційно-оздоровчої технології у процес фізичного виховання дітей шкільного віку. В: *Проблеми активації рекреаційно-оздоровчої діяльності*: зб. матеріалів 10 Всеукраїнської наук.-практичної конф. з міжнародною участю; 2016Трав 12-13; Львів; 2016. С. 101-105.

31. Горбунов Л. Вплив оздоровчого туризму на рівень фізичної підготовленості учнів старших класів. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2010. Вип. 2(10). С. 47-50.

32. Гринева ТИ, Мулик КВ. Динамика показателей физических качеств ребят 10–13 лет под влиянием занятий разными видами туризма. *Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта*.

2013. №10. С. 16-21.

33. Гриньова ТІ. Мотиви та зацікавленість дітей до занять різними видами спортивного туризму. *Слобожанський науково-спортивний вісник*.2013. Вип. 5(38). С. 82-85.

34. Гриньова ТІ, Мулик КВ. Оцінка фізичної підготовленості хлопців 11–12 років під впливом занять різними видами туризму. *Слобожанський науково-практичний вісник*.2012. Вип. 5(2). С. 13-17.

35. Дем'янчук О., Альошина А. Особливості застосування занять оздоровчо-рекреаційної рухової активності зі школярами з використанням засобів спортивного туризму. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт: журнал*. 2018. Вип. 32. С. 25–31. Взято з <https://sportvisnyk.eenu.edu.ua/index.php/sportvisnyk/article/view/682>.

36. Дем'янчук О., Альошина А. Характеристика дистанцій змагань у спортивному туризмі. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. праць Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки*. 2016. Вип. 1 (33). С. 64–68. Взято з <https://sport.eenu.edu.ua/index.php/sport/article/view/42>.

37. Дем'янчук, О., Єрко, І., Томашук, О., Янюк, І. (). Оцінка рівня техніко-тактичної підготовленості у спортивному туризмі. *Фізична активність і якість життя людини: зб. тез доп. III Міжнар. наук.-практ. конф. (Луцьк, 11–13 черв. 2019 р.)*. Луцьк, 2019. С. 55. Взято з <https://conferences.eenu.edu.ua/public/conferences/Tezu2019.pdf>

38. Жданова О, Блистів Т, Білошицький Т. Рівень теоретичних знань та практичних умінь з туристської роботи студентів ЛДІФК різних курсів навчання. В: *Молода спортивна наука України*. Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. Львів; 2006. Вип. 10. №3. С. 157-161.

39. Жданова О, Блистів Т, Чеховська Л. Досвід підготовки фахівців з рекреації та туризму в закладах освіти фізкультурного профілю на базовому та спеціалізованому етапах навчання. *Теорія і методика фізичного виховання і*

спорту. 2002. Вип. 2/3. С. 59–61.

40. Закон України «Про оздоровлення та відпочинок дітей» в 2008 <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/375-17>.

41. Закон України «Про фізичну культуру і спорт»: за станом на 17 листопада 2009 року. Київ: Парлам. вид-во; 2009. 25 с.

42. Ковальова Н, Андреева О. Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності старшокласників у вільний час. В: *Науковий часопис Нац. пед. ун-ту ім. М. П. Драгоманова. Серія 15, Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. Зб. наук. пр. Київ; 2011. №7. С. 8-13.

43. Ковальова Н, Андреева О. Технологія проектування рекреаційно-оздоровчої діяльності старшокласників. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2012 Вип. 2. С. 29–34.

44. Ковальова Н. В. Технологія проектування позакласної роботи старшокласників з фізичного виховання: дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02. К., 2012. 184 с.

45. Ковальова Н. Організація рекреаційно-оздоровчої діяльності старшокласників у позаурочний час. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2011. Вип. 3. С. 48–52.

46. Конох АП. Професійна підготовка майбутніх фахівців із спортивно-оздоровчого туризму: монографія. Запоріжжя : Запоріз. нац. ун-т; 2006. 456 с.

47. Кудрявцев А. Особливості організації оздоровчо-рекреаційної діяльності дітей у дитячих оздоровчих таборах. *Вісник Прикарпатського університету*. 2018. Вип. 29. С. 32-36.

48. Луцький В. Сучасний стан і перспективи активного туризму в Українських Карпатах. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві* : збірник наукових праць. 2010. №. 4 (12), С. 10-16.

49. Микола Соя, Петро Костюк Сучасні погляди на роль літніх оздоровчих таборів у формуванні та підтриманні рівня здоров'я у дітей середнього шкільного віку. *Молода спортивна наука України*. 2012. Т.4. С. 149-

155

50. Москаленко Н. Сучасні підходи до організації фізкультурно-оздоровчої роботи з дітьми шкільного віку. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2007. Вип. 1. С. 16-20.

51. Мулик КВ, Мулик ВВ. Мотивація школярів та студентів до спортивно-оздоровчих занять з туризму. *Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта*. 2015. Вип. 7. С. 33-38.

52. Національній стратегії розвитку рухової активності в Україні до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація».

53. Носко МО, Гаркуша СВ, Воєділова ОМ, Носко ЮМ, Гришко ЛГ. Позашкільна здоров'язбережувальна діяльність з фізичного виховання як спосіб підвищення рухової активності та покращення стану здоров'я учасників освітнього процесу. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка*. 2017. Вип. 147(II). С. 86-90.

54. Сургай О. Основні види спортивно-оздоровчого туризму та його функції. *Молода спортивна наука України*. 2009. Т. 4. С. 188-192.

55. Павлова Ю., Борек З., Виноградський Б. Особливості залучення населення до оздоровчо-рекреаційної діяльності (на прикладі Польщі). С. 261-262.

56. Павлова ЮО. Теоретико-методичні засади забезпечення якості життя різних груп населення з використанням оздоровчо-рекреаційних технологій [автореферат]. Львів: ЛДУФК: 2016. 40 с.

57. Позашкільний туризм і краєзнавство в Україні: історія та сьогодення. Івано-Франківськ: Тіповіт; 2010. 110 с.

58. Приступа ЄН, Жданова ОМ, Линець ММ, та ін. Фізична рекреація: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. фіз. виховання і спорту. Дрогобич: Коло; 2010. 448 с.

59. Сударева НС. Оздоровчий напрям у професійній підготовці майбутніх фахівців зі спортивно-оздоровчого туризму. В: Єрмаков СС, редактор. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. Наук.

моногр. Харків: ХДАДМ (ХХІІІ). 2006. Вип. 4. С. 179–180.

60. Сургай О. Основні види спортивно-оздоровчого туризму та його функції. В: Приступа Є, редактор. *Молода спортивна наука України*. Зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. 2009. Вип. 13. №4. С. 188–192.

61. Теоретичні та прикладні аспекти рекреаційного природокористування в Україні: монографія / К. Кілінська, В. Руденко, Н. Аніпко, Н. Андрусак, Н. Коновалова та ін. Чернівці: Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, 2010. 250 с.

62. Тести і нормативи щорічного оцінювання фізичної підготовленості населення України (2015).

63. Тисовський О. Ідеологія Пласту – українського скаутингу. Івано-Франківськ: Місто НВ; 2012. 56 с.

64. Ткаченко В. В. Підготовка майбутніх учителів фізичної культури до використання здоров'язберезувальних технологій у дитячих оздоровчих таборах: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Кіровоград, 2015. 20 с. укр.

65. Ткаченко ВВ. Основні аспекти поняття «здоров'язберезувальні технології». *Наука і освіта*. 2014. №3. С. 177-180.

66. Ткаченко ВВ. Підготовка вчителів фізичної культури у зарубіжних країнах. *Наукова скарбниця освіти Донеччини*. 2013. Вип. 1(14) . С. 124–127.

67. Ткачівська ІМ. Підготовка майбутніх учителів фізичного виховання до туристсько-краєзнавчої роботи з учнями [автореферат]. Тернопіль; 2009. 20 с.

68. Товт В. Історія становлення та перспективи розвитку рекреаційно-туристичної зони Закарпатської області. *Східноєвропейський історичний вісник*. 2017. Вип. 2. С. 113–120.

69. Товт В.А., Маріонда І.І., Сивохоп Е.М., Сусла В.Я. Теорія і технології оздоровчо-рекреаційної рухової активності: навч. посіб. Ужгород, 2015. 88 с

70. Томенко О. А. Рівень рухової активності підлітків та шляхи його підвищення на основі використання заходів оздоровчо-рекреаційного спрямування. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2013. №3. С. 19-24.

71. Томенко О. А. Вплив занять туризмом оздоровчо-рекреаційного

спрямування на показники соматичного здоров'я старшокласників. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2013. № 4. С. 57–60.

72. Тумак ЮІ. Законодавче регламентування фізкультурно-спортивної та туристичної діяльності тіловиховних товариств Буковини (другої половини ХІХ – початку ХХ ст.). В: *Науковий вісник Чернівецького держ. ун-ту. Серія: Педагогіка та психологія*. Чернівці; 2013. Вип. 642. С. 172-178.

73. Федоренко Є. Особливості проведення активного дозвілля старшокласників, які навчаються в школах різного типу. В: Приступа Є, редактор. *Молода спортивна наука України. Зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини*. Львів: ЛДУФК. 2011. Вип. 15. №4. С. 160-164.

74. Федоренко Є. Ставлення старшокласників, які навчаються в школах різного типу до шкідливих звичок. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2010 Вип. 2. С. 151-153.

75. Arbogast G. Combining students with different ability levels in games for sport /G. Arbogast, B. Lavay //The physical educator. – 1987. – No 1. – P. 255-261.

76. Austin D. R. Playgrounds for the handicapped. In D.J. Bradamus, Ed., *New Thoughts on Leisure*. Champaign, IL: Office of Recreation and Rark Resources, 1988. – P. 57-63.

77. Austin D. R. Playgrounds for the handicapped. In D.J. Bradamus, Ed., *New Thoughts on Leisure*. Champaign, IL: Office of Recreation and Rark Resources, 1988. – P. 57-63.

78. 83. Savliuk, S., Kashuba, V., Romanova, V., et al. (2020). Implementation of the Algorithm for Corrective and Preventive Measures in the Process of Adaptive Physical Education of Pupils with Special Needs. *Teoria ta Metodika Fizičnogo Vihovanna*, 20(1), 4-11. <https://doi.org/10.17309/tmfv.2019.1.01> ISSN 1993-7989 (print). ISSN 1993-7997 (online)