

Міністерство освіти і науки України
Кам'янець-Подільський національний університет
імені Івана Огієнка

Клюс О.А., Балацька Л.В., Рудзевич І.Л.

**ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ
В ІНКЛЮЗИВНІЙ ОСВІТІ**

Навчально-методичний посібник

Кам'янець-Подільський

2024

УДК 373-056.2/.3:796.325(075.8)

ББК 74.702.42+75я73

К52

Рекомендовано до друку вченою радою Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка (протокол № 6 від 27 червня 2024 року)

Рецензенти:

Вадим ЗДАНЮК – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації та медико-біологічних основ фізичного виховання Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка;

Сергій МИХАЙЛОВ – директор Чернівецької обласної дитячо-юнацької спортивної школи інвалідів «Інваспорт», МСУ з легкої атлетики.

К52 Ключ О.А.

Фізичне виховання в інклюзивній освіті: навчально-методичний посібник для здобувачів вищих навчальних закладів III-IV рівня акредитації / Ключ О.А., Балацька Л.В., Рудзевич І.Л. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня “Рута”», 2024. 148 с.

Навчально-методичний посібник відповідає програмі підготовки здобувачів спеціальностей 014 Середня освіта (Фізична культура), 017 Фізична культура і спорт освітніх ступенів «бакалавр» та «магістр» вищих навчальних закладів III- IV рівня акредитації.

У посібнику розкриваються основні поняття інклюзивної освіти, методика проведення занять з фізичної культури з дітьми, які мають різні нозологічні захворювання. Кожен розділ обґрунтований, містить навчальний матеріал, який пропонується здобувачам вищої освіти для самостійного опрацювання, а також учителям і тренерам у підготовці та проведенні занять фізичної культури з дітьми з особливими освітніми потребами.

УДК 373-056.2/.3:796.325(075.8)

ББК 74.702.42+75я73

© Ключ О.А., Балацька Л.В., Рудзевич І.Л., 2024

ЗМІСТ

ЗМІСТ	3
ПЕРЕДМОВА	5
РОЗДІЛ 1. ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА: БАЗОВІ КАТЕГОРІЇ, ПОНЯТТЯ	6
1.1. Основні поняття в інклюзивній освіті: інклюзія, її ідея, основна концепція	6
1.2. Правові основи забезпечення організації інклюзивного навчання в Україні	14
1.3. Загальна характеристика закладів освіти для дітей з особливими освітніми потребами	15
1.4. Особливості формування інклюзивного навчання дітей з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої освіти	17
РОЗДІЛ 2. ІНКЛЮЗИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ В ЗА- КЛАДІ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ: ПРИНЦИПИ, ЗАСОБИ, МЕТОДИ НАВЧАННЯ ...	26
2.1. Принципи організації занять з фізичної культури з діть- ми з ООП	26
2.2. Основні засоби навчання дітей з ООП під час фізичної культури	36
2.3. Основні методи навчання дітей з ООП під час фізичної культури	43
2.3.1. Методи формування знань (метод слова і метод на- очності) та особливості їхнього застосування з дітьми з ООП	45
2.3.2. Методи навчання руховим діям	49
2.3.3. Методи розвитку фізичних якостей і здібностей	51
2.3.4. Методи виховання особистості	52

2.3.5. Метод педагогічного впливу	55
2.4. Контроль та оцінювання діяльності дітей в інклюзивному фізичному вихованні	58
РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА ІНКЛЮЗИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З РІЗНИМИ НОЗОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	68
3.1. Методика фізичного виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату	68
3.2. Методика фізичного виховання дітей з порушенням зору ..	83
3.3. Методика фізичного виховання дітей з порушеннями слуху	98
3.4. Методика фізичного виховання дітей з порушеннями інтелектуального розвитку	113
3.5. Методика фізичного виховання дітей з порушеннями аутичного спектру	126
ЛІТЕРАТУРА	144

ПЕРЕДМОВА

В Україні за останні роки спостерігається значне збільшення кількості класів із інклюзивною формою навчання, що призводить до загострення проблем підготовки та перепідготовки вчителів для роботи з цього профілю. Учитель фізичної культури в інклюзивних класах повинен насамперед вирішити проблеми організації навчального процесу й техніки безпеки на уроках зі здоровими дітьми та дітьми з особливими освітніми потребами.

У запропонованому навчально-методичному посібнику розкривається питання фізичного розвитку й особливостей корекції різноманітних порушень дітей з особливими освітніми потребами, описані основи інклюзивного навчання та законодавчі документи щодо його організації, а також охарактеризовані основні аспекти організації інклюзивного навчання у закладах освіти.

З огляду на актуальність і доступність інформації, цей посібник може стати надійним провідником для досягнення успіху в роботі з дітьми, які мають особливі освітні потреби. Правильно організована інклюзивна освіта сприятиме запобіганню дискримінації щодо таких дітей, допоможе підтримати дітей з особливими потребами в їхньому праві на гідне життя, вільний розвиток, допоможе їм бути рівноправними членами суспільства.

Матеріали навчально-методичного посібника доцільно використовувати науково-педагогічним працівникам під час підготовки майбутніх фахівців із фізичного виховання і спорту, а також він стане у пригоді працівникам соціальних служб, батькам дітей із особливими освітніми потребами.

РОЗДІЛ 1. ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА: БАЗОВІ КАТЕГОРІЇ, ПОНЯТТЯ

1.1. ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ В ІНКЛЮЗИВНІЙ ОСВІТІ: ІНКЛЮЗІЯ, ЇЇ ІДЕЯ, ОСНОВНА КОНЦЕПЦІЯ

Розвиток сучасного суспільства України та процеси інтеграції в європейську спільноту ставлять актуальне питання щодо забезпечення соціального захисту громадян країни, а саме тих, хто потребує його найбільше, – дітей з особливими освітніми потребами.

Актуальність проблеми інклюзивної освіти пов'язана з тим, що кількість дітей, які потребують корекційного навчання, постійно зростає. Сьогодні дітей, які потребують такої форми навчання, а саме корекції фізичного, сенсорного та розумового розвитку, понад 1 млн.

Інклюзивне навчання враховує потреби дітей, підлітків та усіх, хто бажає здобувати освіту, долучатися до процесів навчання, культурних заходів і життя громади. Це процес, який дозволяє здобувати освіту людям з особливими освітніми потребами та навчатися в загальному освітньому середовищі, що стає альтернативою інтернатній системі. Проте питання інклюзії варто розглядати не лише у формі створення доступного освітнього середовища для дітей з інвалідністю.

Інклюзивна освіта в широкому сенсі полягає у створенні рівних можливостей для всіх дітей в Україні. «Жоден з них не має відчувати у колективі себе не таким, як інші, і це найважливіше завдання інклюзії» [4]. Відомо, що проблеми із соціалізацією дітей з інвалідністю виникають у тих, хто закінчує інтернати чи навчається вдома. Нерідко вони не впевнені в собі та своїх вчинках, у них відсутні соціальні знання й навички, їм складно реалізувати себе в сучасному просторі, отримати вищу чи спеціальну освіту, працевлаштуватися. Проте інклюзія передбачає, що дитина з інвалідністю з раннього віку перебуває в соціумі серед майже здорових дітей, вчиться виживати. У неї є можливості для налагодження товариських стосунків зі

здоровими однолітками й участі у громадському житті. З іншого боку, майже здорові діти, які навчаються у закладах початкової освіти з першого класу з дітьми з інвалідністю, у дорослому віці по-іншому ставляться до осіб з інвалідністю: вже не з жалістю чи презирством, а нарівні, навчаються природно сприймати й толерантно ставитися у суспільстві до людських відмінностей, налагоджувати й підтримувати дружні й теплі стосунки з людьми, які відрізняються від них [3].

Поняття інклюзії (англ. inclusion – включення; франц. inclusif – той, хто включає в себе; лат. include – заключаю, включаю) – означає процес активного включення в суспільні стосунки всіх громадян, незалежно від їхніх фізичних, інтелектуальних, культурних, мовних, національних та інших особливостей [20].

Ідея інклюзії, що виникла внаслідок усвідомлення цінності людської багатоманітності і відмінностей між людьми, унеможлиблює будь-яку дискримінацію та відображає одну з головних ознак демократичного суспільства: усі діти є цінними членами суспільства і мають рівні права, зокрема щодо отримання освіти, незважаючи на особливості їхнього психофізичного розвитку.

Водночас у розумінні багатьох людей інклюзія пов'язана лише з особами, які мають «інвалідність» – міру втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи [13].

Особи з інвалідністю – це особи, які мають стійкі фізичні, психічні, інтелектуальні чи сенсорні порушення, що можуть заважати повній та ефективній участі таких осіб у житті суспільства на рівні з іншими [20].

Проте діти, які потребують інклюзивної освіти, можуть і не мати інвалідності, але вони мають ООП. Згідно із Законом України «Про освіту» дитина з ООП – «це особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту» [13].

ЮНЕСКО розглядає дітей з ООП як широке поняття.

Зокрема, до дітей з ООП належать ті, які мають такі порушення в розвитку: емоційні і поведінкові, мовлення та спілкування, труднощі в навчанні, затримка та обмеження інтелектуального розвитку, фізичні і нейромоторні порушення зору, слуху. Також цей список доповнюють діти, які виховуються у несприятливому середовищі; діти, що належать до груп етнічних меншин; діти вулиці й діти з ВІЛ-інфекцією та СНІДом.

Для роботи з такими дітьми важливо розуміти відмінності між поняттями «виключення», «сегрегація», «інтеграція» й «інклюзивна освіта».

Виключення – виникає, коли учнів у будь-який спосіб, прямо чи опосередковано, позбавляють доступу до освіти або відмовляють у такому доступі.

Сегрегація – це ситуація, у якій діти з ООП отримують освіту у відокремлених закладах (установах), пристосованих до різних або до певного виду порушень дітей, в ізоляції від інших дітей.

Інтеграція – це процес влаштування дітей з ООП до існуючих закладів освіти з розумінням того, що діти з ООП зможуть пристосуватися до стандартизованих вимог таких закладів [13].

Концепція інклюзивної освіти отримала розвиток із концепції інтеграції, що застосовується під час переходу до нових підходів освіти дітей з ООП. Порівняння відмінностей цих концепцій дає можливість виокремити принципово важливі аспекти.

Інтеграція дітей з ООП відбувається шляхом перенесення елементів спеціальної освіти у систему загальної освіти. За таких умов лише незначна частина дітей з ООП може бути повністю залучена у систему звичайних шкіл.

Основним обмеженням інтеграції стало те, що за таких умов не відбуваються зміни в організації освітнього процесу, тобто у програмах, методиках і стратегіях навчання. Відсутність таких організаційних змін під час інтеграції стала основним бар'єром для реалізації

політики і впровадження практик включення дітей з ООП у загально-освітнє середовище. Переосмислення цього процесу призвело до появи нового терміна – «інклюзивна освіта». Зокрема, інклюзивна освіта передбачає, що бар'єри і труднощі у навчанні, з якими стикаються учні з ООП у школах, виникають через існуючу практику освітнього процесу, а також через негнучкі методи навчання.

Тому в умовах інклюзивної освіти необхідно не адаптувати учнів до чинних вимог школи, а реформувати заклади освіти, шукати інші педагогічні підходи до навчання таким чином, щоб враховувати ООП учнів.

Уперше термін «інклюзивна освіта» був використаний у Саламанській декларації, прийнятій на Всесвітній конференції 1994 року за підтримки ЮНЕСКО, згідно з якою інклюзивна освіта ґрунтується на певній системі принципів – базових вимог, виконання яких забезпечить її ефективність, а саме:

- кожна дитина має унікальні особливості, інтереси, здібності й освітні потреби;

- усі діти мають навчатися разом у будь-яких випадках, коли це є можливим, незважаючи на певні труднощі чи відмінності, що існують між ними;

- заклади освіти мають визнавати і враховувати різноманітні потреби своїх учнів, узгоджуючи різні види й темпи навчання;

- заклади освіти повинні забезпечувати якісну освіту для всіх, розробляючи відповідні навчальні плани, стратегії викладання, вживаючи організаційних заходів;

- діти мають отримувати будь-яку додаткову допомогу, яка може знадобитися їм в освітньому процесі;

Інклюзивна освіта – найефективніший засіб, що гарантує солідарність, співучасть, взаємодопомогу, розуміння між дітьми.

Саме тому інклюзивна освіта передбачає розроблення і запровадження широкого спектра освітніх стратегій та освітніх послуг для більш гнучкого реагування на розмаїття ООП учнів.

Варто підкреслити, що **інклюзивна освіта** є альтернативою системі **спеціальної освіти**, за якою діти навчаються окремо від інших дітей або на індивідуальній формі здобуття освіти.

Розвиток інклюзивної освіти у жодному разі не зменшує значення спеціальної освіти, оскільки інклюзивна освіта є одним із напрямів освіти, варіантом надання освітніх послуг дитині з ООП.

Інклюзивна освіта виконує такі функції – основні напрями, за якими відбувається її реалізація.

Функції інклюзивної освіти

Сутність	Характеристика
Правова	<ul style="list-style-type: none">- забезпечення права дітей ОПП на здобуття освіти в умовах звичайних закладів освіти за місцем проживання дитини;- попередження і боротьба з виключенням в освіті;- виявлення й усунення чинників, які перешкоджають реалізації права дитини з ООП на освіту на умовах рівності і доступності.
Соціалізації	<ul style="list-style-type: none">- засвоєння дітьми з ОПП широкого кола цінностей, соціальних ролей та очікувань, на основі яких складається повсякденне життя людей, а також цінностей, що пропагуються закладом освіти;- формування особистості дитини на основі засвоєння нею знань, навичок, цінностей, культурної спадщини, накопичених соціумом;- включення дітей з ОПП у соціальний простір класу, школи, громади, держави.

Виховна	<ul style="list-style-type: none"> - формування позитивного і толерантного ставлення суспільства до осіб з ОПП як до рівних, створення соціокультурного середовища; - формування у дітей з ОПП відчуття поваги і власної гідності, усвідомлення ними, що вони є повноцінними членами суспільства.
Освітня	<ul style="list-style-type: none"> - засвоєння дітьми з ОПП системи знань, умінь та навичок, необхідних для розвитку потенціалу й подальшої успішної інтеграції в суспільство.
Економічна	<ul style="list-style-type: none"> - підготовка осіб з ОПП до трудової діяльності, розвиток і використання їхнього потенціалу на ринку праці; - зменшення кількості громадян, які перебувають на соціальному забезпеченні у державі.

Інклюзивна школа – це заклад загальної середньої освіти, «який забезпечує інклюзивну освіту як систему освітніх послуг, зокрема: адаптує освітні програми, фізичне середовище, методи і форми навчання; використовує існуючі в громаді ресурси; залучає батьків; співпрацює з фахівцями для надання спеціальних послуг відповідно до різних ООП дітей; створює позитивний клімат в освітньому середовищі» [13].

Для дітей з ООП. Можливість навчатися за місцем проживання; можливість соціалізації зі своїми однолітками; особистісно орієнтовне спрямування навчально-виховного процесу з урахуванням сильних сторін і здібностей учня; можливість отримувати додаткові освітні послуги; подальша інтеграція у суспільстві, вступ до закладів вищої освіти тощо.

Для решти дітей. Розуміння багатоманітності; діти навчаються природно сприймати і толерантно ставитися до осіб з ООП, налагоджувати та підтримувати дружні стосунки з дітьми, які відрізняються від них; діти вчаться співробітництву, взаємодопомозі, співчуттю.

Для батьків дітей з ООП. Можливість брати участь в ухваленні рішень щодо навчання своєї дитини; краще розуміння ООП своїх дітей; допомагає сформулювання чіткої мети освітнього процесу дитини.

Для батьків інших дітей. Розширення розуміння і сприйняття інклюзивної освіти, можливість підтримати інших батьків.

Для педагогічних працівників. В інклюзивному класі педагоги, працюючи з дітьми з ООП, прагнуть до професійного розвитку, опановують різноманітні методи навчання й розвитку дітей з ООП; інклюзивна освіта допомагає налагодити співпрацю педагогічних працівників у закладі освіти й застосовувати командний підхід до реалізації освітнього процесу, а також отримувати методичну та консультативну допомогу від фахівців ІРЦ та РЦПО.

Для адміністрації закладів освіти. Створення у закладах освіти спеціальних умов: забезпечення безперешкодного доступу до будівель і приміщень закладів освіти; забезпечення закладів освіти необхідними навчально-методичними посібниками, підручниками, спеціальним обладнанням; забезпечення відповідного штату педагогічних працівників (асистента вчителя, вчителя-дефектолога, практичного психолога та інших); активне залучення батьків до процесу навчання дитини.

Для суспільства. Формування активного члена суспільства, який робить внесок у розбудову держави; розвиток інклюзивної культури у суспільстві: формування почуття толерантності, терпимості, милосердя, взаємоповаги, сприйняття відмінностей інших людей. За **визначенням ЮНЕСКО** інклюзивна освіта – це процес звернення і відповіді на різноманітні освітні потреби дітей через забезпечення їхньої участі у навчанні, культурних заходах і житті громади.

Порівняння особливостей врахування традиційного освітнього процесу та інклюзивного освітнього процесу щодо дітей із ООП

Традиційний освітній процес	Інклюзивний освітній процес
1. Діти з ОПП навчаються виключно в закладах спеціальної освіти або вдома	1. Діти з ООП навчаються у звичайних закладах освіти й отримують психолого-педагогічну допомогу
2. ОПП дітей в освітньому процесі не враховуються	2. Діти із ООП є основою для планування освітнього процесу
3. Освітні цілі для всіх однакові	3. Освітні цілі визначаються залежно від ООП дитини
4. Усі діти мають опанувати уніфікований освітній план у визначені терміни	4. Для кожного учня розробляється індивідуальна програма розвитку. За потреби розробляється індивідуальний навчальний план
5. Оцінювання проводиться з однаковим підходом для всіх	5. Використовуються адаптовані стратегії та методи оцінювання
6. Оцінювання результатів навчання відбувається шляхом порівняння із загальним освітнім планом на основі визначених критеріїв навчальних досягнень учнів	6. Основним критерієм успішності є індивідуальні досягнення учня з ООП
7. Успішність кожного учня визначається у порівнянні з найкращими результатами	7. Успішність навчання розглядається на основі врахування прогресу в розвитку дитини
8. Батьки є пасивними учасниками освітнього процесу	8. Батьки беруть активну участь в освітньому процесі, на них покладені певні зобов'язання

1.2. ПРАВОВІ ОСНОВИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ В УКРАЇНІ

Правовою основою забезпечення організації інклюзивного навчання слугує низка розпоряджень і постанов Кабінету Міністрів України, серед яких: «Про затвердження порядку організації інклюзивного навчання у ЗНЗ» (2008), «Про затвердження плану заходів щодо запровадження інклюзивного та інтегрованого навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на період до 2012 року» (2009), «Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання» (2010), «Про заходи щодо розв'язання актуальних проблем осіб з обмеженими фізичними можливостями» (2011). Гарантують навчання дітей із особливими освітніми потребами в загальноосвітніх навчальних закладах нарівні з усіма Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» (від 25 травня 2017 р. № 2053-VIII) та постанова КМУ від 9 серпня 2017 року № 588 «Про внесення змін до Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах». Запровадження інклюзивної політики в освіті розкриває «Національна стратегія розвитку освіти України на 2012–2021 роки», у якій проголошено пріоритетним завданням розроблення ефективної системи інклюзивного навчання, висунуто вимоги до модернізації системи професійної підготовки педагогічних працівників, здійснення професійної підготовки майбутніх учителів у вищому навчальному закладі на засадах компетентнісного підходу, а також підготовки висококомпетентних фахівців, які здатні демонструвати розвинені інтелектуальні професійні й особистісні якості в інноваційному освітньому просторі.

19 листопада 2020 року країни, які брали участь у Болонському процесі, ухвалили Римське міністерське комюніке, що передбачало розвиток вищої освіти до 2030 року. Сторони Комюніке зобов'язуються створити інклюзивний, інноваційний і взаємопов'язаний Євро-

пейський простір вищої освіти (ЄПВО) протягом наступних 10 років. У Комюніке вища освіта із соціальною інклюзією розглядаються як основа ЄВПО та полягають в наданні можливостей у рівних правах здобувати вищу освіту студентам з усіх верств суспільства. У документі закріплено зобов'язання посилити соціальну інтеграцію дітей з інвалідністю та покращити якісну освіту, повністю враховуючи нові можливості [13].

Сьогодні інклюзивна освіта є не лише однією з фундаментальних засад розвитку освіти, а й філософією розуміння участі людини в житті суспільства.

Пошук теоретичних засад інклюзивної освіти потребує міждисциплінарного підходу, що насамперед пов'язаний з такими науками як філософія, спеціальна педагогіка, спеціальна психологія, соціологія, право й етика. У рамках концепції «Нова українська школа» Міністерство освіти і науки України розробило «Новий освітній простір», основними складовими яких є: креативний зовнішній і внутрішній дизайн; комфорт та енергоефективність; сучасні умови для навчання, розвитку і спілкування; багатофункціональне середовище, а також безбар'єрний простір та умови для інклюзивного навчання, що представлені типовими інтер'єрними рішеннями медіатеки та ресурсної кімнати для закладів загальної середньої освіти з інклюзивним навчанням.

1.3. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ ДЛЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ

Метою здобуття повної загальної середньої освіти є всебічний розвиток, виховання і соціалізація особистості, здатної до життя в суспільстві та цивілізованій взаємодії з природою, яка має прагнення до свідомого життєвого вибору й самореалізації, відповідності, трудової діяльності та громадянської загальної середньої освіти, що забезпечують:

- Початкова школа – заклад освіти I ступеня (або структурний підрозділ іншого закладу освіти), що забезпечує початкову освіту;

- Гімназія – заклад середньої освіти II ступеня (або структурний підрозділ іншого закладу освіти), що забезпечує базову середню освіту;

- Ліцей – заклад середньої освіти III ступеня (або структурний підрозділ іншого закладу освіти), що забезпечує профільну освіту.

До закладів загальної середньої освіти, які забезпечують здобуття освіти дітьми з ОПП, належать:

Середня школа – заклад загальної середньої освіти для дітей, які потребують корекції фізичного або розумового розвитку.

З урахуванням особливостей психофізичного розвитку дітей утворюються такі спеціальні школи:

- для дітей з порушеннями слуху;
- для дітей з порушеннями зору;
- для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату;
- для дітей з порушеннями інтелектуального розвитку;
- для дітей з тяжкими порушеннями мовлення.

Санаторна школа – заклад загальної середньої освіти з відповідним профілем для дітей, які потребують тривалого лікування. Профіль санаторної школи визначається з урахуванням необхідності лікування відповідних захворювань:

- для дітей з психоневрологічними захворюваннями;
- для дітей, хворих на сколіоз;
- для дітей з хронічними неспецифічними захворюваннями органів дихання;
- для дітей з хронічними неспецифічними захворюваннями органів травлення;
- для дітей, хворих на цукровий діабет;
- для дітей з малим та неактивними (фаза згасання) формами туберкульозу.

Навчально-реабілітаційний центр – заклад загальної середньої освіти для дітей з ОПП, зумовленими складними порушеннями розвитку.

Структурними відділеннями навчально-реабілітаційного центру є дошкільне відділення і спеціальна школа.

Випускники, які закінчили спеціальну школу для дітей, що мають інтелектуальні порушення, отримують свідоцтво, яке дає право на вступ лише до закладу професійно-технічної освіти. Необхідно зазначити, що учні з ОПП, перебуваючи на стаціонарному лікуванні, мають право на здобуття загальної середньої освіти в закладах охорони здоров'я з дозволу лікаря.

Організацію освітнього процесу у таких випадках здійснюють заклади загальної середньої освіти, визначені органами місцевого самоврядування. Як правило, гранична наповненість класу в закладі охорони здоров'я становить не менше 5 та не більше 12 осіб. Після завершення стаціонарного лікування учневі видається довідка, що містить інформацію про результати навчання (оцінювання) з кожного предмета з описом навчального матеріалу, який він опанував.

Новою установою освіти, що утворена з метою забезпечення права дітей з ООП віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, зокрема й у закладах професійної (професійно-технічної) освіти та інших закладах освіти, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти, є інклюзивний-ресурсний центр (ІРЦ).

ІРЦ – установа, що проводить комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини, надає дітям з ОПП психолого-педагогічні, корекційно-розвиткові послуги і забезпечує їх системний кваліфікований супровід.

З метою забезпечення ефективності освітнього процесу дітей з ОПП, які здобувають освіту в мовах інклюзивного навчання в закладах загальної середньої освіти, створюється команда психолого-педагогічного супроводу (КППС).

1.4. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ООП В ЗАКЛАДІ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

Формування інклюзивного навчання дітей із особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої освіти починається у разі

звернення особи з особливими освітніми потребами або її батьків. Інклюзивний клас утворюється в обов'язковому порядку (ст. 20 Закону України «Про освіту»). Для забезпечення ефективності освітнього процесу у класі з інклюзивним навчанням кількість учнів з особливими освітніми потребами становить:

- одна-три дитини із числа дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, затримкою психічного розвитку, зниженим зором чи слухом, легкими інтелектуальними порушеннями тощо;

- не більш як двоє дітей із числа дітей сліпих, глухих, з тяжкими порушеннями мовлення, у тому числі з дислексією, розладами спектра аутизму, іншими складними порушеннями розвитку (порушеннями слуху, зору, опорно-рухового апарату в поєднанні з інтелектуальними порушеннями чи затримкою психічного розвитку) або тих, що пересядаються на кріслі колісному.

Відповідно до індивідуальних особливостей освітньої діяльності для кожного учня з особливими освітніми потребами складається індивідуальна програма розвитку дитини (ІПР) – документ, що забезпечує індивідуалізацію навчання, визначає перелік необхідних психолого-педагогічних, корекційних потреб та послуг для розвитку дитини.

В індивідуальній програмі розвитку зазначається загальна інформація про учня, наявний рівень знань і вмінь, динаміку розвитку, адаптацію навчального матеріалу, технічні пристосування, додаткові послуги (корекційно-розвиткові заняття), визначені на підставі висновку ІРЦ.

Індивідуальна програма розвитку розробляється впродовж 2-х тижнів з моменту початку освітнього процесу групою фахівців (заступник директора з навчально-виховної роботи, учителі, асистент учителя, практичний психолог, соціальний педагог, медичні працівники закладу освіти, дефектолог, логопед тощо) з обов'язковим залученням батьків учня або його законних представників, затверджується керівником загальноосвітнього навчального закладу і підписується батьками або законними представниками та переглядається двічі на рік (у разі потреби частіше) з метою її коригування.

Потреба в коригуванні ІПР (або складанні нової) може виявитись необхідною, наприклад, якщо:

- дитина досягла поставленої навчальної мети;
- у дитини виникають труднощі в досягненні визначених цілей;
- виникла необхідність збільшити кількість послуг дитині;
- дитину переводять до іншого закладу;
- у дитини спостерігаються проблеми з поведінкою тощо.

Участь батьків у розробці ІПР є надзвичайно важливою. Батьки не лише надають важливу інформацію про особливості розвитку дитини (інформація про стан здоров'я, розвиток, інтереси, особливості поведінки дитини тощо), вони узгоджують ІПР, підписуючи її. Підписання батьками ІПР є обов'язковим і свідчить про те, що вони знають і поділяють навчальні цілі й завдання, визначені на рік; усвідомлюють характер модифікацій та адаптації навчального процесу; поінформовані про моніторинг і перегляд індивідуальної програми розвитку.

Без підпису батьків ІПР вважається недійсною.

Під час складання індивідуальної навчальної програми (є частиною ІПР) педагоги насамперед аналізують відповідність вимог навчальної програми та методів, які використовуються на уроці, актуальним і потенційним можливостям дитини з особливими освітніми потребами.

Формулюючи довгострокову мету, окреслюємо, чого має досягти дитина за визначений термін навчання. Її тривалість може бути різною, найчастіше, обмежується одним роком. Визначення довгострокової мети навчання має бути тісно пов'язане з результатами проведеної комплексної оцінки і спиратися на сильні сторони учня. Вона визначає напрямки розвитку дитини у визначений термін і має обов'язково доповнюватися завданнями, які її конкретизують. Завдання мають бути точними, піддаватися вимірюванню, а також такими, щоб їх можна було виконати протягом навчального року, тому треба запитати себе: «Як дитина зможе продемонструвати реалізацію визначених завдань?».

При визначенні спеціальних та додаткових послуг, відповідних адаптацій та модифікацій до уваги береться результат комплексної психолого-педагогічної оцінки, наданої ІРЦ.

Залежно від особливостей дитини складаються програми «адаптації» та «модифікації». Під час складання індивідуальної програми розвитку необхідно проаналізувати, які адаптації та модифікації потрібно розробити для облаштування середовища, застосування належних навчальних методів, матеріалів, обладнання, урахування сенсорних та інших потреб дитини.

Програма адаптації використовуються в тому разі, коли дитина може засвоювати матеріал на рівні вимог освітнього стандарту (навчальної програми), але потребує для цього певних фізичних акомодаций, іншої методики викладання чи застосування іншої форми оцінювання. Адаптація означає зміну методики викладання, типів матеріалів або завдань чи продуктів навчальної діяльності, які готує учень. Зокрема, деякі учні з інвалідністю не можуть ходити, а тому мають виконувати завдання на кріслі колісному. Учням, які не бачать, потрібно надавати навчальні матеріали мовою Брайля. Все це – приклади адаптацій.

У деяких учнів з особливими потребами можуть бути значні когнітивно-пізнавальні труднощі, внаслідок яких вони неспроможні працювати на рівні цілей освітнього стандарту, навіть з використанням адаптацій. Для них матеріал програми потрібно модифікувати.

Модифікація – це зміна кількості чи змісту навчальних цілей, яких має досягти учень. Такі зміни здійснюються для забезпечення його навчальних потреб. Важливо, щоб команда дитини попередньо обговорила причини й шляхи застосування таких модифікацій. Також необхідно поінформувати батьків і залучити їх до цього обговорення. Модифікації мають бути прописані в індивідуальному навчальному плані.

На відміну від модифікацій, адаптації змінюють характер подання навчального матеріалу, не змінюючи зміст або концептуальну складність навчального завдання.

Зокрема, можуть використовуватись такі види адаптацій:

- пристосування освітнього середовища (збільшення інтенсивності освітлення в класних кімнатах, де є діти з порушеннями зору; зменшення рівня шуму в класі, де навчається слабочуюча дитина, забезпечення її слуховим апаратом);
- адаптація навчальних підходів (використання навчальних завдань різного рівня складності; збільшення часу на виконання, зміна темпу занять, чергування видів діяльності);
- адаптація навчальних матеріалів (адаптація навчальних посібників, наочних та інших матеріалів; використання друкованих текстів з різним розміром шрифтів, картки-підказки, тощо).

Невід'ємним складником процесу розроблення індивідуальної програми розвитку є оцінка динаміки розвитку дитини з особливими освітніми потребами, збирання відомостей про її успіхи (учнівські роботи, результати спостережень педагогів, результати тестів, тощо).

Для дітей з особливими освітніми потребами на основі навчального плану розробляється індивідуальний навчальний план (частина ППР) з урахуванням рекомендацій ІРЦ. Навчання дітей у класах з інклюзивним навчанням здійснюється за навчальними планами, програмами, підручниками, посібниками, рекомендованими Міністерством освіти і науки України для загальноосвітніх навчальних закладів. Схема складання календарно-тематичного планування відповідає загально визнаній формі.

Особливістю освітнього процесу дітей з особливими освітніми потребами є його корекційна спрямованість.

Для проведення корекційно-розвиткових занять в індивідуальній програмі розвитку зазначається кількість годин та напрями проведення корекційно-розвиткових занять, визначені ІРЦ з урахуванням особливостей психофізичного розвитку учня, зокрема:

- 3-5 годин – для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, затримкою психічного розвитку, зниженим зором чи слухом, легкими інтелектуальними порушеннями;

- 5-8 годин – для дітей сліпих, глухих, з тяжкими порушеннями мовлення, розладами спектра аутизму, іншими складними порушеннями розвитку (порушеннями слуху, зору, опорно-рухового апарату в поєднанні з інтелектуальними порушеннями чи затримкою психічного розвитку тощо).

Години, визначені для проведення корекційно-розвиткових занять, не враховуються під час визначення гранично допустимого тижневого навчального навантаження учнів з особливими освітніми потребами.

Кількість годин на тиждень для проведення корекційно-розвиткових занять з кожним учнем встановлюється з урахуванням рекомендацій відповідного ІРЦ.

Корекційно-розвиткові заняття регламентуються окремим розкладом, який складає заступник директора з навчально-виховної роботи за участю відповідних спеціалістів, батьків, та затверджується керівником закладу.

Корекційно-розвиткові заняття проводяться після закінчення уроків:

- у 1-4-х класах до 18.00 год;
- у 5-11 (12)-х класах до 19.00 год.

Тривалість групового заняття (2-6 осіб з однорідними порушеннями) – 35-40 хв., індивідуального – 20-25 хв.

Відповідно до наказу МОН України від 08.06.2018 № 609 «Про затвердження Примірною положення про команду психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами в закладі загальної середньої та дошкільної освіти» в закладах загальної середньої освіти створюється та затверджується наказом керівника команда психолого-педагогічного супроводу (ППС) дитини з особливими освітніми потребами, розробляється положення. До складу команди супроводу дитини з ООП у закладі загальної середньої освіти входять постійні учасники: директор або заступник директора з навчально-виховної роботи, вчитель початкових класів (класний керівник), вчителі,

асистент вчителя, практичний психолог, соціальний педагог, вчитель-дефектолог (з урахуванням освітніх потреб дитини з ООП), вчитель-реабілітолог та батьки або законні представники дитини з ООП тощо;

- залучені фахівці: медичний працівник закладу освіти, лікар, асистент дитини, спеціалісти системи соціального захисту населення, служби у справах дітей тощо. Засідання команди ППС проводиться не менше, ніж 4 рази на рік.

Для загальної організації педагогічного процесу на початку навчального року фахівець з фізичної реабілітації проводить педагогічну нараду та спеціальні заняття з іншими вчителями й вихователями школи, під час яких знайомить їх з організацією і змістом реабілітаційно-адаптивної рухової діяльності дітей, що запроваджується в режим дня школи.

Основну увагу зосереджують на обов'язковому проведенні під час кожного уроку руханкових хвилинок, після уроків – позаурочних форм рухової активності дітей у складі класу. Для цього вчителів і вихователів знайомлять з методикою проведення цих форм занять та забезпечують необхідними практичними розробками, під час реалізації – надають (за потреби) консультативну допомогу з питань, що виникають.

Водночас, необхідно провести батьківські збори, під час яких батьків (опікунів) знайомлять з уведеним режимом дня освітнього закладу, змістом рухової діяльності дітей, роз'яснюють важливість і необхідність цього, наголошують на впровадженні елементів змісту в сім'ї, що передбачає спрямовувати навчально-виховну роботу з дитиною в напрямку формування в неї усвідомленої потреби щодо ведення здорового способу життя і, насамперед, використовуючи у вільний час систематичні заняття фізичними вправами всією сім'єю. Для цього батькам пропонують звернути увагу на стан засвоєння дитиною відповідного теоретико-методичного матеріалу, що вивчається в школі, та надають рекомендації з організації і змісту занять фізичними вправами вдома.

Також узгоджують дії батьків і фахівця з фізичної реабілітації в контролі за практичними досягненнями дитини, який здійснюють наприкінці кожної навчальної чверті (за потреби – індивідуально в будь-який час).

Питання для самостійної роботи

1. Яке тлумачення поняття «інклюзія»? Що означає «виключення», «сегрегація», «інтеграція»?
2. У чому полягає основна ідея інклюзії?
3. Дитина з освітніми потребами – це ...?
4. Як розуміють термін «інклюзивна освіта»? На яких принципах будується Саламанська декларація?
5. У чому полягає інклюзивна концепція, що означає поняття «інклюзивна освіта»?
6. Що таке дитина з ООП, «інклюзивна освіта»? На яких принципах будується Саламанська декларація?
7. Чим відрізняється інклюзивна освіта від традиційної освіти?
8. Які функції виконує інклюзивна освіта? Що дає інклюзивна освіта дітям з особливими освітніми проблемами (ООП)?
9. Який позитивний клімат інклюзивна освіта створює в освітньому середовищі (дітям з ООП, батькам з ООП, батькам інших дітей, для педагогічних працівників, для адміністрації закладів освіти, для суспільства)?
10. Які правові основи забезпечення організації інклюзивного навчання в Україні?
11. Які є заклади освіти для дітей з ООП, охарактеризуйте їхнє значення?
12. Яка мета створення інклюзивно-ресурсного центру (ІРЦ) для дітей з ООП?
13. Яку функцію виконує команда психолого-педагогічного супроводу (КППС)?
14. Що містить програма індивідуального розвитку (ІПР), для кого вона розробляється?

15. Охарактеризуйте принцип складання програми адаптації для дітей з ООП.
16. Охарактеризуйте принцип складання програми модифікації для дітей з ООП.
17. Охарактеризуйте особливість проведення корекційно-розвиткових занять для дітей з ООП.

РОЗДІЛ 2. ІНКЛЮЗИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ В ЗАКЛАДІ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ: ПИНЦИПИ, ЗАСОБИ МЕТОДИ НАВЧАННЯ

2.1. ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ З ДІТЬМИ З ООП

Організація занять із фізичного виховання з дітьми повинна відбуватись з дотриманням базових принципів вітчизняної системи фізичного виховання, які реалізуються на всіх рівнях освітнього процесу в освітніх закладах, а саме: гармонійного всебічного розвитку особистості, оздоровчої спрямованості, соціалізації особистості в процесі занять фізичними вправами.

Під час проведення **занять фізичними вправами** необхідно **враховувати дидактичні принципи**, які відображають закономірності педагогічного процесу (наочності, доступності та індивідуалізації, свідомості й активності, поступовості, систематичності, міцності і прогресування).

Принцип наочності – забезпечується послідовним вирішуванням таких завдань:

- визначення педагогічних завдань, які вирішуються засобами наочності;
- вибір наочних посібників, які використовуються залежно від функціональних можливостей сенсорних систем;
- забезпечення засобами наочності (з урахуванням попереднього рухового досвіду і знань учнів) процесу формування кінестетичного образу та подальшого осмислення щоденних дій;
- використання безпосередньої й опосередкованої демонстрації як засобу виправлення рухових помилок учня.

Принцип доступності – полягає у тому, що всі засоби, які використовуються, повинні бути адекватними рівням фізичного наванта-

ження, психомоторного розвитку, стану здоров'я, функціонального стану, стану рухового апарату, попереднього рухового досвіду і фізичної підготовленості.

Значною мірою доступність забезпечується на рівні формування кінестетичного образу за рахунок адекватного уявлення про дію і вибору відповідних засобів. У цьому допомагає показова демонстрація вчителем або його помічником фізичних вправ, використання наочних посібників: рисунків, макетів, схем та ін., з метою створення у тих, хто навчається, найбільш повних і точних уявлень, забезпечення сприйняття й асоціацій, пов'язаних з діями, що вивчаються. Для цього бажано впливати на найбільшу кількість сенсорних систем учня, його емоційну сферу, які можуть бути порушені залежно від нозології. Тобто дотримуватись принципу наочності.

Принцип індивідуалізації. Учитель звертає увагу на вік, стать, особливості стану здоров'я, фізичного розвитку, темперамент, особистісні й характерологічні якості учня, його установки, цінності та інтереси, наявність і якість попередньої фізичної підготовки.

Окрім того, вчителю необхідно також знати загальні закономірності патологічного процесу, який є в учня; орієнтуватися у пов'язаних із цим захворюванням змінах у руховій активності; добре визначати не лише фізичний, а й психічний потенціал свого підопічного (зокрема знати його реакцію на стан інвалідності); враховувати протипоказання, пов'язані з ризиком погіршення стану здоров'я, і конкретні індивідуальні заходи безпеки.

Принцип свідомості й активності спрямований на розвиток уміння орієнтуватись у навколишній дійсності. Викладач будує заняття у такий спосіб, щоб той, кого навчають, міг засвоювати навчальний матеріал, правильно сприймаючи дійсність. З цією метою вчителі повинні відповідати потребам та інтересам учня, бути ясними і зрозумілими для нього. В постановці індивідуальних завдань вчителю значною мірою може допомогти досвід педагогіки Монтесорі, в основі якої лежить спостереження за дитиною та вирішення таких запитань:

1. До якого виду рухової активності виявляє інтерес або мимоволі звертається дитина?
2. Яким інвентарем і як довго цікавиться?
3. Які дії, рухи здійснює вона з цим предметом самостійно, без стороннього втручання?
4. За умов можливості вибору, якому виду фізичної діяльності дитина надає перевагу?
5. Які індивідуальні рухові й особистісні якості демонструє дитина у своїй фізичній діяльності?
6. Чи існує в руховій активності учня періодичність протягом дня, тижня, місяця тощо?
7. Як можна охарактеризувати періоди підвищеної рухової активності?
8. Як довго вони тривають?
9. У який спосіб дитина демонструє своє прагнення до розвитку?
10. Яким вправам вона надає перевагу і в якій послідовності?
11. Наскільки учень здатний зосередити увагу на своїй діяльності?
12. Які перешкоди для нього найбільш значущі?
13. Чи повертається дитина до своєї діяльності після того, коли її увага була відвернута?

Згідно з принципом свідомості нові вправи необхідно починати з обговорення цілей, завдань і способів їхнього виконання, основних моментів рухової дії та її складових, потрібно розвивати осмислення побудови рухової дії, активно практикувати завдання для самостійного вирішення, стимулювати творчий підхід до вирішення завдань на основі знань учня. При цьому обов'язковою є оцінка успішного виконання завдання.

У кожному випадку викладачеві необхідно індивідуально вирішувати завдання вибору:

- вихідного положення, правильної постави – вони повинні забезпечувати стійкість і рівновагу тіла у просторі;
- траєкторії руху (напрям, форма, амплітуда), яка залежить від гнучкості і точності диференціювання рухів;

- тривалості фізичної дії (залежить від витривалості учня);
- частоти її повторення за одиницю часу (залежить від швидкісно-силових здібностей учня);
- послідовності «включення» різних м'язових груп;
- послідовність збільшення зусиль;
- оптимальне передавання кількості рухів із однієї ланки рухового апарату до іншої;
- послідовність рухів, сполучення й узгодженості рухів у часі;
- раціональне співвідношення тривалості фаз навантаження й розслаблення.

Принцип послідовності або поступовості вивчення вправ безпосередньо пов'язаний із принципом доступності (визначаючи послідовність, варто керуватися закономірностями перенесення рухових навичок та вроджених автоматизмів, які збереглися в інвалідів).

Це правило значно підвищує ефективність засвоєння нових фізичних вправ. Бажано якомога активніше використовувати позитивне перенесення рухових навичок. Це відбувається у тих випадках, коли в структурі та змісті вправ (у їхній основній фазі) є велика подібність. Принцип має своє відображення в широкому застосуванні підвідних та імітаційних вправ. Спостережено, що перенесення навичок у дітей із особливими освітніми потребами є найефективнішим на початкових етапах навчання, коли рухи виконуються у більш примітивних варіантах та під посиленним контролем свідомості.

Не варто забувати і про негативне перенесення, коли раніше засвоєна рухова дія перешкоджає правильному виконанню фізичної вправи, що вивчається.

Принцип систематичності впливає з принципів послідовності й диференційно-інтегральних оптимів і базується на закономірностях умовно-рефлекторної діяльності. У зв'язку з тим, що підготовка становить складну систему взаємообумовлених засобів і методів навчання рухових якостей, послідовність основних вправ повинна відповідати вирішенню конкретних завдань кожного з етапів рухової підготовки,

підбір і повторення вправ – закономірностям «перенесення» рухових навичок і фізичних якостей, а чергування навантаження і відпочинку – незмінному підвищенню функціональних можливостей організму учня.

Систематичність забезпечується дотриманням таких правил:

- завчасне встановлення послідовності вправ;
- оптимізація сумарного навантаження педагогічних факторів, які застосовуються (методів, засобів, форм фізичного виховання);
- додержання послідовності навчання фізичних вправ від головної, провідної фази вправ до другорядної, похідної фази;
- періодичним поверненням до основної фази рухової дії.

Принцип міцності полягає у створенні в учня повних і точних уявлень, сприйняття і відчуттів рухів, що вивчаються, для вироблення міцної навички. Порушення сенсорного аналізу або оптимального співвідношення функції свідомості й автоматизмів, призводить до ускладнень у формуванні рухових умінь і навичок. Принцип міцності допомагає реалізувати дотримання таких правил:

- не переходити до вивчення нових вправ, поки не буде вивчено поточний матеріал;
- включати до занять вправи, вивчені раніше, у нових поєднаннях і варіантах;
- підвищувати інтенсивність і тривалість виконання засвоєних вправ.

Принцип диференційно-інтегральних оптимів – втілюється у застосуванні оптимальних локальних та інтегральних фізичних навантажень. Якісні зміни в організмі людини, досягнуті шляхом оптимальної дії локальних фізичних навантажень різного змісту, є основою для створення резервних можливостей лімітованих систем під час формування фонду життєво важливих рухових умінь і навичок. Розвитком основних якостей створюються функціональні резерви організму.

Із цією метою індивідуально збільшують обсяг та інтенсивність тренувального заняття. Збільшення параметрів навантаження повинне підпорядковуватися правилу: обсяг та інтенсивність навантаження збе-

рігаються доти, поки не відбудеться стабілізація ЧСС. Потім збільшують інтенсивність навантаження, й організм пристосовується до нових умов рухової діяльності. Вважається, що стабільність одного з параметрів навантаження при варіюванні іншого дозволяє системам організму ефективніше засвоювати кількісно-якісні форми тренувальних дій.

До **специфічних принципів**, які притаманні для інклюзивного фізичного виховання, належать:

Принцип гуманізму та демократизму, який заснований на тому, що процес фізичного виховання повинен орієнтуватися на особистість дитини як на мету виховання, визнаючи її як найвищу цінність суспільства (увага, повага, доброзичливість, турбота, любов), на яку спрямовано педагогічні впливи, що забезпечують умови для само-реалізації і досягнення результатів у руховій, пізнавальній і творчій діяльності. Встановлення суб'єкт-суб'єктних відносин.

Принцип педагогічного оптимізму. Він тісно пов'язаний із принципом гуманізму і передбачає визнання права кожної дитини, незалежно від її особливостей та обмежених можливостей життєдіяльності, бути включеною в освітній процес. Цей принцип передбачає корекційно-компенсуючу спрямованість фізкультурної освіти, тобто забезпечення дітям корекції і компенсації відхилень у розвитку з метою соціальної адаптації.

Принцип корекційно-компенсуючої спрямованості навчання і виховання. Цей принцип передбачає побудову освітнього процесу (фізичного виховання) на основі максимального використання збережених аналізаторів, функцій і систем організму, «відповідно до специфіки природи нестачі розвитку», тобто освіта і розвиток дитини з обмеженими можливостями в умовах фізичного виховання має будуватися відповідно до її специфічних природних можливостей і на їх основі.

Принцип «навантаження заради здоров'я» або принцип диференційно-інтегральних оптимумів. Він є одним із ключових принципів оздоровлення і його не можна розуміти як мінімізацію навантаження, тому що без певних затрат зусиль не можна не лише підвищити

рівень психофізичного потенціалу, а й зберегти його. Заняття з фізичного виховання повинні, першочергово, оздоровлювати дітей, коригувати їхній психофізичний розвиток і, водночас, сприяти підвищенню їхньої фізичної підготовленості. Принцип утілюється в застосуванні оптимальних локальних та інтегральних фізичних навантажень. Якісні зміни в організмі людини, досягнуті шляхом оптимальної дії локальних фізичних навантажень різного змісту, є основою для створення резервних можливостей лімітованих систем при формуванні фонду життєво важливих рухових умінь і навичок.

Принцип адаптивності і доступності має на увазі здатність освітньої системи адаптуватися до особистісних особливостей дитини, індивідуальної логіки її розвитку, з урахуванням зони найближчого розвитку, дитячих інтересів і переваг у змісті і видах фізкультурно-освітньої діяльності.

До спеціальних принципів проєктування інклюзивного фізкультурно-освітнього середовища у закладах освіти виокремлюємо такі: здоров'язбереження, оптимістичного характеру, психологічного захисту, соціальної толерантності.

Принцип здоров'язбереження полягає у формуванні, збереженні та зміцненні здоров'я дітей, використанні здоров'язберігаючих технологій.

Принцип оптимістичного характеру – постійне підвищення мотивації дитини з особливими потребами на основі її особистої зацікавленості і подолання негативних особливостей емоційно-особистісної сфери через включення дітей в успішну діяльність.

Принцип психологічного захисту кожного суб'єкта освітнього процесу, полягає у створенні сприятливого психологічного мікроклімату, усуненні психологічного насильства, реалізації, як наслідок, формування психологічно здорової особистості. На практиці реалізація цього принципу пов'язана із соціальною та психолого-педагогічною підтримкою дітей з вадами психофізичного розвитку.

Принцип соціальної толерантності передбачає опертя на позитивний соціокультурний досвід. Здорові діти, що проходять через

інклюзивну освіту, проявляють набагато більше співчуття, співпереживання і розуміння, вони стають більш терпимими, що особливо актуально для суспільства з украй низьким рівнем толерантності.

Практика засвідчує, що взаємодія дітей, які потребують корекції психофізичного розвитку, зі здоровими однолітками сприяє їхньому когнітивному, фізичному, мовленнєвому, соціальному та емоційному розвитку, з одного боку, а з іншого – допомагає їм позбутися почуття ізольованості, відчуження, сприяє зникненню соціальних бар'єрів і сегрегації. «Особливі» діти отримують наочний приклад для рухового наслідування; формується прагнення до подолання фізичних і психологічних бар'єрів, з'являється бажання покращувати свої фізичні кондиції, усвідомлюється необхідність особистого внеску в життя суспільства, здійснюється більш високий рівень соціальної взаємодії зі здоровими однолітками, формуються соціальні компетенції і навички комунікації. При цьому діти з типовим рівнем розвитку демонструють відповідні моделі поведінки дітям з особливими освітніми потребами і мотивують їх до цілеспрямованого використання нових знань і вмінь.

У здорових дітей з'являється можливість отримати унікальний соціальний досвід спілкування з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я, що сприяє підвищенню їхньої самооцінки, формування умінь і навичок рефлексії; розвитку толерантності, доброзичливості, милосердя і поваги до осіб, які мають відмінності від звичайних дітей.

Методологічні принципи в інклюзивному фізичному середовищі:

Принцип синергії (співпраці) передбачає залучення всіх фахівців ЗЗСО: адміністрації, вчителів, педагогів, психологів, інструкторів з фізичної культури, музичних працівників, логопедів, медичних працівників, а також батьків у комплексну роботу з проєктування інклюзивного фізкультурно-освітнього середовища.

Принцип диференційованого та індивідуального підходу в умовах колективного навчання. Цей принцип бере до уваги як індивідуальні особливості кожної дитини (особливості вищої нервової діяль-

ності, темперамент, рівень розвитку емоційно-вольової сфери, рівень знань і навичок тощо), так і специфічні особливості, властиві дітям з різними категоріями порушення розвитку, тобто потрібно здійснювати корекційно-освітню діяльність, відповідно до природи індивідуального дефекту розвитку. Диференційований підхід враховує варіативні типологічні особливості в рамках однієї категорії порушень. Він дозволяє в межах загального змісту навчання організувати його відповідно до можливостей і особливостей дітей у кожен окремий період навчання; програмний матеріал має різні рівні складності. Загальний принцип активності [5] тих, хто навчається, передбачає зниження частки авторитарної педагогіки, яка базується на певних видах примушування дітей у процесі навчання, та створення педагогічних умов, що сприятимуть розвитку активності, самостійності дитини, яка усвідомлює необхідність взаємодії з педагогом. Описаний вище принцип конкретизується в більш поодинокі принципи емансипації від зайвої допомоги, фасилітації (адекватної, дозованої допомоги) та «автономії» (опори на власні сили). Найвищим педагогічним досягненням потрібно вважати ситуацію, коли дитина із порушеннями психофізичного розвитку хоче самостійно виконувати необхідну кількість разів конкретну корекційну вправу, розуміючи, для чого це їй потрібно, переборюючи при цьому можливий дискомфорт і отримуючи задоволення. Заняття з дітьми мають свої вузько-специфічні особливості, що відрізняють їх від занять з дорослими, саме тому доцільно виділити додаткові специфічні принципи: емоційно-енергетичної насиченості та креативності.

Принцип ігрової та емоційно-енергетичної насиченості. Полягає в тому, що заняття з дітьми повинні бути цікавими, спонукати до активної діяльності, містити ігрові та змагальні моменти. Це перш за все зумовлює сюжетність будь-якої педагогічної взаємодії педагога і дітей, що викликає необхідність введення відповідних образів та їх рольових проявів. Заняття з фізичної культури стає схожим на своєрідну фізкультурну казку, що створює максимально можливу мотивацію рухово-ігрової діяльності дитини. Такий підхід передбачає дозовану

драматизацію педагогічного процесу. Бажано при цьому будувати заняття так, щоб дитина здійснювала покладені на неї ролі, проявляла частковий або повний результат та відчувала радість. У цьому сенсі можна говорити про створення позитивного емоційного фону і досягнення необхідного психофізичного задоволення. **Принцип креативності** передбачає цілеспрямовану роботу педагогів та інструкторів з фізичної культури із застосування нестандартних вправ, спеціальних завдань, творчих ігор, спрямованих на розвиток вигадки, творчої ініціативи, артистизму та уяви. Під час проведення занять треба уникати методичних шаблонів, розвивати творчі здібності дітей, їхню пізнавальну активність і мислення. Принцип креативності полягає також у розвитку креативних якостей дитини, які впливають на її самовизначення і самовдосконалення.

Важливим методологічним принципом інклюзивної фізкультурно-оздоровчої діяльності є **принцип інтеграції**. В умовах ЗЗСО доступні різні варіанти інтеграції (комбінована, тимчасова, часткова, повна) в різноманітних видах діяльності – групові види роботи (заняття, прогулянки) або міжгрупові (екскурсії, свята, театр), при цьому діти мають змогу перебувати серед своїх однолітків, спілкуватися з ними, прагнути встановити контакт. На психофізіологічному рівні принцип інтеграції забезпечується за рахунок введення руху в усі види діяльності учнів (інтеграція рухової і пізнавальної діяльності). Інтеграція розуміється як процес, спрямований на досягнення цілісності та єдності у розвитку дитини дошкільного віку.

В умовах сучасної освіти перед інклюзивним фізичним вихованням висувуються нові завдання, які потребують компетентного використання принципів побудови занять. Застосування наведених принципів у навчальному процесі з фізичного виховання в умовах інклюзивної освіти, учителя зможуть суттєво сприяти успішному навчанню рухів, формуванню фізичних якостей, оздоровленню дітей, їхньому психічному розвитку та соціальній адаптації.

2.2. ОСНОВНІ ЗАСОБИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ООП ПІД ЧАС ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Підготовка фахівців у галузі фізичної культури і спорту до роботи в умовах інклюзивної освіти ускладнена проблемою середовищних «бар'єрів» (вибір навчального матеріалу, відповідного інтересам і можливостям усіх учнів класу; підвищене психологічне напруження педагога; труднощі спілкування учнів з особливими освітніми потребами як зі здоровими однолітками, так і з педагогом й ін.). Крім цього, фахівець з фізичної культури і спорту працює в умовах підвищеного психологічного напруження, оскільки значною мірою ускладнюється виконання вимоги забезпечення безпеки занять фізичними вправами для всіх учасників освітнього процесу, адже педагогу необхідно більше уваги приділяти дітям, які мають відхилення в стані здоров'я. У роботі можна використовувати різноманітні способи організації уроку.

Найголовнішим пріоритетом у роботі з такими дітьми є індивідуальний підхід до кожної дитини.

Готуючись до уроків, для цих дітей необхідно приготувати індивідуальні картки-завдання. Під час підготовки до спортивних змагань для них комбінувати варіанти завдань, які вони відпрацьовуватимуть під час занять з позаурочної діяльності.

Важливо використовувати різноманітні засоби фізичного виховання для запобігання втоми, а саме:

- чергування рухової і практичної діяльності,
- виконання спортивних завдань і вправ невеликими дозами;
- використання цікавого і яскравого дидактичного матеріалу й засобів наочності для активізації учнів;
- фізичні вправи;
- коригуючі вправи;
- корекційні рухливі ігри, елементи спортивних ігор;
- матеріально-технічні засоби адаптивної фізичної культури: спортивні тренажери, спортивний інвентар; нетрадиційне обладнання.

Важливо знати, що **фізичні вправи** є могутнім засобом впливу на організм, розширюють діапазон можливостей насамперед рухової сфери, порушеної стійким дефектом. Можна навести безліч прикладів з практики, коли за допомогою фізичних вправ і спеціального тренування виправляються порушення мови, діти з проблемами інтелекту освоюють складні гімнастичні програми, незрячі починають впевнено орієнтуватися в просторі, діти з тяжкими наслідками дитячого церебрального паралічу після занять плаванням вперше починають ходити і говорити, прикуті до інвалідного візка опановують високою спортивною майстерністю в різних видах спорту. Але важливо знати, що фізичними вправами називають лише ті рухові дії, які спрямовані на вирішення завдань фізичного виховання й підпорядковані його закономірностям. Наприклад, звичайна ходьба набуває значення **засобу фізичного виховання лише тоді, коли** позитивно діє на функції організму (триває 25-30 хв., ЧСС – 140-160 уд/хв.). Оптимально організовані військові і побутові рухливі дії, фізична праця за сприятливих умов зовнішнього середовища (в лісі, парку, саду, на березі річки) з відповідним дозуванням можуть давати ефект, який очікують від фізичного виховання. У практиці фізичного виховання можна спостерігати, коли одні і ті ж вправи дають різні ефекти, а різні фізичні вправи можуть призвести до однакових результатів. Аналіз цих явищ показує, що ефективність фізичного виховання залежить не лише від фізичних вправ, які використовуються, а від тих чинників, які супроводжують їхнє виконання. Ці чинники можна об'єднати у чотири групи.

До першої групи належать індивідуальні особливості учнів, їхні моральні, вольові й інтелектуальні якості; тип нервової діяльності; рівень знань, умінь і навичок; фізичний розвиток і підготовленість; стан здоров'я; інтерес до занять, активність; любов до праці тощо.

Другу групу становлять особливості самих вправ, їхній характер, складність і важкість; новизна й емоційність. Залежно від характеру вправи можуть впливати на різні якості, м'язові групи, вирішувати різні завдання (підготовчі, підвідні).

Третя група чинників охоплює зовнішні умови виконання вправ (місце проведення, кліматичні, метеорологічні й санітарно-гігієнічні умови, стан матеріально-технічної бази, рельєф місцевості).

Четверту групу чинників, які визначають вплив фізичних вправ, становлять дії вчителя щодо раціональної побудови процесу фізичного виховання. Забезпечуючи високу результативність фізичного виховання, вчитель, з одного боку, повинен враховувати ці чинники, з іншого, – використовувати їх для вирішення конкретних педагогічних завдань.

Також, слід визначити, що ефективним засобом у інклюзивному фізичному вихованні є різні фізичні вправи з предметами та без предметів.

Вправи дихальної гімнастики необхідно розглядати як головні в комплексі вправ, що використовуються кінезотерапією для реабілітації дітей з церебральним паралічем, оскільки вони передбачають не високі м'язові напруження, а залучення в роботу якомога більшої кількості м'язів у якнайбільшій кількості суглобних з'єднань для досягнення гармонії між організмом і довкіллям. Використання таких вправ сприяє також очищенню дихальних шляхів від патологічної мікрофлори, повноцінному дренажу бронхів, збільшенню сили і витривалості відповідних м'язів, нормалізації кровообігу, знижує ризик переходу гострих респіраторних захворювань у хронічні. Використання вправ дихальної гімнастики за методикою К. Ніші (2001), Б.С. Толкачова (1992) в комплексі із спортивно-ігровими вправами сприяє покращенню фізичних, інтелектуальних можливостей і показників психічного стану дітей.

Гімнастичні вправи з предметами (фітболами). Фітболи – м'ячі різного розміру (діаметр 45-75 см) та конструкції (фітбол – окремих м'яч, фізіорол – з'єднані разом два м'ячі, м'ячі-стілець, хопи – м'ячі з ручками, прозорі м'ячі із дзвіночками всередині, масажні м'ячі), виготовлені зі спеціального надміцного матеріалу ледропластику, здатні витримувати вагу 300 кг і більше. Вперше (середина 50-х років мину-

лого століття) з лікувальною метою фітболу використав швейцарський фізіотерапевт С. Кляйн Фогельбах для реабілітації саме дітей із церебральним паралічем.

Головні відмінності фітбол-гімнастики від інших комплексів гімнастичних вправ полягають в ускладненні умов їх виконання, а сприяє цьому нерівна і нестійка поверхня м'яча (порівняно із жорсткою, рівною і стійкою поверхнею підлоги при традиційному виконанні гімнастичних вправ). Виконання вправ на фітболах завдяки випуклості їхньої поверхні дозволяє корегувати різні деформації хребта, забезпечує дуже гарну релаксацію м'язів, створює передумови для успішного вирішення психологічних, виховних й інших педагогічних завдань.

Гімнастичні вправи на тренажерах. Використання апаратів механотерапії і людиноподібних механізмів для виконання фізичних вправ ґрунтується на вченні про моторно-вісцеральні рефлексії (А.А. Дмитриев, 1990), згідно з яким вплив вправ, що виконуються в таких пристроях, обумовлюється взаємодією локомоторної і вісцеральної систем організму при провідній ролі першої. Взаємодія виникає внаслідок спільної сегментарної іннервації органу, на розвиток якого спрямована фізична вправа, та інших органів, що реагують на цю дію. Тренажери, які сьогодні використовуються в кінезотерапії дітей з церебральним паралічем, можна класифікувати за ефективністю їхнього впливу на сенсорно-рухові порушення чи за ознакою енергосилової взаємодії технічного засобу та людини. В останньому випадку виокремлюють такі групи тренажерних пристроїв:

- пристосовують певні властивості середовища до можливостей дитини;
- програмують біомеханічні характеристики дитини;
- обмежують нераціональну траєкторію або положення окремих ланок тіла; створюють узагальнений фізичний вплив у вигляді тяги, прикладеної до тіла дитини (переважно у ділянці загального центру маси тіла);
- керують рухами в певних суглобах; використовують електро-стимуляцію для напруження певних груп м'язів.

Рухливі ігри володіють високим оздоровчим і виховним потенціалом. Правила рухливих ігор диктують швидкі різноманітні фізичні дії учасників. Ситуація гри постійно змінюється, висуваючи перед гравцем уміння швидко їх вирішувати. Заняття рухливими іграми дають змогу нормалізувати рухливість нервових процесів, розвивають увагу, пам'ять, ініціативу, вольові якості, сприйняття просторової і часової орієнтації, зміцнюють серцево-судинну і дихальну системи, активізують обмін речовин. Розвивають руховий апарат.

Ігри допомагають формувати емоційно-вольову сферу і моральні якості. Використання ігор із оздоровчою метою ставить перед викладачем такі завдання:

- необхідність регулювання фізичного навантаження залежно від функціональних можливостей учасників;
- здійснення контролю адекватності емоційних переживань;
- удосконалення рухових навичок і якостей.

Сьогодні в інклюзивному фізичному вихованні популярні такі спортивні ігри та єдиноборства:

При вадах слуху: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і греко-римська, боулінг, волейбол, гольф, дзюдо, бочче, теніс, футбол, хокей, хокей з м'ячем, шашки, шахи.

При вадах зору: боротьба вільна і класична, дзюдо, роллінгбол, торбол, шашки і шахова компостація;

При ушкодженнях опорно-рухового апарату: бадмінтон, баскетбол (на візках), волейбол (сидячий), теніс футбол шашки, шахи;

При відхиленні у розумовому розвитку: бадмінтон, бакетбол, боулінг, волейбол, гандбол, гольф, футбол, софтбол, теніс, хокей на підлозі, бочче, настільний теніс.

Загартування – цілеспрямована дія на організм природними загартувуючими засобами з метою підвищення рівня здоров'я шляхом формування механізмів адаптації до несприятливих дій температури повітря, води, атмосферного тиску, сонячної радіації. Виховання морально-вольових якостей: свідомості, відповідальності, стійкості, витривалості.

Водне середовище, окрім загартовуючої дії на організм, виявляє інші специфічні дії: зменшує силу гравітації, нормалізує функції центральної нервової системи, активізує обмін речовин. У процесі фізичних навантажень запобігає зневодненню і втраті з потом мінеральних речовин, знижує відчуття болю, попереджує травматизм, сприяє розвитку здатності управляти рухами в складних умовах, розвиває координацію.

Під час фізичних вправ у воді полегшуються статичні положення. Досягаються повільні плавні рухи. Швидкими рухами завдяки підвищеному опору водного середовища використовуються статичні положення, розвивається сила. У воді застосовуються ігрові вправи, ігри з елементами змагання, сюжетні ігри, естафети, ігри з м'ячем, фізичні вправи. Вправи на мілководді передбачають глибину 30-50 см.

Основні вправи: ходьба, біг, стрибки, пересування по дну за допомогою рук у упорі лежачи. Вправи при опорному положенні поясу до плечей (опора – дно басейну). При цьому рівень води знаходиться на рівні від поясу до плечей. Сюди належить ходьба, біг, стрибки, загальнорозвиваючі вправи елементи танцю, швидкісні пересування усією площею басейну бігом, стрибками, вправи на гнучкість.

Вправи на безопірному положенні включають лежання на воді, ковзання, дистанційне плавання.

Вправи з предметами: пінопластами, дошками, кругами, м'ячами, надувними іграшками, підтримувальними поясами та іншими спеціальними пристосуваннями.

Цікавими й захопливими є заняття на неглибокій воді базовою аеробікою, степ-аеробікою, танцювальною аеробікою, аеробікою з використанням різних обтяжень, еластичного бинта, предметів, завдяки котрим розвиваються координація, витривалість, сила, гнучкість уміння розслабитися. Проте потрібно пам'ятати, що під час виконання вправ у воді витрачання енергії у 2 рази більше, ніж при виконанні аналогічних вправ на суші внаслідок ефекту опору більш щільного середовища й більшої теплопровідності, й враховувати цей фактор у харчуванні. (Застосування засобів фізичного виховання різного харак-

теру й змісту у профілактичною, коригуючою і тренувальною метою повинне бути реалізоване на основі глибокого знання анатомно-фізіологічних особливостей відповідної патології, індивідуального підбору оптимальних фізичних навантажень з урахуванням функціонального стану систем організму).

Використання іпотерапії здійснює позитивний вплив на м'язову активність, психологічний ефект, координацію та баланс, взаємодію й комунікацію дітей, сприяє загальному фізичному, психологічному та соціальному їх розвитку з різними захворюваннями, поліпшенню їхньої якості життя та можливостей для самореалізації. Контакт з теплим тілом коня, рухів і ритмічних коливань під час їзди верхи може сприяти стимуляції сенсорної системи дитини з ООП. Це може допомогти поліпшити відчуття просторової орієнтації, балансу, координації рухів та сприйняття тіла. Під час їзди верхи рухи коня передаються на тіло дитини через сідло. Цей рух стимулює різні групи м'язів і сприяє покращенню м'язової сили, тонусу й розслабленню м'язів. Для дітей з аутизмом, ДЦП, які можуть мати проблеми з моторикою, це може бути особливо корисним. Взаємодія з конем та участь у їзді верхи може мати позитивний психологічний ефект на дітей. Вони можуть встановлювати емоційні зв'язки з конем, відчувати радість та впевненість, відчувати успіх під час досягнення конкретних завдань під час їзди. Це може поліпшити їхнє самопочуття, соціальну взаємодію та самооцінку. Під час їзди верхи дитині потрібно урівноважуватися на спині коня та контролювати свої рухи. Це вимагає від неї зосередженості, координації рухів і покращує баланс. Робота з конем та інструктором вимагає спілкування та взаємодії з ними. Дитина навчається спілкуватися з конем, встановлювати з ним зв'язок, давати команди й отримувати відповідь. Це може сприяти розвитку соціальних навичок, взаємодії та сприйняття інших людей. Заняття з іпотерапії є корисними для поліпшення психофізичних навичок, зменшення стереотипів й розладів настрою, підвищення саморегуляції, соціаліза-

ції, зміцнення соціальної мотивації, зниження сенсорної чутливості, подолання та корекції неупорядкованості, покращення концентрації, збільшення рухової активності, покращення комунікативних навичок у дітей з різними захворюваннями.

2.3. ОСНОВНІ МЕТОДИ НАВЧАННЯ ДІТЕЙ З ООП ПІД ЧАС ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

У теорії інклюзивного фізичного виховання вживаються такі поняття:

«Метод» – це процес взаємодії педагога і учня, де полем діяльності є удосконалення фізичних, інтелектуальних, психічних, особистих здібностей учня, його тіло будови, емоції, воля, поведінки, і при цьому він сам виступає як об'єкт і суб'єкт педагогічної взаємодії;

«метод» – це спосіб досягнення мети. Він завжди має предметний зміст і застосовується в процесі цілеспрямованої педагогічної діяльності як шлях досягнення наміченого результату;

«методика» – становить сукупність методів і прийомів, направлених на вирішення корекційних, оздоровчих, освітніх та інших завдань адаптивного фізичного виховання;

«методичний напрям» – характеризує основну направленість педагогічного процесу. Домінуючим в ІФВ і усіх його видах є корекційно-розвивальна та оздоровча спрямованість, що обумовлено пріоритетною роллю вирішення основних педагогічних завдань та особливостей контингенту тих, хто займається;

«методичний підхід» – відображає вибір конкретної концепції у вирішенні завдань ІФВ. В основі цього вибору лежить науковий пошук, виправдані логічні структури, практичний досвід. Методичний підхід становить сукупність альтернативних варіантів оптимізації засобів і методів.

Найбільш поширеними в інклюзивного фізичному вихованні є такі групи методів:

- методи формування знань;
- методи навчання руховим діям;
- методи розвитку фізичних якостей і здібностей;
- методи виховання особистості;
- методи взаємодії педагога і учня.

Зазначені методи мають широкий спектр завдань і спрямовані на:

- засвоєння уявлень, понять, правил, принципів; умов успішного оволодіння різними руховими вміннями, повноцінною технікою рухів, розвиток фізичних і психічних якостей і здібностей, а також досвіду їх практичного застосування;

- створення стимулів, мотивів, цінностей, норм, установок усвідомленого використання фізичних вправ. Кожна із цих груп методів має в себе різноманітні методичні прийоми, які відображають специфіку роботи.

Саме вибір методичних прийомів реалізує індивідуальний підхід з урахуванням усіх особливостей тих, хто займається: структури та важкості основного дефекту, наявність чи відсутність основних і другорядних порушень, віку, фізичного і психічного розвитку, збереженості чи ураження сенсорних систем, органів опори і руху, інтелекту, здібностей до навчання, медичних показів і протипоказів тощо.

Розумне використання комплексу методів і методичних прийомів є інструментом педагогічного впливу й частиною педагогічної технології. В їх основі лежать закономірності навчання, ціле направленість комплексного вирішення навчально-виховних завдань, загально-методичні та спеціально-методичні принципи.

Спираючись на емоційну і пізнавальну сферу дітей з відхиленнями у розвитку, можна застосовувати такі ефективні прийоми:

- ігрові ситуації;
- ігрові тренінги, що сприяють розвитку вміння спілкуватися з іншими;
- психогімнастика і релаксація, що дозволяють зняти м'язові спазми й затиски.

Працюючи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я, необхідно враховувати, що природне ігрове середовище, в якому відсутній примус, дає можливість кожній дитині знайти своє місце, проявити ініціативу і самостійність, створити сприятливі умови для реалізації природних здібностей, швидше адаптуватися до нових умов, впевненіше почувати себе в самостійному житті. В цьому випадку, мотиваційний потенціал гри спрямований на більш ефективне засвоєння освітньої програми школярами з обмеженими можливостями. Звичайно, все це повинно здійснюватися на доступному дітям рівні і за допомогою вчителя. Атмосфера заохочення під час занять фізичною культурою і спортом складається з таких правил:

- не позбавляти дитину можливості піклуватися про себе саму;
- заохочувати будь-які прояви її ініціативи,
- відзначати її успіхи у фізичному розвитку;
- у міру досягнення успіхів різко не скорочувати увагу до неї;
- необхідний сумлінний контроль за якістю умінь і навичок.

Важливо дотримуватись педагогічного такту:

- постійне заохочення за найменші успіхи;
- надання своєчасної допомоги кожній дитині з відхиленням в розвитку, формування впевненості у власних силах і можливостях.

Правильно організована інклюзивна освіта допоможе запобігти дискримінації щодо таких дітей, підтримати дітей з особливими потребами в їх праві на гідне життя, вільний розвиток, допоможе їм бути рівноправними членами суспільства.

Інклюзивне спільне навчання не лише допомагає людям з обмеженими можливостями здоров'я адаптуватися до життя, а й дозволяє здоровим людям розвинути толерантність і відповідальність.

2.3.1. Методи формування знань (метод слова і метод наочності) та особливості їхнього застосування з дітьми з ООП

Метод слова (інформація словесного впливу). До цієї групи належать:

- метод вербальної передачі інформації, який здійснюється у формі пояснень, описів, суджень, уточнень, аналізу, обговорення, прохання, поради, діалогу тощо;

- метод невербальної передачі інформації, який здійснюється у вигляді міміки, пластики, артикуляції, жестів, тактильної мови для осіб, що мають відхилення у слухові;

- метод сполученої мови – одночасне співзвучне проголошення двома або декількома людьми слів і словосполучень.

Методи наочності (інформація перцептивного впливу). Побудований на основі чуттєвого сприйняття інформації, яка надходить від зорових, слухових, тактильних, кінестетичних, вестибулярних, температурних та інших аналізаторів, які створюють сенсорно-перцептивний образ руху. Відчуття, сприйняття слугують орієнтиром для формування рухових умінь, побудови індивідуальної техніки рухових дій з мінімальною кількістю помилок.

У дітей з особливостями освітніх потреб з порушеннями окремих каналів чуттєвого сприйняття, які мають дефектну основу, методи наочності, демонстрації, показу, носять специфічний характер, розрахований на використання збережених функцій.

Методи наочності у сліпих здійснюються через тактильний аналізатор, при якому використовуються збережений зір, слух, нюх. Але найбільш важливу роль відіграє мова, яка виконує настановну, направлену і регулюючу функцію. Для формування уявлень про рух використовуються:

- об'ємні і пласкі макети тіла з рухомими суглобами;

- рельєфне зображення положень, постави, положень окремих частин тіла в просторі;

- дрібний і великий інвентар різної фактури: м'ячі – гладенькі, м'ячки-їжаки, пластмасові, металічні, резинові, різні за об'ємом, вагою, кольору, запаху тощо;

- звукові сигнали, які замінюють зорове сприйняття: апаратура звукозапису, метроном, звукові сигналізатори, дзвіночки, що задають темп, ритм, швидкість, напрям орієнтування в просторі;

- тренажери для корекції точності рухів, запам'ятовування та відтворення деталей техніки, що дозволяє регулювати м'язове сприйняття, силу і швидкість скорочення м'язів, положення тіла в просторі;
- оптичні засоби (корекційні окуляри, контактні лінзи тощо) для слабозорих людей дозволяють отримувати додаткову інформацію про дію, яку необхідно виконати.

Методи наочності у глухих і слабочуючих людей засновані на комплексному включенні усіх збережених видів відчуттів при провідній ролі словесної мови. Найбільш типовими методами і методичними прийомами є:

- плакати із зображенням тіла людини з назвами його частин, суглобів тощо – для формування знань, наочно-образних уявлень про будову тіла людини;
- картки з малюнками і схемами рухів, із завданнями, покажчиком, орієнтирами – для формування наочно-образних уявлень про фізичну вправу, яку вивчають;
- показ рухів у різних експозиціях із словесним супроводом педагога й одночасним виконанням вправ з наслідування зв'язного мовлення;
- показ рухів з одночасною словесною інструкцією (описом, поясненням) й уточнювальною мімікою, жестами тощо;
- звукові сигнали музичних інструментів для диференціації та використання остаточного слухового сприйняття при виконанні ритмічних рухів.

Вибір методів і прийомів навчання й формування знань обумовлений збереженістю сенсорних систем, мови, інтелекту, але компенсація слухового дефекту здійснюватиметься за рахунок зорового сприйняття, кінестетичної та вібраційної чутливості.

Основне завдання навчання і виховання осіб з відхиленням у розумовому розвитку – максимальне подолання недоліків пізнавальної, емоційно-вольової і рухової сфер, порушених дефектів кори головного мозку. Навчання проходить швидко, якщо інформація надходить одночасно з рецепторів зорового, слухового й рухового аналізаторів.

Тому методи і прийоми повинні активізувати усі функції, які задіяні у руховій діяльності:

- одночасне поєднання показу фізичних вправ, словесного пояснення і виконання;
- малювання фігур людини для розуміння структури тіла, функцій суглобів і основних м'язових груп;
- письмовий опис однієї вправи з наступним її розбором;
- виконання вправ лише за словесною інструкцією або лише за показом.

Високі вимоги висуваються до безпосереднього показу вправи, він повинен бути чітким, грамотним і методично правильно організованим:

- вправи, які виконуються на фронтальній площині, необхідно показувати, стоячи обличчям до учнів;
- вправи, які виконуються в сагітальній площині, необхідно демонструвати стоячи боком до учнів;
- вправи, які виконуються і у фронтальній, і в сагітальній площині, необхідно показувати двічі, стоячи обличчям, боком або напівбоком до учнів;
- дзеркальний показ необхідний у тих випадках, коли вправа складається з асиметричних рухів;
- вправи, які виконуються сидячи або лежачи, краще показувати на височині, максимально концентруючи увагу учнів на собі.

Під час занять фізичними вправами дітей з ураженням опорно-рухового апарату методи наочності реалізуються через комплексне сприйняття усіх органів чуттів з домінуючою спрямованістю на кінестетичні і пропріоцептивні відчуття. З цією метою в практиці розроблені й використовуються різні *технічні системи з біологічним зворотним зв'язком*:

- комп'ютерні ігрові тренажери для дітей з ДЦП, основою яких є використання зорових зворотніх зв'язків для стимуляції вимушених рухів, які в звичайних умовах не виконуються;

- метод тандотерапії – для засвоєння рухових дій шляхом тренувань з примусовим виконанням рухів;
- відеофільми-інструкції – для формування образу «здорових» рухів, орієнтовної основи рухів, підвищення інтересу до занять.

Вибір методів наочності для дітей із ООП визначається характером травми і хвороби, станом збережених функцій, етапом реабілітаційно-відновних періодів, конкретними завданнями й усвідомленістю їхнього вирішення на кожному занятті. Чим багатший чуттєвий образ, тим швидше і легше формуються рухові уміння, тим результативніші прояви фізичних, вольових, інтелектуальних здібностей.

2.3.2. Методи навчання руховим діям

Методами, спрямованими на формування рухових дій, традиційно вважаються метод розчленованого (вивчення вправи по частинах) і метод цілісного навчання, метод ідеомоторної мови – самостійне уявне проговорювання «про себе» окремих слів, термінів, які спонукають до правильної їх вимови і саморегулювання рухової діяльності. Методом ідеомоторної вправи називають групу вправ, що проводяться подумки. Це не означає, що людина просто лежить і просто мріє – як вона ходить та виконує повсякденну роботу. Ідеооморна вправа має свою специфіку. Людина повинна якомога досконаліше уявляти собі вироблений рух, повинна згадувати й уявляти відчуття, які вона відчувала при його виконанні.

Розчленування (дроблення вправ по частинах) і послідовне освоєння частин цілісної вправи є характерною рисою навчання у різних видах адаптивної фізичної культури, що обумовлено такими обставинами:

- фізичні вправи мають досить складну координативну структуру і вимагають від того, хто займається, орієнтування у просторі, узгодженості рухів, рівноваги, точного відтворення силових, тимчасових, просторових характеристик руху, але саме ці здібності найменш розвинені у людей із сенсорними, інтелектуальними, руховими порушеннями;

- перевага роздільного виконання окремих частин або фаз руху полягає в тому, що створюються умови для корекції індивідуальних деталей техніки з урахуванням реальних можливостей учня, уточнення положень окремих ланок тіла, виправлення рухових помилок.

Метод цілісного навчання полягає в тому, що спочатку фізична вправа вивчається в повному обсязі її структури. Він використовується під час навчання простим вправам або вправам, які не діляться на частини, або при закріпленні вивчених по частинах та об'єднаних в цілу вправу. Допоміжними методами вдосконалення рухової дії для людей з інвалідністю є тренажерні пристрої, що дозволяють не лише навчати рухам, а й контролювати дії, що дає змогу розширити процес освоєння цілісних важко координаційних рухових дій.

Навчання руховим умінням є лише необхідною базовою основою для підвищення рухової активності людей з інвалідністю. Головне завдання полягає в тому, щоб результати цієї діяльності знайшли застосування в житті, побуті, спорті, стали потребою людини. Для цього процес навчання має бути емоційно насиченим, різноманітним.

У практичній діяльності це може бути досягнуто такими *методами та методичними прийомами*:

- поєднанням різних фізичних вправ: стандартних, спрощених і ускладнених, вправ-образів з орієнтовною основою дій, дрібного виконання вправ, імітаційних, що підводять, на тренажерах та ін;

- варіативністю техніки фізичних вправ: вихідного положення, темпу, ритму, зусиль, швидкості, напрямки, амплітуди тощо;

- різноманітністю вербальних і невербальних методів та методичних прийомів, словесних і наочних засобів впливу, музики, навіювання, медитації, психотренінгів, які активізують всі органи почуттів, концентрують психічні процеси й емоції на навчання й удосконаленні рухових умінь займаються;

- варіативністю зовнішніх факторів середовища при виконанні вправ: у будь-який час року, при різних погодних і метеорологічних умовах, у приміщенні, на відкритому повітрі, у лісі, на воді тощо, але

відповідно до гігієнічних вимог та із забезпеченням безпеки (страховою, допомогою, супроводом, використанням надійного обладнання, технічних засобів, інвентарю та екіпірування).

2.3.3. Методи розвитку фізичних якостей і здібностей

З метою спрямованого розвитку фізичних якостей в осіб з обмеженими можливостями використовуються ті ж методи, що й для здорових людей:

- **для розвитку м'язової сили** – методи максимальних зусиль, повторних зусиль, динамічних зусиль, ізометричних зусиль, ізокінетичних зусиль, «ударний» метод і метод електростимуляції;

- **для розвитку швидкісних якостей (швидкості)** – повторний, змагання, ігровий, варіативний (контрастний), сенсорний методи;

- **для розвитку витривалості** – рівномірний, змінний, повторний, інтервальний, змагання, ігровий методи.

Методика розвитку витривалості, силових і швидкісних якостей осіб з обмеженими можливостями спирається на діагностику їхнього здоров'я й функціонального стану, оптимальні й доступні режими тренувального навантаження (тривалість та інтенсивність вправ, тривалість і характер відпочинку, обсяг фізичних вправ в одному занятті, доцільність їхнього чергування, чинники стомлення і відновлення працездатності), облік медичних протипоказань та контроль за динамікою функціонального, фізичного, психічного стану.

- **для розвитку гнучкості** застосовують такі методичні прийоми: динамічні активні і пасивні вправи, статичні вправи та комбіновані вправи.

Усі вони спрямовані на забезпечення необхідної амплітуди рухів, а також відновлення втраченої рухливості у суглобах унаслідок захворювань, травм тощо.

Вправи на розтягнення спрямовані переважно на сполучні тканини – сухожилля, фасції, зв'язки, оскільки саме вони перешкоджають розвитку гнучкості, не маючи властивості розслаблення;

- **для розвитку координаційних здібностей** використовується широке коло методичних прийомів, спрямованих на корекцію та вдосконалення узгодженості рухів окремих ланок тіла, диференціації зусиль, простору і часу, розслаблення, рівноваги, дрібної моторики, ритмічності рухів тощо.

Прості і складні вправи вимагають координації: в одному випадку треба точно відтворити який-небудь рух або положення, в іншому – зором відміряти відстань і потрапити в потрібну мету, в третьому – розрахувати зусилля, у четвертому – точно відтворити заданий ритм руху.

Прояв координації багатогранний і завжди виражається в якості виконання вправи, тобто наскільки точно вона відповідає поставленому завданню. Але техніка фізичних вправ має не одну, а декілька характеристик: часову (час реакції, час руху, темп), просторову (початкове положення, поза, переміщення тіла і його ланок в просторі, що відрізняються напрямом, амплітудою, траєкторією), просторово-часову (швидкість, прискорення), динамічну (зусилля), ритмічну (розміри зусиль у часі і просторі).

Керувати усіма характеристиками одночасно людина з руховими, інтелектуальними порушеннями не здатна, оскільки результатом дефекту стала або неузгодженість між різними функціями, відсутність або недолік сенсорної інформації, або дискоординація між тими, що регулюють і виконуються системами організму. Чим важче порушення, тим грубіші помилки в координації. Координаційні здібності людини становлять сукупність рухових координацій, що забезпечують продуктивну рухову діяльність, тобто уміння доцільно будувати рух, керувати ним, а у разі необхідності швидко його перебудувати.

2.3.4. Методи виховання особистості

Система методів виховання особистості складається із стратегічних методів (чинників) виховання і методів педагогічних дій.

До *стратегічних* відносяться:

- метод виховного середовища;

- метод виховної діяльності;
- метод усвідомлення людиною себе в реальному житті.

Ці методи мають властивість невідворотно впливати на особистість людини одночасно в кожному акті її життя. Незважаючи на різнорівневий характер методів, кожен з них реалізується тільки при реалізації двох інших. Усі стратегічні методи виступають як сукупність базових чинників виховання.

Виховне середовище означає організацію життєдіяльності у взаємодії з навколишнім світом, де кожна людина – об’єкт середовища і об’єкт дії середовища. Дитина, що виховується в дитячому будинку, має вузьке одноманітне місце існування і спілкування, мізерні уявлення про навколишній світ, бідний поведінковий досвід. Природно, ці чинники обмежують виховання особистості. Змістом середовища як чинника соціального розвитку особистості є культурне, ціннісне, людське, просторове, предметне, поведінкове, екологічне, інформаційне оточення. Педагог, який професійно використовує об’єктивний вплив соціальних чинників, надає йому цільову спрямованість, переводячи соціальну ситуацію в педагогічну – тим самим створюючи виховне середовище. Для дітей із порушеннями в розвитку неоціненну роль в його організації відіграє сім’я, оскільки в сім’ї починається залучення дітей до культури, праці, цінностей і норм суспільства. Здорова дитина, що народилася у чудовому середовищі, але обділена активною взаємодією з ним, не отримує необхідного розвитку, бо не опановує, не засвоює і не привласнює досягнень культури, хоча й росте поряд із цими досягненнями. Середовище може позитивно й негативно впливати на виховання особистості. В адаптивному фізичному вихованні середовище розглядається не просто як сфера суспільства, а як «наскрізна система» і необхідний механізм комплексного впливу на виховання людини.

Виховна діяльність означає залучення вихованців до усієї різноманітності видів діяльності, затверджуючи діяльністю активне становлення людини до реальності. Діяльність – матеріальна субстанція розвитку особистості. Будь-який вид виховання – моральне, есте-

тичне, трудове, фізичне – це завжди новоутворення в особовій структурі, які народилися в процесі діяльності, цілеспрямованої активності особистості. Діяльність людини, впливаючи на навколишній світ і перетворюючи його, слугує засобом задоволення різноманітних потреб і одночасно є чинником власного духовного, фізичного та психічного розвитку. Будь-яка цілісна конкретна діяльність ініціюється потребою, мотивом, інтересом, ціннісними орієнтаціями, що роблять її усвідомленою і стійкою на перспективу.

У фізкультурно-оздоровчій і спортивній діяльності духовний світ людини відбивається у задоволенні не лише кінцевим результатом, але і самим здійсненням дій, переживанням, «м'язовим почуттям», насолодою процесом діяльності, глибшим розумінням себе, перетворенням душі протягом століття.

Крім того, у процесі цілеспрямованої рухової діяльності формується культура мислення, уяви, почуттів, художньої творчості тощо. Фізкультурна діяльність виступає як сфера реалізації загальної культури людини.

Усвідомлення людиною себе в реальному житті означає її взаємодію з навколишнім світом, місцем у житті, що розгортається, системі спілкування й соціальних стосунків, виборі ціннісних орієнтацій. Формування власного «Я» у світі і світу в собі – складна комплексна проблема, рівноцінна соціалізації особи.

Суть цього процесу полягає в тому, що людина не просто живе, а сама є носієм і творцем культури. У порівнянні із здоровими, у осіб із сенсорними, руховими, інтелектуальними порушеннями цей процес має природне ускладнення, обумовлене меншою мобільністю, обмеженими можливостями комунікації. Тому соціальне середовище, різноманітна діяльність як основні чинники виховання посідають особливе місце в житті, самооцінці себе, становленні особистості цієї категорії населення.

Професійна увага педагога на діях, поведінці, емоційних реакціях, словах й інтонаційному забарвленні, ставленні учня до соціально-культурних цінностей (людини, природи, здоров'я, суспільства,

праці, пізнання, ціннісних основ життя, гідного людини, добра, істини, краси) допомагає виробити внутрішні установки. Це дозволяє перетворити кожен момент своєї діяльності у проживання ціннісних стосунків: участь у суперечці – пошук істини; турбота про свою зовнішність, фігуру, ходу – пошук краси; участь у змаганнях – прояв індивідуальності, самоствердження; прибирання стадіону, підмітання доріжки – наведення ладу на планеті. Тільки власна активність, самовиховання здатні перетворити життя і долю, вселити надію та впевненість у своїх силах.

2.3.5. Метод педагогічного впливу

Початковим для виховання є становлення людини до навколишньої дійсності і його реальні прояви. Оскільки становлення має три форми свого існування – розум, емоції і дію, то природним і логічним є використання трьох виховних каналів педагогічного впливу. Раціональна сторона становлення реалізується через слово, практична – через дію, емоційна – через оцінну дію.

Метод переконання охоплює методичні прийоми: судження, повідомлення, думку, діалог, дискусію, пораду, рекомендацію, обмін враженнями, розкриття внутрішнього сенсу тощо.

Метод вправи реалізується такими методичними прийомами: особистий приклад педагога, прохання що-небудь зробити або переробити, показ-інструкція, спеціальний тренінг (наприклад, навички етикету), наказ до дії в особливих випадках (припинити бійку, повернути чужу річ) та ін.

Метод педагогічної оцінки має два різновиди: відкрита педагогічна оцінка і прихована педагогічна оцінка. Остання найбільш ефективна, оскільки розвиває самостійність.

Види відкритої оцінки, що виражає заохочення:

- схвалення – гранично лаконічна форма вербального, мімічного, пластичного характеру (посмішка, кивок або слово «молодець», «добре»);

- похвала – розгорнута форма схвалення;
- вдячність – визнання значущості зробленого.

Для дітей з порушеннями в розвитку позитивне підкріплення – ключова операція висловлення любові до дитини. Воно допомагає заохочувати її до навчання (використовуючи комплімент чи сюрприз, подарунок, сувенір, радість, ласощі чи іграшку) ми можемо піднімати духовні сили дитини. Окрім цього, необхідно знімати страх дитини перед неуспіхом («нічого страшного»), авансувати дитину («обов'язково вийде»), посилювати мотив діяльності («це так важливо для тебе»), відзначати виняткові риси особи, що дозволяють сподіватися на успіх.

Покарання організовується аналогічно, але змінюється оцінний вектор. Використовуються такі прийоми: несхвалення, зауваження, позбавлення задоволення тощо.

У сучасній практиці виховання збільшується частка педагогічної оцінки:

- «Я-повідомлення», оголошення вголос власних переживань («Мені завжди соромно, коли я чую грубі слова»);
- «Ти-повідомлення» («Ти, напевно, дуже засмутився і втратив контроль над собою, а тепер тобі, звичайно ж, соромно»);
- природний наслідок як логічна неминучість обставин, у які поставила себе дитина («Впустив? – Підніми!», «Зламав? – Неси молоток і цвяхи!»);
- покладання оцінних повноважень на дитину («Як ти сам розцінюєш свої дії?»);
- відтягнута в часі оцінка («Я приголомшений, поговоримо про це завтра»).

Реалізація цих методів виховання здійснює щонайтонший психологічний доторк до особи і тому потребує особливого педагогічного мистецтва.

Методи організації взаємодії педагога й учня. Йдеться про ефективні способи організації взаємодії педагога і специфічних завдань адаптивного фізичного виховання та учня (дітей і дорослих)

при їх вирішенні. Для дітей з особливими освітніми потребами найбільш адекватні індивідуальні, індивідуально-групові і мало-групові заняття.

Індивідуальні заняття. Для численної групи осіб із складними руховими розладами-травмами і захворюваннями спинного мозку, природженим недорозвиненням кінцівок, з наслідками ДЦП, осіб з важкою розумовою відсталістю, дітей з інвалідністю з різних нозологічних груп перших років життя, дітей надомного навчання – індивідуальний метод часто є єдино прийнятним, оскільки вимагає концентрації уваги педагога тільки на одній людині.

Взаємодія з однією людиною дає змогу індивідуалізувати зміст, методи, методичні прийоми, темпи освоєння навчальної діяльності відповідно до реальних можливостей дитини з освітніми потребами, відстежувати динаміку результатів під час вирішення конкретних лікувально-відновних, корекційно-розвиваючих та інших завдань, оперативно контролювати фізичний і психічний стан дитини.

Недоліком індивідуальних занять є обмеженість співпраці з тими, хто займається, що негативно позначається на процесі соціалізації, формуванні уміння працювати в колективі.

Індивідуально-групові заняття. Чисельність групи для спільних занять становить від 2-3 до 6-8 осіб. Вони включають або осіб різного віку (наприклад, групи реабілітації дорослих осіб з інвалідністю по зору від 20 до 50 років і старші), або осіб однієї нозологічної групи (наприклад, з ураженням опорно-рухового апарату з різним рівнем ампутації верхніх або нижніх кінцівок), або осіб різних нозологічних груп (наприклад, дітей із затримкою психічного розвитку, легкою розумовою відсталістю і порушенням слуху та ін.). Особливість індивідуально-групових занять полягає в тому, що частина його проводиться спільно, при цьому підбираються вправи, доступні усім.

Інша частина полягає в персональних завданнях кожному і виконанні їх під керівництвом і контролем педагога. Необхідність такого способу організації занять обумовлена різноманіттям дефектів, станом

функцій, які необхідно зберегти, різноманітністю рухових порушень і медичних протипоказань, що вимагає індивідуального підходу. Недоліком є низька моторна щільність занять.

Малогрупові заняття. Це поширений вид організованих занять урочної форми з адаптивного фізичного виховання в спеціальних дитячих садах, школах, інтернатах. Кількість тих, хто займається, не перевищує 10-12 осіб. Як правило, це діти однієї нозологічної групи приблизно одного віку і рівних фізичних та психічних можливостей. Диференціацію й комплектування груп (класів) проводить медико-психолого-педагогічна комісія. Відносна однорідність групи дозволяє упорядкувати педагогічний процес, вирішуючи загальні для усіх завдання, використовуючи єдині засоби і методи, створювати умови взаємодії і колективних дій тих, хто займається, вербального і невербального спілкування, емоційної дії на психічну сферу, підвищення педагогічної і моторної щільності заняття. Водночас, незважаючи на зовнішню схожість діагностичних показників, однакових дітей не буває. Один і той же провідний дефект може мати різну структуру, інші вторинні порушення, що вимагають різних корекційних дій.

У малогрупових заняттях індивідуалізація обмежена і здійснюється не за рахунок варіативних фізичних вправ, а переважно шляхом збільшення або зниження фізичного, психічного, емоційного навантаження.

2.4. КОНТРОЛЬ ТА ОЦІНЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ В ІНКЛЮЗИВНОМУ ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ

У процесі фізичного виховання людей із порушеннями здоров'я важливе значення надається лікарсько-педагогічному контролю, ніж у роботі зі здоровими.

Лікарсько-педагогічний контроль – це система медичних і педагогічних спостережень, які забезпечують ефективне використання засобів і методів фізичного виховання, підвищення рівня здоров'я та вдосконалення фізичного розвитку.

Заходи лікарсько-педагогічного контролю визначають стан організму на певний момент (поточний стан), враховують попередній стан (генез) і прогнозують можливі стани в майбутньому (прогноз).

Лікорсько-педагогічний контроль вирішує такі загальні завдання:

- організація навчально процесу;
- визначення стану здоров'я і функціонального стану організму;
- оцінка динаміки стану здоров'я;
- оцінка й вибір найефективніших засобів і методів як самого навчального процесу, так і покращення відновлювальних процесів після фізичних навантажень;
- оцінка гігієнічних умов проведення занять (температура повітря, вологість, освітлення, вентиляція та ін.);
- відповідність спортивного інвентарю (розміри, маса, стан), одягу та взуття темі занять і погоднім умовам;
- планування й контроль забезпечення безпеки занять ІФ.

В ІФВ важливо дотриматись етапного, поточного й оперативного контролю. Завдання етапного контролю – оцінка рівня розвитку функціональних можливостей систем і органів, які лежать в основі рухової активності. Проводиться відповідно до етапів освітнього процесу. Воно містить медичне обстеження: огляд фахівцями, функціональні проби, лабораторні аналізи й інструментальні дослідження. По етапах оцінюється динаміка фізіологічних процесів, функціональних якостей, регуляція фізіологічних функцій. Етапний контроль проводять лікарі.

Мета поточного контролю – оцінка поточних станів, які є наслідком фізичних навантажень у серії занять, ефективності мікроциклу занять з фізичного виховання.

Завдання поточного педагогічного контролю:

- визначення відповідності режиму навантажень фізіологічним спроможностям організму через оцінку загальної напруженості функціонального стану організму;
- оцінка відповідності тренувального ефекту поточних навантажень, що планувалися;

- визначення адаптаційного потенціалу організму на момент дослідження: оцінка резервів, зміни функціональних можливостей.

Критеріями є скарги на зміну самопочуття, показники частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, зміни функціональних проб і результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

Прояви перевантаження:

- біль або відчуття дискомфорту в ділянці грудей, живота, шиї, у щелепах або руках;
- відчуття нудоти під час або після виконання фізичних вправ;
- поява незвичної задишки під час виконання фізичних вправ;
- втрата свідомості під час заняття;
- порушення ритму серцевої діяльності;
- високі показники пульсу після навантаження зберігаються більше 5 хв. відпочинку.

Завдання оперативного контролю:

- оцінка впливу кожного заняття на організм;
- визначення спрямованості та напруженості навантажень;
- оцінка ступеня досягнень конкретної мети кожного заняття;
- здійснення оперативної корекції тренувального ефекту окремих вправ і заняття в загалом;
- адекватність обраної програми поставленим завданням занять.

В оперативному контролі визначають:

- реакцію поведінки тих, хто займається, на рівні команди викладача;
- техніку виконання вправ; під час навантажень: температуру тіла, ЧСС і частоту дихання, їх співвідношення, легеневу вентиляцію;
- після навантажень характеристики: що відображають стомлення, зміни електрокардіограми, життєвої ємності легенів, сили дихальних м'язів, параметри, які характеризують енергозабезпечення навантаження (рівень лактату, кислотно-основну рівновагу крові).

Контроль у навчальному процесі виконує функцію зворотного зв'язку, а також впливає на мотивацію у навчанні: правильно організо-

ваний, він сприяє її підвищенню, організований неправильно знижує її (своєчасний контроль сприяє стійкому засвоєнню вміння, несвоєчасний – не дає такого ефекту).

Практика свідчить, що постійна перевірка призводить до зниження мотивації у навчанні, а перевірка у випадку сумнівів сприяє підвищенню активності учня, отже, правильна організація контролю створює для учня можливість проконтролювати себе кожного разу, коли у нього виникає в цьому потреба.

Доцільно навчити учнів корекційних дій: вміння знаходити та виправляти помилки. Оскільки внутрішній контроль формується на основі зовнішнього виконання функцій контролера відносно іншого учня, формує його власну увагу і сприяє розвитку вміння контролювати самого себе.

За результатами лікарсько-педагогічного контролю визначається загальне навантаження на організм учня в процесі занять і будується «фізіологічна крива» навантаження заняття. Характер фізіологічної кривої залежить від періоду занять, функціонального стану учня й індивідуальної реакції організму на фізичне навантаження.

Успішність та ефективність освітнього процесу значною мірою визначається правильною оцінкою психомоторних можливостей, попередньо набутого рухового досвіду, розумінням мотивацій до навчання і життєвих інтересів учня.

Оцінка проводиться за формалізованими тестами, які є досить об'єктивними й дають реальне уявлення про стан здоров'я.

Мета тестування – виявити сильні та слабкі якості учня під час вибору для нього засобів фізичного виховання.

За допомогою тестування оцінюють головні фізіологічні компоненти працездатності, отримують інформацію про зміни в організмі, що відбуваються в результаті занять. Усе це дозволяє вдосконалювати і розвивати процес фізичного виховання.

Від правильно проведеного діагностування значною мірою залежить результат фізичної і соціальної реабілітації, а також результати занять спортом.

Залежно від мети оцінювання розглядають: оцінювання для навчання, оцінювання як навчання, оцінювання самого навчання.

Оцінювання для навчання надає інформацію про рівень знань, умінь і навичок учнів відповідно до заздалегідь встановлених параметрів. Наприклад, педагоги порівнюють завдання типової освітньої програми або модельної навчальної програми та індивідуальних знань, умінь і навичок учнів, а за результатами цього порівняння планують подальші педагогічні кроки, аби подолати розрив між наявними та очікуваними освітніми результатами.

Оцінювання як навчання зосереджене на учнях, зокрема на процесі пізнання. Учні є об'єктами в цьому процесі: вони вчаться мислити, пов'язувати інформацію з попереднім досвідом та використовувати її для пізнання нового.

Оцінювання самого навчання використовують, аби узагальнювати і підтверджувати досягнення учнів відповідно до визначених цілей освітньої програми (або індивідуальної програми учня, якщо її зстосовують в освітньому процесі).

Оцінювання має інформувати учнів, вчителів і батьків про досягнення в певний момент часу, щоб відзначити успіх, спланувати підтримку для подальшого прогресу.

Обираючи оцінювання, варто пам'ятати, що воно має кілька різних функцій, наприклад.

1. Мотиваційна (активізує внутрішній й зовнішні мотиви до навчання).
2. Діагностична (сприяє визначенню рівня компетентностей учнів).
3. Прогностична (ставить цілі навчання на майбутнє).
4. Виховна (налаштовує дитину на розвиток власної організованості).
5. Управлінська (надає необхідну інформацію для ухвалення рішень тощо).

Оцінювання є невід'ємною частиною навчання, оскільки воно визначає, чи досягаються цілі навчання. Це відіграє важливу роль у

тому, як учні навчаються, у їхній мотивації до навчання та в тому, як викладають учителі. Сенс оцінювання полягає в перегляді інформації чи даних про щось або когось з метою покращення поточної продуктивності. А мета оцінки – зафіксувати продуктивність виконання чогось або когось на основі існуючих стандартів.

Оцінювання – це постійний процес, тоді як оцінка позначає завершення певного процесу.

Оцінювання, що проводиться на початку вивчення теми, є попереднім або діагностичним. Так з'ясовуються інтереси, стилі мислення та підготовленості учнів до опанування певного змістового матеріалу чи вміння (за допомогою простих контрольних запитань, інтерв'ю, анкетування, опитування або спостереження) тощо.

Поточне оцінювання (формульальне) здійснюється паралельно з вивченням матеріалу, для оцінювання розуміння учнями нової теми в певний момент її вивчення розробляються відповідні запитання. Проводяться тести, вивчаються індивідуальні нотатки учнів, зразки робіт, використовується прийом «розміркування вголос» для уточнення процесу мислення під час виконання певного завдання тощо.

Підсумкове оцінювання відбувається після завершенні певного періоду навчання, що дає змогу виміряти результати учнів та порівняти зі стандартами (контрольні роботи, тести для перевірки знань, проекти, портфоліо, стандартизоване оцінювання навчальних досягнень тощо).

Портфоліо вчителя в інклюзивному класі. В інклюзивному класі портфоліо є важливим засобом контролю та оцінки, який ґрунтовно доповнює критерії оцінювання навчальних досягнень учнів. Як зазначає Овертон (Overton, 2006), портфоліо – це «зібрання робіт учня, що забезпечує цілісне бачення його слабких та сильних сторін». У цьому аспекті вагомим є портфоліо, яке веде вчитель. Таке портфоліо дає змогу розв'язати проблему, пов'язану з розробленням індивідуального навчального плану. Як відомо, навчання дитини з особливими освітніми потребами в інклюзивному класі може здійснюватися за

індивідуальним навчальним планом, розробленим на основі програми масової школи. Учень може навчатися за індивідуальним навчальним планом, розробленим на основі програми спеціальної школи, яку рекомендує психолого-медико-педагогічна консультація. Бувають випадки, коли учневі доцільно змінити тип навчальної програми. Наприклад, дитині з моторною алалією, внаслідок вторинного інтелектуального недорозвинення, підійде навчальна програма школи інтенсивної педагогічної корекції (для дітей із ЗПР), або дитину з аутизмом краще навчати за програмою допоміжної школи. Особливості добору навчальної програми та ефективність розроблення індивідуального навчального плану на її основі допоможуть упорядкувати матеріали портфолію вчителя. Вони знадобляться для обговорення з батьками динаміки навчальних досягнень учня упродовж певного часу та визначення подальшої стратегії навчання з їхньою участю.

Таким чином, портфолію вчителя розглядається як спосіб фіксування, накопичення та оцінки індивідуальних досягнень школяра з особливостями психофізичного розвитку протягом певного періоду навчання.

Укладання портфолію допомагає вчителю:

- розкрити індивідуальні можливості дитини;
- стежити за динамікою навчальних досягнень учня за певний проміжок часу;
- визначати ефективність та відповідність індивідуального навчального плану можливостям дитини, відтак коригувати його;
- стежити за розвитком соціалізації та формуванням особистості учня;
- здійснювати зворотний зв'язок між дитиною, батьками, вчителем.

Розділи портфолію вчителя, який він добирає для кожної дитини з особливостями психофізичного розвитку, що навчається в інклюзивному класі, можуть бути такими.

Титульний лист. Містить основну інформацію (прізвище, ім'я, по батькові дитини, навчальний заклад, клас), контактну інформацію.

Розділ «Досягнення учня у навчанні». Сторінки: Рідна мова; Математика; Читання. До сторінок мають входити: контрольні та самостійні роботи (відповідно до навчальної програми), завдання, спрямовані на усунення помилок допущених у роботах; зразки робіт з-поміж тих, що виконуються щоденно, та домашніх робіт, підсумкові атестаційні відомості (за четверть, навчальний рік).

Розділ «Соціальна компетентність учня». Містить записи вчителя про особливості співпраці учня з однокласниками на уроці, у позаурочний час; особливості спілкування з однолітками, дорослими, колом друзів. При цьому важливо вказувати чинники, які призводять до труднощів соціалізації (особливості поведінки, комунікативної діяльності), а також позитивні сторони, які слугують підґрунтям для поліпшення соціальних контактів дитини.

Розділ «Суспільна робота учня». Доручення, які дитина виконує в класі, у школі; участь у суспільнокорисній праці, подяки за виконане тощо.

Розділ «Творчі роботи учня». У цьому розділі вміщуються творчі роботи, які не увійшли до портфоліо учня. Якщо виконана об'ємна робота (виріб), треба помістити її фотографію. Якщо дитина брала участь у виставці або конкурсі, необхідно вказати інформацію про цей захід: назву, коли, де і ким проводився.

Розділ «Відгуки і побажання». Вміщуються висновки та побажання за результатами навчального року.

Портфоліо учня. В інклюзивному класі добре запровадити портфоліо, яке учень добиратиме самостійно. Це дасть змогу вчителю розв'язати низку важливих корекційних завдань. Робота над портфоліо допоможе максимально розкрити індивідуальні можливості кожної дитини. Вже з початку навчання у школяра закладатиметься підґрунтя саморефлексії навчальної діяльності, тобто відповідальності та самостійності навчання, участь у якісному оцінюванні результатів власного навчання. У дитини формуватиметься вміння аналізувати власні інтереси, схильності, потреби і співвідносити їх з наявними можли-

востями. Цей чинник, зважаючи на низьку спроможність дитини з особливими освітніми потребами адекватно оцінити свій фізичний стан, інтелектуальні можливості, помітно завищену або знижену самооцінку, порівняно з нормою, допоможе розвивати позитивні якості особистості. Дослідники довели, що самостійна добірка матеріалів портфолію породжує ситуацію успіху, призводить до підвищення самооцінки і впевненості у власних можливостях; окрім того, вона розвиває пізнавальні інтереси і готовність до самостійного пізнання. Мета учнівського портфолію полягає у такому: формування в учня відповідальності і самостійності навчання; розвиток вміння давати якісну оцінку результатів власного навчання та діяльності; розвиток вміння аналізувати власні інтереси, схильності, потреби і співвідносити їх з наявними можливостями (цей чинник, зважаючи на низьку спроможність дитини з особливими освітніми потребами адекватно оцінити свій фізичний стан, інтелектуальні можливості, помітно завищену або знижену самооцінку, порівняно з нормою, допоможе розвивати позитивні якості особистості); формування пізнавальних інтересів і готовність до самостійного пізнання; самостійна добірка матеріалів портфолію породжує ситуацію успіху, призводить до підвищення самооцінки і впевненості у власних можливостях. Добирати портфолію учнями можна починати вже у початковій школі і залучати до цієї роботи учнів усього класу.

Питання для самостійної роботи

1. Охарактеризуйте дидактичні принципи в інклюзивному фізичному вихованні, визначте їх особливості.
2. Охарактеризуйте специфічні принципи, які характерні для інклюзивного фізичного виховання.
3. Охарактеризуйте спеціальні принципи інклюзивного фізичного виховання.
4. Охарактеризуйте методологічні принципи в інклюзивному фізичному вихованні.

5. Охарактеризуйте основні засоби фізичного виховання, від яких основних чинників залежить його ефективність.
6. Охарактеризуйте значення занять дихальної гімнастики для дітей з ООП.
7. Охарактеризуйте основні вправи з предметами та на тренажерах для дітей з ООП.
8. Охарактеризуйте особливість занять загартування для дітей з ООП.
9. Охарактеризуйте особливість занять іпотерапією для з ООП.
10. Дайте визначення основним поняттям: метод, методика, методичний напрямок, методичний підхід.
11. Охарактеризуйте основні групи методів в інклюзивному фізичному вихованні.
12. Охарактеризуйте групу методів формування знань для дітей з ООП.
13. Охарактеризуйте групу методів навчання руховим діям для дітей з ООП.
14. Охарактеризуйте групу методу розвитку фізичних якостей і здібностей для дітей з ООП.
15. Охарактеризуйте групу методу виховання особистості дітей з ООП.
16. Охарактеризуйте групу методу педагогічного впливу.
17. Охарактеризуйте значення лікарсько-педагогічного контролю.
18. Які види контролю проводяться в процесі інклюзивного фізичного виховання, їх значення?
19. Що таке «оцінювання», «оцінка», чим вони відрізняються?
20. З якою метою проводиться оцінювання в інклюзивному фізичному вихованні?
21. З якою метою вчитель складає портфоліо для учня з ООП?

РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА ІНКЛЮЗИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З РІЗНИМИ НОЗОЛОГІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

3.1. МЕТОДИКА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Опорно-руховий апарат – це каркас, який надає форму організму, дає йому опору та забезпечує захист внутрішніх органів і можливість пересування у просторі.

Порушення опорно-рухового апарату виникають внаслідок певного захворювання, що призводить до розладу рухових функцій (наприклад, дитячий церебральний параліч, розсіяний склероз, захворювання кісток), унаслідок травми хребта або ампутації. Діти з порушеннями опорно-рухового апарату відчують труднощі під час пересування, користуються різноманітними допоміжними засобами: колісними кріслами, милицями, тростинками чи «ходунками».

При деяких важких травмах хребта відбувається ушкодження спинного мозку, який відповідає за рухову активність кінцівок, внаслідок чого відбувається їх параліч. Хребет може бути зламаний у різних місцях, тож наслідки травми, залежно від того, яка частина спинного мозку ушкоджена і якою мірою, можуть бути різними. Паралегія: спинний мозок травмовано нижче шийного відділу, відтак, у людини уражена нижня частина тіла і ноги, а також частина внутрішніх, тазових органів. Тетраплегія: спинний мозок пошкоджений на рівні шийного відділу, внаслідок цього руки й ноги у людини повністю або частково позбавлені чутливості та рухливості.

Класифікація за видом порушення опорно-рухового апарату.

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату становлять неоднорідну та поліморфну категорію, як у клінічному, так і психологопедагогічному аспектах. Залежно від природи порушень опорно-рухового апарату таких дітей умовно можна поділити на кілька груп:

- діти з порушеннями моторної сфери внаслідок захворювань нервової системи (зокрема, хворі на дитячі церебральні паралічі, поліомієліт);
- діти із вродженою патологією опорно-рухового апарату (зокрема, із вродженими вивихами стегна, кривошиєю, клишоногістю та іншими деформаціями стоп, аномаліями розвитку хребта (сколіоз), недорозвитком і дефектом кінцівок, аномаліями розвитку пальців кисті, артрогрипозом тощо);
- діти з набутими захворюваннями й травмами опорно-рухового апарату (зокрема, з травматичними пошкодженнями спинного мозку, головного мозку і кінцівок, поліартритом, захворюваннями скелета (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт), системними захворюваннями скелета (хондродистрофія, рахіт);
- діти, які мають порушення опорно-рухового апарату спадкової етіології з прогресуючими м'язовими атрофіями (міопатія Дюшенна, нервальна аміотрофія Шарко-Марі, аміотрофія Вердинга-Гоффмана тощо).

Поради для вчителів щодо поводження з дітками, у яких виявлене порушення опорно-рухового апарату, в шкільному процесі раннє діагностування дає змогу вчасно надати дітям із порушенням ОРА необхідну допомогу і запобігти багатьом проблемам. У перші роки життя такі малята отримують потрібні їм послуги безпосередньо в сім'ї – з ними працюють педагоги, логопеди, фахівці з лікувальної фізкультури і трудотерапії, соціальні працівники, психологи та інші спеціалісти. Вони надають необхідну інформацію батькам, підтримують їх і навчають ефективно працювати зі своїми дітьми.

Діти з порушенням ОРА потребують:

- допомоги логопеда;
- сеансів лікувальної фізкультури;
- занять із трудотерапії;
- медичної допомоги;
- допомоги служб підтримки сім'ї;
- занять із фахівцями з навчання і виховання дітей;
- допоміжних засобів.

Основні поради вчителю:

- дізнайтеся більше про порушення дитини, про організації, які надають допомогу, та джерела, з яких ви можете отримати корисну інформацію;

- проконсультуйтеся з іншими вчителями стосовно організації навчального середовища саме для цього учня. Батьки найкраще знають потреби своєї дитини. Вони можуть чимало розповісти про особливі потреби та можливості учня. Залучивши у свою команду фізіотерапевта, логопеда та інших спеціалістів, ви зможете використати найкращі підходи для конкретного учня, з огляду на його індивідуальні та фізичні можливості;

- шлях учня до його робочого місця має бути безперешкодним (зручне відчинення дверей, достатньо широкі проходи між партами тощо). Продумайте, яким чином він діставатиметься класу, пересуватиметься в межах школи, користуватиметься туалетом тощо;

- можливо, знадобиться, щоб хтось із персоналу чи учнів завжди був готовий допомогти учневі з порушеннями опорно-рухового апарату (потримати двері, допомогти на сходах тощо). Таких помічників повинні проінструктувати спеціалісти й батьки;

- навчіться використовувати допоміжні технології. Знайдіть експертів у школі та поза її межами, які б допомогли вам. Допоміжні технології можуть зробити вашого учня незалежним (спеціальні пристрої для письма, додаткове устаткування для комп'ютера тощо);

- з допомогою фахівців чи батьків облаштуйте робоче місце учня з урахуванням його фізичного стану та особливостей розвитку навчальних навичок (для утримання постави у зручному положенні, для обмеження мимовільних рухів, полегшення письма, читання).

- для формування пізнавальної мотивації велике значення має сам процес навчальної діяльності.

Любов до діяльності – передумова інтересу, але не сам пізнавальний процес, мотивом часто є прагнення до конкретного результату (похвала, отримання певного статусу в групі). Іншим мотивом стає

прагнення опанувати самий процес діяльності, який згодом може викликати інтерес до теорії, набуття знання, діяльності.

Фізичні вправи корекційно-розвиваючої спрямованості. Обов'язкова мінімальна програма рухового розвитку дитини:

- вправи з формування підймання голови, її утримання у вертикальному положенні та контролю у просторі;
- вправи з формування опорно-розгинальних рухів у руках (плечовому поясі та верхньому відділі хребта) у положенні лежачи на животі;
- елементарні ручні предметно-маніпулятивні дії у лежачому положенні;
- вправи з формування поворотів, розворотів та переворотів (зі спини на живіт і навпаки) у положенні лежачи;
- повзання на животі;
- вправи з розвитку статичної рівноваги в положенні сидячи.

Методика. Заняття починають із вправ, спрямованих на нормалізацію м'язового тону. Всі вправи, котрими розвивають той або інший рух, чергують із дихальними. На фоні загальнозміцнювальних виконують вправи, які нормалізують м'язовий тонус, нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси, досягають нормалізації амплітуди рухів у всіх суглобах. Бажано, щоб дитина виконувала вправи перед дзеркалом.

При патологічному впливі тонічних рефлексів, затримці установочних і випрямних рефлексів і, як наслідок, – порушення здатності до переходу тіла у вертикальне положення (піднімання голови, присідання, стомлення), основними є фізичні вправи, спрямовані на ліквідацію впливу патологічних рефлексів, формування установочних, випрямляючих і статокінетичних рефлексів, які розвиваються на фоні заходів із зниження тонічної активності (релаксації), ліквідації патологічних супутніх рухів, виховання правильної схеми рухів тулуба, рук і ніг, нормалізування координації між м'язовими групами.

Розвиток вестибулярної функції здійснюють за допомогою адекватної стимуляції вестибулярного аналізатора: розгойдуванням у колісці, на руках, на гойдалках; вправами, які можуть швидко змі-

нювати положення тіла: швидке переміщення в одній площині (зверху вниз і знизу вверху, зліва направо і навпаки), перехід із однієї площини простору до іншої, рух із кутовим прискоренням. У застосуванні цих вправ найвідповідальніший момент – їхнє дозування, яке розвиває тренувальний ефект і водночас не викликає негативних вегетативних реакцій.

Вправи застосовують з певною послідовністю: починають із рухів головою, потім – згинання, розгинання, повороти тулуба, потім – рук у плечових суглобах, рук і ніг – у проксимальних суглобах (плечових, тазостегнових); вправи поступово повинні охоплювати середні суглоби (ліктьові й колінні), потім променезап'ясткові й го-мілковостопні.

Необхідно, щоб вправи трохи «випереджали» рівень розвитку рухових можливостей дитини – відповідали наступному рівню розвитку рухової сфери.

Застосовуються як загальнопедагогічні методи фізичного виховання, так і специфічні:

- словесні (розповідь, опис, пояснення, бесіда, розбір, оцінка, команда, підрахунок);

- наочні (показ, демонстрація).

Специфічні компоненти навантажень:

- внесення регламентуючих змін до окремих параметрів звичайного руху: виконанням вправи з незвичного вихідного положення;

- зміною амплітуди і швидкості рухів, часу занять за рахунок зміни кількості повторів кожної вправи;

- дзеркальним виконанням вправ;

- конструюванням нових способів виконання звичної дії;

- ускладнення звичайних дій – додатковими діями, комбінуванням звичайних дій;

- зміна зовнішніх умов (розширення діапазону матеріально-технічного забезпечення, зміна (ускладнення) правил, зміна обставин, збільшення кількості учасників занять).

Специфічні методи:

- суворо-регламентованої вправи (цілісної, розчленованої);
- індивідуально-груповий метод: група складається із 5-6 осіб, тому учитель може приділити більше уваги кожному, але, крім того, діє позитивний фактор колективних взаємовідносин; застосовується як в однорідних групах, де беруть участь діти з відносно однаковими проявами ДЦП, так і у змішаних групах, учасники яких – діти різних фізичних можливостей;
- колективно-індивідуальний метод (об'єднує 7-12 осіб, мета – соціальна адаптація);
- змагальний метод;
- ігровий метод;
- музично-ритмічні заняття, зокрема танці;
- виконання вправ з одночасним декламуванням віршів;
- метод «театру фізичного виховання» (сюжетні вистави та ін.);
- метод предметно-практичної взаємодії (ознайомлення із призначенням предметів і способами маніпулювання ними).

Особливості застосування здоров'язберігаючих технологій. Забезпечення необхідною руховою активністю учнів упродовж дня є одним із основних чинників, який забезпечує наближення виховного середовища до природного простору дитини. Застосовуються гімнастика, фізкультхвилинки, рухова терапія, пальчикова, звукова, дихальна гімнастика тощо. Це дозволяє знімати стан втоми, послабити психологічну напруженість і просто дати дитині можливість порухатися. З огляду на особливості дітей, які мають обмежені можливості рухових функцій, доцільно будувати корекційно-оздоровчий процес із урахуванням специфіки основного ураження. Застосування протягом навчального дня динамічних пауз, релаксаційних хвилинوک сприяє збереженню фізичного та психічного здоров'я дітей із порушенням опорно-рухового апарату.

Під час проведення заняття з лікувальної фізичної культури та протягом дня дитині надається фізіологічне положення, притаманне її хронологічному віку. Для цього, за необхідності, використовуються

спеціалізовані допоміжні пристрої, які не обмежують рухової активності дитини. Під час сидіння та гальмування надмірного закидання голови доцільно застосовувати стілець із високою спинкою та присувним столиком під груди для профілактики деформації хребта, вироблення зорово-моторних реакцій.

Багаторазове повторення правильних фізіологічних рухів стимулює вироблення та закріплення правильного рухового стереотипу. Застосування допоміжних пристроїв для сидіння, ходіння, стояння сприяє набуттю необхідного рухового досвіду, формуванню прямостояння, попередженню деформації хребта та нижніх кінцівок.

Перебування дитини з обмеженими руховими можливостями у вертикальному положенні забезпечує оптимальний особистісний розвиток дитини, організацію її життєдіяльності відповідно до хронологічного віку, є профілактикою захворювань дихальних шляхів, забезпечує природну роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової системи.

Методика проведення пальчикової гімнастики. «Пальчикові» ігри – це віршовані рядки, що ілюструються за допомогою ритмічних рухів рук, пальчиків. Маніпуляції рук впливають на функціонування центральної нервової системи, розвиток мовлення. Прості руки кистей допомагають зняти загальну напругу, власне з рук, а також розслабляють губи, що сприяє покращенню вимови звуків, розвитку мовлення дитини.

Пропонуючи пальчикову гру, важливо відразу створити її настрій, правильно вимовляти кожен звук, заздалегідь продумати всі рухи і поступово їх повторювати. Ігри з пальцями допоможуть не лише розвивати мовлення, інтелектуальні здібності дитини, м'язи рук, а також знімуть психічне навантаження, стануть у пригоді для створення робочого ритму впродовж дня.

Для самомасажу долонь рук пропонується застосування ялинкових шишок, горіхів, жолудів, каштанів. Такий ігровий підхід дозволяє не тільки знайомити дітей з оточуючим світом, а й сприяє розвитку дрібної моторики рук.

Використання протягом навчального дня в дошкільному чи шкільному закладі мішечків із піском, сіллю, горохом, дрібними камінцями є доброю гімнастикою для м'язів ніг, стоп, під час якої стимулюються всі рефлекторні зони, розміщені на стопі. Така гімнастика, що проводиться у формі гри, сприяє профілактиці плоскостопості, загальному зміцненню здоров'я.

Оптимізація рухового режиму дітей є одним із основних чинників, який забезпечує наближення виховного середовища до природного простору дитини. Правильне використання фізичних вправ – ефективний засіб збереження та зміцнення здоров'я дитини.

Вправи для розвитку дрібної моторики:

- розгладити аркуш паперу долонею правої руки, притримуючи його лівою, і навпаки;
- постукати по столу розслабленою п'ястю правої (лівої) руки;
- повернути праву руку на ребро, зігнути пальці в кулак, випрямити, покласти руку на долоню, зробити те саме лівою рукою;
- руки напівзігнуті, опираються на лікті (струшування по черзі п'ястями);
- руки перед собою, опора на передпліччя, по черзі змінювати положення правої і лівої п'ястей (зігнути-розігнути, повернути долонею до обличчя – до столу);
- зафіксувати лівою рукою праве зап'ястя, а долонею правої руки постукати по столу, погладити стіл тощо.

Вправи з розвитку рухів пальців рук:

- стиснути пальці правої руки в кулак, випрямити;
- зігнути пальці одночасно і по черзі;
- торкнутися по черзі всіма пальцями великого, з'єднати великий палець з усіма іншими по черзі;
- ритмічно постукати кожним пальцем по столу під рахунок «один, один-два, один-два-три».

Кінезіотерапія або лікування рухом – напрямок фізичної терапії, який передбачає виконання активних і пасивних рухів, певних вправ лікувальної гімнастики та роботи на тренажерах для досягнення

конкретного терапевтичного результату. Кінезіологія вивчає м'язовий рух, кінезіологічні вправи примушують рухатися під певною напругою, сприятливо впливаючи на суглоби. Заняття для дітей із ДЦП такого типу сприятливо впливають на лікування хвороби суглобів, зокрема допомагають одужувати хворим на поліартрит.

Гідротерапія – з метою збереження та зміцнення здоров'я використовуються різні загартовувальні процедури: повітряно-сонячні ванни, водні види оздоровлення: (обтирання, обливання, контрастний душ, плавання). Одним із засобів корекції дітей із вадами опорно-рухового апарату є проведення систематичних занять з гідрокінезотерапії, які проводяться з урахуванням характерних особливостей захворювання та індивідуальності дитини.

Основна мета загартовувальних процедур: профілактика простудних захворювань; адаптація організму дитини до несприятливих зовнішніх впливів, фізичних, психічних навантажень; зміцнення м'язового корсету, вироблення правильної постави тіла; формування мотивації у дитини до здорового способу життя; покращення роботи дихальної, серцево-судинної, травної систем, обміну речовин, а також загальне зміцнення організму дитини.

Під час проведення загартовувальних процедур необхідно дотримуватися принципів загартовування, що є необхідними в роботі з дітьми:

- поступовість (поступове збільшення інтенсивності й тривалості впливу загартовувального чинника);
- послідовність у застосуванні різних загартовувальних впливів;
- щоденність і систематичність (проводити процедури регулярно за визначеною системою);
- комплексність (цілеспрямоване поєднання впливу кількох чинників, наприклад, повітря і води);
- індивідуальний режим (характер, інтенсивність, режим загартовування обов'язково потрібно враховувати індивідуальні особливості дитини) негайне припинення процедури в разі виникнення в дитини негативних емоцій;

- постійний контроль стану здоров'я дитини та ефективності загартувального впливу (ведення щоденника проведення процедур загартування, у який записується температура повітря, води, тривалість проведення заняття, емоційний стан дитини).

Одним із ефективних засобів фізичного виховання дітей з порушеннями опору-рухового апарату є гідрокінезотерапія.

Метою занять із гідрокінезотерапії є покращення моторної функції, комунікативних властивостей, зміцнення загального здоров'я.

Корекційно-розвивальні програми та вправи (ЛФК) для дітей із ДЦП

Завдяки своєчасному застосуванню різних методів фізичної, медикаментозної, соціальної реабілітації наслідки пошкоджень можна компенсувати різною мірою (іноді значною). Мета реабілітації дітей із ДЦП – соціалізація в суспільстві, розвиток різних навичок, поліпшення якості життя.

Діагноз встановлює дитячий лікар-невролог на основі огляду дитини, вивчення анамнезу, проведення різних досліджень. Ступінь і терміни появи симптомів ДЦП у дитини до року залежать від локалізації ушкоджень головного мозку та їхньої тяжкості. За наявності важких уражень перші ознаки ДЦП можна спостерігати вже після народження. При легкій формі паралічу в дітей його симптоми з'являються поступово протягом першого року життя і пізніше, тому так важливо їх не пропустити.

Своєчасна комплексна реабілітація при ДЦП дозволить максимально ефективно компенсувати пошкодження. Мозок дитини раннього віку стрімко розвивається і відрізняється неймовірною пластичністю в плані компенсації порушених функцій. Реабілітаційні програми передбачають фізіотерапевтичний, медикаментозний, психологічний, особистісний та соціальний вплив на дітей.

Лікувальна фізкультура є одним із найважливіших засобів фізичної реабілітації дітей з органічними ураженнями центральної нервової системи.

Мета ЛФК при ДЦП – розвиток м'язів, зниження їхнього гіпертонусу, покращення координації рухів, здатності до довільного гальмування, збільшення амплітуди рухів у суглобах тощо. Заняття ЛФК сприяють покращенню навчання дітей, формуванню в них навичок самообслуговування, елементів трудової діяльності тощо.

Методика ЛФК при ДЦП базується на таких принципах:

- регулярність;
- систематичність і безперервність занять ЛФК;
- індивідуальний підхід;
- врахування локалізації уражень і тяжкості хвороби;
- врахування віку дитини, рівня психічного й фізичного розвитку.

Чим раніше розпочати фізичну реабілітацію при ДЦП, тим кращих результатів можна досягти. При важких формах захворювання збереження поточного стану дитини (відсутність помилкового прогресування хвороби) вже є хорошим результатом. Існує величезна кількість методик ЛФК та обладнання для фізичної реабілітації дітей із ДЦП, які успішно застосовуються при дитячому церебральному паралічі.

Розвиток міміки обличчя у дітей з ДЦП. Найчастіше дитина з діагнозом ДЦП не завжди може визначити свій емоційний стан, правильно відреагувати на позитивні і негативні емоції, продемонструвати саме той вираз обличчя, який би відповідав необхідному почуттю, яке відчуває малюк. Як навчити дитину розпізнавати емоційну різноманітність і правильно тлумачити її? Як домогтися імітації малюком тих чи інших емоцій, щоб в майбутньому бути зрозумілим у суспільстві і розуміти оточуючих? Для цього існують спеціальні психогімнастичні вправи:

- дорослий повинен демонструвати малюкові, як принохується щеня, прислухається птах, як кішка вистежує мишку. Потім треба попросити дитину повторити побачене;
- продемонструвати здивовані очі, попросити повторити;
- описати момент щастя і задоволення, показати, як радіє ласці кошеня, а щеня смачному частуванню;

- описати відчуття болю, продемонструвати біль у животі, плач, відчуття холоду;
- показати момент відрази: нехай малюк уявить, що п'є гіркі ліки або їсть лимон;
- пояснити, що таке злість, показуючи сердиту людину;
- продемонструвати почуття страху, втрати рідної домівки або рідних людей;
- розвивати почуття сорому і провини за свої вчинки, навчити проситивибачення.

Заняття для нормалізації суглобових функцій:

- дитина лежить на спині, одна ніжка витягнута, а іншу треба поступово приводити коліном до живота, після чого повернутися в початкове положення;
- дитина лежить на боці, за допомогою дорослого повільно відводячи стегно то в один, то в інший бік. Коліно при цьому зігнуто;
- дитина лежить на спині, поперемінно піднімає та опускає ніжки, згинаючи їх у коліні;
- дитина лежить на животі, під грудьми підкладена подушка. Дорослий піднімає дитину за верхні кінцівки, розгинаючи верхню частину тулуба.

Заняття для усунення гіпертонусу м'язів рук:

- проводити активні рухи пензлем дитини в різних напрямках, зрідка струшуючи рукою і розслабляючи мускулатуру;
- міцно утримувати руку або передпліччя дитини до усунення стану гіпертонусу, після чого покачати або струсити кінцівку для розслаблення.

Заняття для м'язів ніг:

- дитина лежить на спині, ручки вздовж тіла, ніжки підтягнуті до живота. Дорослий утримує гомілки і по черзі відводить ніжки в тазостегновому суглобі, поєднуючи відведення в сторони з круговими обертаннями ноги;
- дорослий проводить дитині згинальні і розгинальні руху тазостегнового суглоба, після цього дитина пробує утримати ніжку самостійно.

Заняття для підтримки шийної мускулатури і м'язового корсету тулуба:

- дитина лежить на спині, а дорослий, піднімаючи тулуб за пахови, похитує його з боку в бік, повертає вправо і вліво, не дозволяючи дитині чинити опір. Таким же способом похитують і голову, притримуючи її у положенні вису;

- дитина лежить на боці, а дорослий намагається перекинути її на живіт або на спину. При цьому малюк повинен намагатися не піддаватися поштовхам, чинячи опір;

- дитина сидить на стільці, руки і голова розслаблені. Дорослий повертає голову в різні боки, нахиляє вперед і назад, а дитина намагається максимально розслабити м'язи ший.

Заняття для стабілізації дихання:

- попросити дитину зімітувати глибоке дихання, задуги свічку, що горить, здути з долоні пір'їнку. Корисно разом із малюком надувати повітряні кульки або грати, пускаючи мильні бульбашки;

- відмінний ефект можна очікувати, якщо навчити дитину співати. Подібна дія спостерігається під час гри на губній гармошці, сопілці, для початку можна використовувати звичайний свисток;

- навчити дитину пускати бульбашки через соломинку в склянку води.

Примітка

Порушення опорно-рухового апарату виникають внаслідок певного захворювання, що призвело до розладу рухових функцій (наприклад, дитячий церебральний параліч у важкій формі, розсіяний склероз, захворювання кісток), внаслідок травми хребта або ампутації.

Діти з порушеннями опорно-рухового апарату становлять собою неоднорідну та поліморфну категорію, як у клінічному, так і психолого-педагогічному аспектах.

Раннє діагностування дає змогу вчасно надати дітям із порушенням ОРА необхідну допомогу і запобігти багатьом проблемам. У перші роки життя такі малята отримують потрібні їм послуги

безпосередньо в сім'ї – з ними працюють педагоги, логопеди, фахівці з лікувальної фізкультури і трудотерапії, соціальні працівники, психологи та інші спеціалісти. Вони надають необхідну інформацію батькам, підтримують їх і навчають ефективно працювати зі своїми дітьми.

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Абдукція – рух кінцівки від середньої лінії тіла.

Агнозія – дефіцит сприйняття, при якому людина не здатна впізнавати.

Активні рухи – цілеспрямовані довільні рухи, які виконуються для досягнення певної мети і виконання певної задачі.

Астереогноз – порушення сприйняття розміру, форми, види чи структури об'єкта.

Атаксія – стан, що характеризується нестійкістю тіла у вертикальному положенні, порушенням розміреності, спрямованості і якості рухів. Рухи некоординовані, хода похитується («п'яна»).

Білатеральний – стосується до обох сторін тіла, до здатності перетинати кінцівками під час руху середню лінію тіла й залучати обидві сторони тіла до виконання якоїсь дії. Наприклад, здатність утримувати предмет по середній лінії тіла двома руками, дотягуватися правою рукою до предмета, який лежить на підлозі біля лівої ноги, або просто ходити – це білатеральні навички.

Вроджений вивих стегна – захворювання вродженого характеру, яке найбільш часто зустрічається. Якщо говорять про частоту цього захворювання, мають на увазі так звану дисплазію кульшового суглоба, на фоні якої в постнатальному періоді формується вивих.

Вестибулярний апарат – орган чуття, що відповідає за сприйняття лінійних та кутових прискорень, а також положення тіла у просторі.

Геміплегія (геміплегічна форма церебрального паралічу) – один із різновидів спастичної форми церебрального паралічу, при якій рухові порушення виражені тільки на одній стороні тіла, наприклад, спастичність проявляється в правій руці і правій нозі.

Гіперкінетична форма церебрального паралічу – одна з форм церебрального паралічу, яка характеризується непередбачуваними змінами м'язового тону, порушенням постурального контролю, що викликає мимовільні і неконтрольовані рухи (гіперкінези). Мимовільні рухи стають більш вираженими під час спроби виконати якийсь рух або при емоційному напруженні, у стані спокою вони виражені мінімально.

Гіпертонус – підвищення м'язового тону (спастичність).

Гіпотонус – зниження м'язового тону (низький тонус).

Деформації – стан, при якому все тіло або якась його частина фіксовані в абнормальному (неправильному) положенні.

Дизартрія – порушення мови, пов'язане з порушенням артикуляції. Мова повільна за темпом, переривчаста і монотонна, звуки вимовляються неправильно.

Дизлексія – порушення розуміння або відтворення написаних символів; проявляється при читанні.

Диплегія (диплегічна форма церебрального паралічу; спастична диплегія) – один у різновидів спастичної форми церебрального паралічу, при якій рухові порушення сильніше виражені в нижніх кінцівках, ніж у верхніх.

Діспраксія – порушення, яке характеризується труднощами в плануванні цілеспрямованих дій, зокрема рухів, і у використанні конкретних дій в конкретній ситуації.

Ерготерапія – комплекс реабілітаційних заходів у особи із порушенням психічних або фізичних функцій організму, спрямованих на відновлення повсякденної діяльності людини з урахуванням наявних фізичних обмежень.

Інвалідність – соціальна недостатність внаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до необхідності соціального захисту і допомоги.

Клишиногість (клишавість) – захворювання опорно-рухового апарату. Посідає перше місце серед інших вроджених вад опорно-

рухової системи. Це викривлення стопи, при якому хворий опирається не на підошву, а на зовнішній край стопи, внутрішній край піднятий і повернутий угору, утворюючи виражену увігнутість.

Кривошия – деформація шиї вродженого або набутого походження, що характеризується неправильним вимушеним положенням голови відносно тулуба (а саме нахилом її вбік та поворотом). Як вроджена патологія ця вада розвитку займає третє місце за частотою після вродженої клишоногості та вродженого вивиху стегна.

Опорно-руховий апарат – це комплекс структур, який утворює каркас, надає форму організму, дає йому опору та забезпечує захист внутрішніх органів і можливість пересування у просторі.

Фізіотерапевт – фахівець із професійною освітою, який відновлює або зберігає порушену рухову здатність і дієздатність пацієнта.

3.2. МЕТОДИКА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

Загальна характеристика дітей з порушенням зору. Зором називається здібність бачити, тобто відчувати і сприймати оточуючу дійсність за допомогою зорового аналізатора. Найбільшу кількість вражень про оточуючий світ мозок отримує через зір. Він є визначальним у формуванні уявлень про реально існуючі предмети та явища. За допомогою зору здійснюється орієнтування у просторі, формуються рухові вміння та навички, спостерігаються умови оточуючої дійсності. Зоровий контроль має велике значення для розвитку рухів людини.

Характерними особливостями зорового сприйняття є: дистантність, миттєвість, одночасність та цілісність огляду оточуючої дійсності. Зоровий аналізатор тісно взаємодіє з руховим, тактильним, нюховим, слуховим аналізаторами. Тому зорова функція впливає на діяльність інших функцій і комплексно вони формують складні моделі, які відображають предмети та явища.

Зоровий аналізатор складається з трьох відділів: периферійного (око), провідникового (зоровий нерв, зорові та підкоркові нервові утворення) і центрального (зорові зони кори головного мозку, які розташовані у потиличній ділянці).

Ступінь порушення функції зорового аналізатора визначається пониженням гостроти зору. Гострота зору перевіряється за таблицями, складеними з 10-12 видів літер або знаків. Для перевірки гостроти зору у дітей використовуються таблиці із зображенням різних гарно відомих предметів. Кожен наступний ряд знаків, у порівнянні з попереднім, позначає відповідну різницю у гостроті зору на 0,1 D. Гострота зору більшості людей, яка характеризується здатністю визначати літери або знаки десятого рядка таблиці на відстані 5 м, дорівнює 1,0 і розглядається як нормальна. Пацієнт, який визначає на цій відстані літери й знаки 5 рядка, має гостроту зору 0,5, а першого рядка – 0,1. Якщо гострота зору нижча 0,1, використовується рахунок пальців. Дитина, яка рахує пальці руки на відстані 5 м, володіє гостротою зору, рівною 0,09. Той же рахунок пальців рук на відстані 2 м приблизно відповідає гостроті зору 0,04, на відстані 0,5 м – 0,01, а з відстані 30 см. – 0,005.

Гострота зору, при якій дитина не розрізняє пальців, а бачить лише світло, дорівнює світлосприйняттю. Якщо дитина не може відрізнити світла від темряви, гострота зору дорівнює нулю.

Діти зі зниженим зором – це діти з більш високою гостротою зору у разі прогресуючих або частих рецидивних захворювань, а також за наявності астенопічних явищ, що виникають під час читання та письма на близькій відстані.

Класифікація порушень зору. Дітей із стійкими дефектами зору поділяють на сліпих та слабозорих.

Сліпими є діти, у яких повністю відсутні зорові відчуття або збережені відчуття світла, чи залишковий зір. Сліпота – двобічна втрата зору, яка не виліковується. Розрізняють різні ступені втрати зору:

- абсолютна (тотальна) сліпота, при якій повністю відсутні зорові сприйняття (відчуття світла та розпізнавання кольору);

- практична сліпота, при якій зберігається або відчуття світла на рівні розрізнення світу або темряви, або залишковий зір, який дозволяє рахувати пальці рук біля обличчя, розрізняти контури, силуети та колір предметів безпосередньо біля очей. Більшість сліпих дітей мають залишковий зір.

За часом виникнення зорового дефекту сліпих поділяють на:

- **сліпонароджених** (якщо зір втрачено до народження та у віці до трьох років);

- **осліплених** (тих, що втратили зір у наступні періоди життя й зберегли у пам'яті певні зорові образи).

Поради учителю:

- створити додаткові орієнтири у просторі (тактильні орієнтири; направляючи вздовж підлоги чи стін; контрастне виділення дверей; контрастно пофарбовані сходи тощо);

- збільшення шрифту (та контрастності);

- схематизація зображень;

- використання шрифту Брайля;

- освітлення;

- використання світлих, яскравих предметів різних розмірів і форм для візуальної стимуляції;

- перед тим, як починати нове заняття, розказати дітям, що відбуватиметься;

- зменшення часу зорового навантаження, заміна візуальної інформації тактильною та аудіоінформацією.

Потрібно знати, що;

- деякі діти з вадами зору можуть використовувати периферійне бачення. У таких випадках, навіть якщо голова учня повернута вбік, це не означає, що він на вас не дивиться;

- діти з поганим зором значною мірою спираються на інформацію від інших органів чуття, тому треба стежити за тим, щоб загальний рівень шуму в класі не був занадто високим;

- велике значення в навчанні незрячої дитини, компенсації сліпоти має мова (її комунікативна функція, зміст). Треба враховувати, що внаслідок обмеженості (або відсутності) зорового сприйняття і формальності предметних та операційних дій мова має дещо формальний, неконкретний характер.

Основними завданнями фізичного виховання дітей з порушеннями зору є:

- корегувати порушення опорно-рухового апарату;
- поліпшувати рухливість суглобів та моторику пальців рук;
- формувати вміння тримати рівновагу під час статичного та динамічного навантаження;
- розвивати просторово-часову організацію рухових дій, зорово-моторні реакції та окорухові дії;
- стимулювати правильне дихання;
- формувати навички релаксації.

Різновиди вправ для профілактики та корекції зорових порушень:

- загальнорозвивальні вправи;
- різновиди ходьби та бігу з виконанням завдань на орієнтування в просторі;
- вправи моторної та сенсорної зорової гімнастики;
- ритмічна гімнастика;
- самомасаж біологічно-активних зон та вушних раковин;
- вправи на розвиток моторики пальців рук.

Основними формами роботи з фізичного виховання та розвитку дітей з порушеннями зору є:

- ранкова гімнастика;
- гімнастика після денного сну;
- фізкультурні заняття;
- фізкультурні хвилинки;
- пішохідні переходи за межі дошкільного закладу;
- організована та самостійна ігрова діяльність під час прогулянки;
- дні здоров'я, фізкультурні свята та розваги.

Провідні спеціалісти вважають, що вибір змісту для різних форм фізичного виховання й дозування фізичного навантаження залежить від характеру й форми патології гостроти зору, наявності інших порушень стану здоров'я дитини і відбуваються за рекомендаціями лікаря-офтальмолога й лікаря-педіатра.

Ранкову гімнастику потрібно проводити щодня, за сприятливої погоди – на свіжому повітрі. До змісту ранкової гімнастики та гімнастики пробудження рекомендується додавати вправи для тренування моторного апарату ока, вправи для формування правильної постави та зводу стопи, дихальні вправи у комплексі із вправами на розслаблення м'язів ока та самомасаж біологічно активних зон. Під час занять, на яких переважає статичне навантаження, обов'язковими є фізкультхвилинки, які мають включати вправи зорової гімнастики на зняття зорової втоми.

Зорову гімнастику варто проводити і перед заняттям та у вільний час протягом дня.

Заняття з ритміки – одна з ефективних форм роботи з дітьми, які мають порушення зору, оскільки сприяють загальному оздоровленню, зміцненню серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату, поліпшують настрій та координацію рухів.

Заняття з фізичної культури вже у вступній частині мають містити різні види ходьби та бігу з виконанням завдань на орієнтування у просторі, самоконтроль рухів. Загальнорозвивальні вправи діти мають виконувати з різних вихідних положень з плавним переходом до кожного вихідного положення, виконуючи рухи пластично, проте енергійно. Варто планувати з дітьми вправи для м'язів шиї (повороти голови вліво-вправо, рухи головою вгору-вниз, колові рухи головою нахили голови до правого й лівого плечей почергово), оскільки вони сприяють поліпшенню постачання крові до мозку та очей.

Проте діти мають виконувати їх повільно, плавно, уникаючи різких рухів. Корисно до загальнорозвивальних вправ включати вправи із промовлянням звуків, які сприяють загальному оздоровленню та

прискоренню обміну речовин. Добирання вправ для основної частини заняття має бути індивідуально-диференційованим: це залежить від віку, рухового досвіду та характеру порушень зору кожної дитини.

У заключній частині заняття з фізкультури доцільно використовувати:

- вправи дихальної гімнастики;
- психогімнастичні етюди;
- рухливі ігри;
- вправи на розслаблення м'язів;
- самомасаж біологічно активних зон і вушних раковин.

Не дозволяють: брати участь у змаганнях зі стрибків і бігу; піднімати вагу; працювати нахилившись; робити перекиди. Під час виконання вправ педагог передусім орієнтується на діагноз дитини.

Збіжна косоокість. Пропонуються вправи, що не потребують напруження акомодациі і пов'язанні зі спрямуванням погляду вгору (високо) і вдалину (далеко): на верхівки дерев, птахів у небі, хмари угорі тощо. Доцільними є вправи із закиданням м'яча у кільце, метання м'яча, елементами волейболу та баскетболу.

Розбіжна косоокість. Використовують вправи, які потребують напруження акомодациі та спрямування погляду на близьку відстань. Корисними є заняття на свіжому повітрі з використанням спостережень за квітами, травами, розгляданням комахок, жаб, метеликів тощо.

У старшому дошкільному віці можна застосовувати елементи спортивних ігор: баскетбол, волейбол, футбол, метання м'яча в ціль, кеглі, городки, настільний теніс, бадмінтон.

Однією з форм профілактики та корекції порушень зору, запобігання перевтомі зорового апарату є зорова гімнастика. Ще з давніх-давен, за багато століть до початку нашої ери, були розроблені спеціальні вправи для очей. Вони ґрунтуються на рівномірному чергуванні тренувань очних м'язів з повноцінним відпочинком зорового апарату.

Виконуючи такі нескладні вправи щодня, можна не лише зберегти зір, а й відновити його повноцінне функціонування.

Зорову гімнастику треба обов'язково проводити під час роботи за комп'ютером: для 4-5 – річних дітей – після 5 хв. роботи, а для 6-7 – річних – після 7 хв. роботи. Тривати зорова гімнастика має 1-2 хв.

Гімнастика для очей – це одна із ефективних здоров'язбережувальних технологій, поряд із дихальною гімнастикою, самомасажем, динамічними паузами тощо.

Проведення з дітьми зорової гімнастики як у дошкільному закладі, так і вдома:

- знижує втомлюваність очей;
- зміцнює очні м'язи;
- знімає напруження;
- запобігає виникненню порушень зору;
- позитивно впливає на загальну працездатність зорового аналізатора та всього організму.

Дітям з порушеннями зору протипоказані:

- силові вправи, що характеризуються натужуванням;
- вправи, що пов'язані зі струсами тіла, стрибки зі скакалкою на жорсткій поверхні, зіскоки, перекиди, стійки на голові, стрибки у воду головою донизу, виси головою донизу;
- виконання вправ при ЧСС понад 180 ударів за хвилину.

Методика дозування фізичних навантажень в учнів з порушенням зору.

Дозування фізичних навантажень на уроках з лікувальної фізичної культури здійснюються шляхом використання таких прийомів:

- Вибором початкових положень лежачи, сидячи, стоячи, в русі, полегшених, утруднених й ін.).
- Вибором темпу рухів (повільний, нормальний, швидкий, прискорений, граничний).
- Вибором тривалості частин уроку.
- Вибором характеру вправ (за анатомічною локалізацією – прості, складні, полегшені, обтяжені, звичні, незвичні тощо).

- Вибором характеру навантаження (принцип розсіяння або концентрації фізичного навантаження, його наростання або зниження, рівномірність або уривчастість і подібні).

- Вибором амплітуди (мала, середня, велика).

- Вибором ступеня напруження нервово-м'язової системи, яке досягається двома шляхами: рольовими зусиллями і шляхом обтяжень (вагою власного тіла, введенням вправ з предметами, на снарядах, з опором, на координацію й ін.).

- Вибором ритму (звичний, незвичний).

- Використанням емоційності, яка полегшує виконання вправ.

- Регуляцією співвідношення між спеціальними, загальнорозвиваючими, дихальними вправами і паузами для відпочинку. (Спокійне глибоке дихання з подовженим видихом сприяє швидшій нормалізації серцевої діяльності).

- Інтенсивністю навантаження.

Рухливі ігри для дітей з порушенням зору. Рухливі ігри для слабозорих дітей, спрямовані на формування правильної постави.

Рухлива гра «Швидко по місцях». Усі гравці шикуються в шеренгу (колону). За командою вчителя: «Розійдися!», всі діти розбігаються по залу. По команді вчителя: «По місцях! На 1-2-3 місце ти своє знайди!» Гравці повинні знайти свої місця, зберігаючи правильну поставу. Виграє той, хто встане на місце швидше і збереже правильну поставу.

Рухлива гра «Ловець». Вибирається ловець. Діти підбігають до нього і, лясаючи в долоні говорять: «Раз, два, три, раз, два, три! Ну, швидше нас лови!». Ловець, подаючи звуковий сигнал, починає наздоганяти. Рятуючись від того, хто водить, гравець повинен зупинитися і прийняти обумовлене положення правильної постави. Такого гравця ловити не можна, і ловець повинен перемкнутися на інших. Через деякий час обирається інший ловець, і гра продовжується.

Гра «Ворони і горобці». Усі гравці шикуються в колону по одному (дистанція один крок) на середині майданчика і розраховуються «на перший, другий». Одна команда – перші номери, інша – другі. По

обох сторонах від гравців на відстані 1,5 м кладуться які-небудь предмети, наприклад: праворуч кубики («ворони»), – тенісні м'ячі («горобці»). Предметів удвічі менше, ніж учасників гри. Гравці разом з учителем виконують різні завдання на виконання правильної постави. Раптово учитель вимовляє одне із слів: «горобці» або «ворони». При слові «горобці» всі біжать до м'ячів, а при слові «ворони» – до кубиків і кожен прагне схопити один предмет. За кожен предмет команда отримує 1 очко. Гра повторюється кілька разів. Виграє команда, яка набрала більше очок.

Рухлива гра «Хитра лисиця». Гравці шикуються в шеренгу, руки за спину, пальці в замок, очі заплющені. Той, хто водить, ходить біля шеренги і перевіряє поставу у гравців; тому, чия постава йому сподобається, він кладе маленьку іграшку або інший предмет і говорить: «Можна розплющити очі». Гравці розплющують очі і промовляють: «Хитра лисиця, хто ти?» (тричі), після чого, у кого в руках опинився предмет, робить крок вперед і вимовляє: «Я» (він стає тим, хто водить). Гравці розбігаються (бігти тільки в один бік), а хто водить, ловить та передає іграшку тому, кого упіймав. Гра поновлюється.

Рухлива гра «Місток». Діти стоять на гімнастичній лавці, руки на поясі, плечі злегка відведені назад. Ходьба на лаві, зберігаючи положення правильної постави: з почерговим опусканням ноги, з витягнутим за лаву (інша нога при цьому дещо згинається). «Підемо по містку слід у слід. Нogu в річку вмочимо». Ходьба по лаві боком приставними кроками. Руки витягнуті в сторони долонями вгору. «А потім підемо ми боком, і ще разок підскоком».

«Визнач помилку». Самоконтроль. За командою викладача дається завдання прийняти положення правильної постави. Стоячи біля стіни, прийнявши правильну поставу, виконати прості рухи руками, ногами, присідання й ін. Виконавши завдання, учень повинен сам вказати на свої помилки або неточності під час його виконання. Виграє той, хто без помилок виконає завдання або правильно відзначить недоліки виконання.

Рухливі ігри для слабозорих дітей, спрямовані на розвиток координації рухів (збереження рівноваги, орієнтування у просторі, точність рухів).

Рухлива гра «Слухай сигнал». Гравці йдуть по залу. За сигналом ведучого (оплеск, свисток, бубон тощо) раптово зупиняються і приймають положення правильної постави. Варіанти: на різний звуковий сигнал – різні положення рук, із збереженням правильної постави. Оплеск – основна стійка. Свисток – руки за спиною і т.д.

Рухлива гра «Совонька». Вибирається совонька. Її місце в зоні від майданчика. Гравці – на майданчику, а совонька за майданчиком. За сигналом ведучого: «День, усе оживає!» – діти ходять, бігають (перед грою нагадати про напрям бігу), наслідуючи польот метеликів, пташок, і зображуючи жабенят, мишей. За другим сигналом: «Ніч, все завмирає – сова вилітає!» – гравці зупиняються, завмирають у позі, в якій їх застав сигнал. Совонька виходить полювати. Почувши гравця, який розмовляє або прийняв неправильну позу, вона бере його за руку і відводить у своє місце. За сигналом: «День, усе оживає!» – совушка повертається, гравці знов вільно пустують на майданчику. Гру можна проводити під музику (ігри і фізичні вправи на уроках фізкультури, 2 клас). Положення, яке приймають гравці в той час, коли совонька вилітає на полювання: «силачі» – руки до плечей, пальці в кулак, лопатки з'єднати; пістолет – напівприсід на правій нозі, ліву вперед, руки на пояс, лікті назад; «флюгер» – напівприсід, руки в сторони долонями вперед, спина пряма, коліна розвести, дивитися прямо; «лелека» – стоячи на правій, зігнути в коліні ліву ногу вперед, руки вгору, долонями назовні.

Рухлива гра «Пожежники на навчаннях». Дві команди. Діти стоять у колонах перед похилою лавкою (закріпленою). Нахил лавки 15-20°. Пересування по лавці в упорі на колінах, із захопленням краю лавки руками, на кожному прольоті шведської стінки підвішений дзвоник. За сигналом вчителя діти, що стоять першими, повзуть по

лавці, потім по рейках стінки вгору і дзвонять у дзвоник. Сходять униз і стають в кінець своєї колони. У кожній парі відзначають того, хто подзвонив першим і не зробив помилок у повзанні і лазінні.

Рухлива гра «Гра з м'ячем». Дві команди шикуються у дві шеренги на відстані один від одного 2-4 м. Перед кожним учасником булава або кегля. За звуковим сигналом учителя кожний гравець намагається збити булаву свого суперника перекочуванням м'яча по підлозі.

Рухлива гра «Пройди – не помилися». Гравець повинен пройти по прямій 5-10 м вперед до звукового сигналу, ставлячи п'яту однієї ноги до попередньої ноги, і повернутись назад. За іншим звуковим сигналом пройти спиною вперед, ставлячи до п'яти. Завдання виконувати із заплющеними очима. Для учнів 4-6 класів можна ускладнити гру: виконати те ж завдання з пересуванням по гімнастичній лавці, переступаючи через озвучений предмет, покладений на лаву. При цьому дітей необхідно підстрахувати.

Рухлива гра «День і ніч». Дві команди учнів з вадами зору «день» та «ніч» стають спинами один до одного на відстані 2 м від середньої лінії майданчика. Кожна команда має свій дім на краю майданчика. Вчитель називає то одну, то іншу команду. Названа команда одразу тікає у свій дім, а інша обертається і старається упіймати першу. Потім команда повертається та підраховує кількість пійманих. Перебіжки повторюються. Переможці – команда, яка упіймала найбільшу кількість людей з іншої команди.

Вправи для розвитку функціональної витривалості зорового аналізатора.

Пальмінг. В.П.: випрямити пальці однієї руки та покласти долоню на обличчя. Покласти мізинець іншої руки поперек чотирьох пальців першої руки (руки при цьому утворюють щось схоже на перевернуту букву V). Місце пересічення основ мізинців утворює ніби дужку окулярів та повинно, відповідно, розташовуватися там, де звичайно розташовується на переніссі дужка окулярів. Впадини долоней при цьому автоматично розташовуються точно над орбітами ваших

очей. Під час виконання вправи утримуйте очі заплющеними. Усуньте напруження пальців, розслабте зап'ястя, лікті. Для цього покладіть їх на коліна або на стіл так, щоб шия була на одній прямій із хребтом. Можна покласти на коліна подушку, а вже на неї лікті. Якщо вам необхідно нахилитися вперед, зігніться у талії, але зберігайте прямизну між шия та хребтом. Виконання цієї вправи дає можливість розслабити м'язи очей і водночас активізує нервові клітини очей. Виконувати цю вправу треба часто, тривалість виконання – 10-15 секунд.

Соляризація. 1) Зніміть окуляри. Станьте на краю густої тіні. Поставте одну ногу на тінювий клаптик землі, а другу на освітлений сонцем. Заплющіть очі та, зробивши глибокий вдих, починайте повертати голову з боку в бік так, щоб очі поперемінно проходили крізь неосвітлену ділянку та ділянку, на яку попадає сонячне світло. Сонце повинно світити прямо на очі. Повторюйте ці повороти, доки очі не перестануть тремтіти на сонці від болю.

2) Ту ж вправу виконайте, стоячи повністю обличчям до сонця, повертаючись вправо та вліво. При виконанні цих вправ треба думати про щось приємне та відволікаюче від спрямування очей під заплющеними віями на сонце.

3) Прикрийте одне око долонею так, щоб жодний промінь світла не проходив крізь неї. Долоня повинна бути накладеною так, щоб око під нею мало можливість відкриватися. Тепер почніть робити повороти, ковзаючи поглядом неприкритого ока по землі біля ніг. При цьому воно повинно безперервно кліпати. Потім, піднявши голову, повертайтеся з боку в бік та швидко кліпайте, дивіться прямо на сонце. (Однак будьте обережні! Прямо на сонце можна дивитися не більше 2-3 секунд!). Повторити цю вправу з іншим оком. Тієї ж вправи, виконайте цю вправу, поєднавши обидва ока разом та роблячи повороти, дивлячись заплющеними очима прямо на сонце.

Дихання для збільшення кровообігу очей. Зробіть повний глибокий вдих. Затримайте дихання. Під час затримки дихання зробіть нахил вперед так, щоб ваша голова опинилася нижче серця. При цьому

кров поступає безпосередньо в голову та очі. Залишайтеся в цьому положенні до рахунку 5-10, розплющуючи та заплющуючи очі. Кисень випалює токсини з очей. Кровообіг у тканинах посилюється. Робіть таке очищення 10 разів на день.

Метод Уільяма Бейтса

1. Голова зафіксована так, щоб рухатись могли тільки очі. У витягнутій руці – олівець. Рухайте олівцем з широкою амплітудою вправо та вліво, вниз. Безперервно слідкуйте очима за олівцем.

2. Встати біля стіни великої кімнати та, не повертаючи голови, швидко перевести погляд з правого верхнього кута кімнати у лівий нижній. Виконати не менш 50 разів.

3. Стійка ноги нарізно, руки на пояс. Різкі повороти голови вправо та вліво. Погляд спрямовувати за ходом руху. Виконати 40 поворотів. Протягом 3 секунд дивитись на яскраве світло, потім заплющити очі руками й дати їм відпочити. Повторити 15 разів.

4. Широко відкрити очі, сильно примружитися, заплющити очі. Повторити 40 разів.

5. Дивитись крізь вікно на далеко розташований предмет на протязі 10 секунд. Перевести погляд на власний наручний годинник. Повторити 15 разів.

Ці вправи доктор Бейтс рекомендує виконувати 2 рази на день. Через місяць зробити паузу на 2-3 тижні, а потім почати знову спочатку. Такий режим роботи очей зміцнює очні м'язи, тренує та масирує кришталики, покращує кровообіг та живлення очей.

Хатха-йога для дітей. Вправи корисно виконувати всім для гігієни та профілактики порушення зору. Виконуючи вправи, спину тримайте прямо. Уважно зосередьтеся на очах. Після виконання кожної вправи давайте очам відпочинок – заплющуйте їх або швидко кліпайте упродовж 20-30 секунд.

1. Повільно обертайте очними яблуками по колу зліва направо та справа наліво. Повторити 3-5 разів. Подивіться вгору, вниз, вправо, вліво, в правий нижній кут, у лівий верхній кут, потім у правий верхній та

в лівий нижній. Око повертайте з зусиллям. У крайніх положеннях фіксуєте погляд на декілька секунд. Цикл із цих восьми рухів можна повторити. Наприкінці кожного циклу не забувайте розслабити очі.

2. Дивіться 5-6 секунд на великий палець витягнутої вперед правої руки. Відводячи вправо праву руку, стежите за пальцем, не повертаючи голови.

3. Поверніть руку у вихідне положення, не відриваючи погляд від кінчика пальця. Те ж виконайте з лівою рукою.

4. Дивіться на кінчик пальця, утримуючи його перед обличчям приблизно на відстані 30 см. Потім переведіть погляд вдалину. У кожному положенні утримуйте погляд на 2-3 секунди. Повторить 3-5 разів, добре зосередившись на виконанні.

5. Лівою долонею прикрийте відкрите ліве око. Пальці правої руки складіть у кулак так, щоб великий палець опинився зверху. Розігніть середній палець, звільнивши його з кулака, та виконайте ним колові рухи біля правої зіниці. Почніть від внутрішнього кута ока, далі вгору по лінії брів до зовнішнього, потім по лінії нижньої повіки до внутрішнього кута. Водночас слідкуйте правим (відкритим) оком за рухом пальця. Рухи пальця повинні бути плавними та спокійними. Те ж повторіть, змінивши руки. Поступово доведіть тривалість виконання до 3 хвилин.

6. Найкращий відпочинок для очей – розслаблення, яке можна виконувати в положенні лежачи на спині або сидячи. Заплющте очі та намагайтеся максимально розслабити повіки, а очні яблука ніби опустіть в очну ямку. Якщо вам важко досягти повного розслаблення, розітріть долоню об долоню до появи тепла, легко торкніться подушечками пальців до закритих повік. Це допоможе вам максимально розслабити м'язи очей. Затримайтесь у цьому положенні на 2-40 секунд.

Вправи для розвитку сили м'язів очей. Так щільно заплющте очі, як це можливо. Потім розплющте їх якомога ширше. Зробіть це 10 разів. Зробіть декілька глибоких вдихів та знову почніть сильні кліпання. Зробити 5 таких серій.

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Амбліопія або «ліниве око» – ослаблення зору, зумовлене функціональними розладами зорового аналізатора.

Астигматизм ока – недолік ока, зумовлений несферичною формою рогівки або кришталика, за якого промені світла не фокусуються в одній точці.

Ахроматичний зір – найбільш важка форма розладу колінного зору, що характеризується повною втратою здатності розрізняти хроматичні тони.

Бінокулярний зір – зір, у якому беруть участь обидва ока, а отримані ними зображення зливаються в одне, що відповідає розглянутому предмету.

Глаукома – це небезпечне захворювання очей, при якому через надлишок внутрішньоочної рідини або через порушення її циркуляції та відтоку виникають незворотні трофічні порушення в тканинах ока, які поступово спричинюють сліпоту та інвалідизацію осіб переважно працездатного віку.

Короткозорість – це дефект зору, коли людина бачить чітко тільки близько розташовані предмети, а на відстані вони – у вигляді розмитої картинки.

Косоокість – захворювання, що характеризується порушенням бінокулярного зору в результаті відхилення одного з очей від спільної точки фіксації.

Оптимізація – 1) Процес вибору найкращого варіанта з можливих; 2) Процес приведення системи у найкращий (оптимальний) стан.

Периферійний зір – визначається периферійною областю поля зору; характеризується різким зниженням роздільної здатності порівняно із центральним зором; служить для орієнтування і переміщення в просторі.

Поле зору – простір, одночасно видимий оком при нерухомому положенні голови і фіксації погляду в одній точці; визначається оптичними, рецепторними і нервовими елементами органу зору.

Тифлопедагогіка – наука про виховання і навчання дітей з глибокими порушеннями зору, одна з галузей дефектології.

Фізичний розвиток – динамічний процес зростання (збільшення довжини і маси тіла, розвиток органів і систем організму й ін.) і біологічного дозрівання дитини в певному періоді дитинства.

Особа з особливими освітніми потребами – особа, яка потребує додаткової постійної чи тимчасової підтримки в освітньому процесі з метою забезпечення її права на освіту.

Особистість – людина як суспільний, соціалізований індивід. Особистістю не народжуються, вона формується у процесі набуття соціально-культурного досвіду. Особистості властиві спрямованість, характер, здібності й темперамент.

Особливі потреби – новий термін, прийнятий до вживання в останні десять років, пом'якшений на відміну від термінів «інвалід», «дефектність», «відставання».

Офтальмолог – лікар-спеціаліст, що отримав підготовку в галузі офтальмології.

3.3. МЕТОДИКА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

Порушення слуху – це часткова або повна втрата здатності людини до розпізнавання різних звуків. Туговухість й глухота можуть бути як вродженими, так і набутими протягом життя. Зниження слуху помітно погіршує якість життя – людина перестає розуміти оточуючих людей, виникають певні складнощі при орієнтуванні у просторі, погіршується сприйняття нової інформації та інше.

Порушення слуху в дітей передбачає, що вони мають отримувати спеціальне навчання та відповідні супутні послуги. Поняття «порушення слуху» часто використовується для описання широкого діапазону розладів, пов'язаних із розладами слуху, що включає і глухоту.

Глухота визначається як цілковита відсутність слуху або його значне зниження, внаслідок якого сприймання та розпізнавання усного мовлення неможливе.

Існує безліч класифікацій, що характеризують здатність людини чути і сприймати звуки. Основні з них **за станом слуху**:

- перша класифікація дітей з порушеннями слуху охоплює два види патологічного стану – глухота і приглухуватість.

Глухота характеризується повною втратою здатності до звуко-сприйняття.

Під приглухуватістю мають на увазі часткову втрату слуху, при якій існують труднощі в сприйнятті людської мови, проте залишається здатність до отримання словесної інформації, хоч і на більш низькому рівні, ніж у нормі;

- **за причинами виникнення аномалії** – у медицині добре відома класифікація порушення слуху в залежності від факторів, що спровокували патологію. Відповідно до неї причини виникнення приглухуватості або глухоти діляться на такі види: кондуктивні, нейросенсорні (сенсоневральна) і змішані. Кондуктивні фактори, що впливають на слух, пов'язані з наявністю перешкоди нормальній звукопередачі. Такими перешкодами можуть стати сірчана пробка, пошкодження барабанної перетинки, набряклість тканин слухового проходу, наявність новоутворення, запалення органів слуху та інше. Кондуктивна приглухуватість завжди пов'язана з поганою передачею звуку від зовнішнього вуха до середнього або від середнього до внутрішнього. Причини нейросенсорної приглухуватості криються на рівні сприйняття звукових сигналів. При цьому зниження слуху відбувається через ураження звуковосприймаючих органів – загибелі волоскових клітин внутрішнього вуха, внаслідок чого процес звукопередачі спотворюється або зовсім перестає функціонувати. Патологія може виникнути через пошкодження слухового нерва, в результаті ускладнення після вірусних інфекцій (грипу, ГРВІ, кору, менінгіту) або після прийому деяких лікарських препаратів (наприклад, антибіотиків групи гентаміцину або нестероїдів). Змішаний вид приглухуватості виникає в результаті одночасного впливу кондуктивних і нейросенсорних факторів;

- **за часом виникнення патології** – залежно від періоду виникнення порушення слуху поділяються на такі види: гострі, хронічні та вроджені.

Гостре (раптове) порушення слуху виникає спонтанно, буквально за кілька днів або тижнів. Причинами такої приглухуватості можуть стати отримані травми, гостре інфекційне ураження або пухлинні утворення.

Хронічні порушення можуть формуватися кілька місяців або декілька років. При цьому туговухість виникає через тривалий вплив негативних чинників (проживання в галасливій місцевості, звички голосно слухати музику, професійні шкідливості та інших).

Вроджена туговухість пов'язана ще з ембріональним розвитком або патологічним процесом родової діяльності. Причинами вроджених аномалій можуть стати хвороба матері під час вагітності, токсичне ураження плоду на тлі куріння або вживання алкоголю майбутньою мамою, родова травма;

- **за ступенем туговухості** – ця класифікація осіб з порушенням слуху відштовхується від ступеня зниження слухових можливостей і відхилення від нормальних значень – у нормі людське вухо має сприймати звуки в частоті від 0 до 25дБ.

Отоларингологи виділяють 4 ступеня порушення слуху (приглухуватості):

- дитина може вловлювати звуки гучністю від 26 до 40 дБ;
- поріг сприйняття звуків підвищується до 41-55 дБ;
- поріг чутності знаходиться в діапазоні від 56 до 70 дБ;
- дитина здатна вловлювати гучні звуки понад 71 дБ.

У разі, якщо здатність до сприйняття звуків повністю відсутня, пацієнту ставиться діагноз «глухота». Саме ця класифікація користується найбільшою популярністю в лікарській практиці і має назву «Міжнародна класифікація порушень слуху»;

- **за часом виникнення і ступеня порушення, а також рівня розвитку дитини** – педагогічна класифікація дітей з порушеннями слуху справила величезний значення для формування спеціальних

дитячих установ. Кінцепція полягає в розподілі дітей на групи, залежно від їхньої здатності до навчання, яка визначається станом слухового аналізатора. Також враховується наявність у дитини недоліків у розвитку, обумовлених зниженням слуху.

Слабочуючі діти діляться на 4 групи:

- глухі, які не володіють мовою, – до них відносяться глухі від народження або які дуже рано втратили слух;
- глухі, із збереженою мовою – пізнооглухлі;
- діти з приглухуватістю, які добре володіють мовою;
- діти з приглухуватістю, які погано сприймають людську мову.

Навчання дітей з вадами слуху. Втрата слуху або глухота не впливають на інтелектуальні можливості людини або на її здатність навчатися. Проте дитина зі зниженим слухом потребує спеціальних навчальних послуг для того, щоб отримати адекватне навчання. Такі послуги можуть охоплювати:

- регулярний розвиток мовлення і слуху, формування правильної вимови звуків, навичок комунікації за допомогою фахівця;
- використання систем і приладів підсилення звуку;
- послуги перекладача для тих учнів, які використовують мову жестів;
- відповідні місця в аудиторії, щоб мати можливість читати по губах;
- фільми/відео із субтитрами;
- допомогу учневі зі зниженим слухом повною мірою розуміти і виконувати інструкції;
- інструкції для вчителів та інших учнів щодо використання альтернативних засобів комунікації, таких як мова жестів;
- консультації фахівців.

Дітям зі зниженим слухом важче, ніж дітям, які добре чують, засвоювати нові слова, граматику, правильно будувати і розуміти речення. Для глухих дітей або тих, у кого спостерігається значне зниження слуху, завчасне, постійне використання наочних моделей комунікації

(таких як мова жестів, дактиль, коли букви позначаються певною комбінацією пальців рук), спеціальна вимова та/або користування звукопідсилювальною апаратурою можуть зменшити певні мовленнєві проблеми. Глухі діти з дошкільного віку мають виконувати спеціальні вправи для розвитку мовлення та навичок спілкування. Важливо, щоб фахівці (вчителі та сурдопедагоги) працювали спільно, аби навчити дитину максимально використовувати її залишковий слух навіть тоді, коли перевага віддається жестовій мові. Оскільки переважна більшість глухих дітей (понад 90 %) народжується від батьків, котрі чують, програми мають містити інструкції для батьків щодо виховання дітей у родині (рис.1).



Рисунок 1. Жестова мова

Люди зі зниженням слуху можуть використовувати для комунікації жестову мову, усне мовлення або комбінувати їх. Мовленнєва комунікація охоплює вимову, читання по губах, використання залишків слуху. Комунікація дактилем передбачає використання знаків пальцями на позначення букв із дотриманням правопису рідної мови. Люди з

різним ступенем зниження слуху мають у своєму розпорядженні певні допоміжні засоби, зокрема текстові телефони дають людині змогу надрукувати повідомлення та надіслати його через телефонну мережу.

Учителю також треба врахувати, що такі учні часто зчитують інформацію з губ, тому треба переконатися, що:

- обличчя достатньо освітлене;
- мовлення чітке, не дуже швидке;
- висловлювання короткі, фрази змістовні;
- висловлене підкріплюється відповідним виразом обличчя;
- коли це можливо, варто показувати числівники на пальцях.

Для кращого засвоєння навчального матеріалу треба використовувати широкий спектр дидактичного й технічного забезпечення, а саме:

- перед початком заняття роздати учням з порушенням слуху надрукований конспект уроку;
- використовувати роздавальний матеріал;
- використовувати наочний матеріал – таблиці, схеми, графіки;
- заохочувати учнів з порушеннями слуху до використання слухових апаратів;
- призначити наставника з-поміж учнів, якічують, для допомоги в опануванні навчального матеріалу.

У процесі контролю сприймання навчального матеріалу педагогу важливо:

- перевіряти, чи правильно зрозуміли учні з порушеннями слуху інформацію, перед тим, як продовжувати висловлюватись далі;
- перефразувати та спрощувати речення при збереженні його змісту;
- пропонувати учням з порушенням слуху вести словник термінів і дозволяти їм користуватись ним під час відповідей;
- враховувати, що таким чином учням потрібно більше часу для виконання завдань;
- сприяти розвитку комунікативних умінь шляхом застосуванням інтерактивних методів навчання.

Методика. Фізичне виховання дітей з порушенням слуху пов'язане з розвитком мови і мовного спілкування. Виконання рухів супроводжується використанням мовних інструкцій учителем. Залежно від віку дітей та етапу навчання вони даються усно і письмово (на табличках). Відповідно до ступеня опанування дітьми значень слів та інструкцій, мовний матеріал дається усно. Діти засвоюють слів, що позначають рухи, фізкультурні знаряддя, інвентар, вчаться застосовувати ці слова у спілкуванні з іншими дітьми і вчителем у процесі рухливих ігор, виконання вправ. Використання мовного матеріалу повинне бути обґрунтоване й регламентоване вчителем для того, щоб не знижувати моторної щільності занять. Фізичне виховання здійснюється в процесі всієї корекційно-виховної роботи.

Основними формами фізичного виховання є:

- ранкова гімнастика;
- рухливі ігри на прогулянках і в перерві між заняттями;
- фізкультурні хвилинки;
- ритміка;
- музичні заняття;
- заняття з фізичного виховання та ЛФК.

Ранкова гімнастика сприяє переходу організму дитини від сну до бадьорості, готує до активної діяльності протягом дня, створює необхідний тонус. Ранкова гімнастика проводиться у всіх учнів. Комплекс вправ відповідає віку, індивідуальним можливостям дітей і включає відпрацьовані вправи на розвиток і координацію основних рухів, розвиток рівноваги, формування правильної постави. Перед початком виконання вправ важливо створити у дітей гарний настрій, можна використовувати звукові сигнали (музичні інструменти) чи музичний супровід (аудіозаписи). Зарядка проводиться в приміщенні, де заздалегідь готуються необхідне знаряддя (м'ячі, прапорці й ін.). Зазвичай при проведенні ранкової гімнастики дотримується така послідовність: ходьба, біг, що поліпшують кровообіг і дихання, загальнорозвиваючі вправи, стрибки, дихальні вправи.

Рухливі ігри проводяться на прогулянках і в перервах між заняттями. Вони дозволяють дітям змінити характер діяльності, відпочити після активної роботи на заняттях. Ігри між заняттями повинні бути добре знайомі дітям, прості і доступні для участі. Організація ігор на прогулянці залежить від пори року й погоди. Необхідно також враховувати характер попередньої діяльності дітей. Вільна діяльність дітей у денний і вечірній час створює гарні можливості для рухової активності, коли діти займаються іграми, малюванням, читанням, вправами на гімнастичних снарядах, їхньою руховою активністю необхідно керувати і стежити, щоб активні рухи чергувалися із заняттями за столом, спокійними іграми, не допускати перезбудження в процесі рухових ігор.

Фізкультурні хвилинки забезпечують зміну діяльності дітей на заняттях, створюють можливості для короткочасного відпочинку. Фізкультурні хвилинки проводяться, як правило, у середині заняття, після появи ознак стомлення. Тривалість фізкультурних хвилинок – 3-5 хвилин, до них включаються декілька вправ, що звичайно мають характер гри чи рухової гри. Доцільно пов'язувати рух зі змістом заняття: наприклад, імітувати катання на ковзанах чи лижах, кидання сніжки, наслідувати рухи тварин під час вивчення відповідної теми. У деяких випадках, за бажанням сурдопедагога або логопеда, замість фізкультурної хвилинки може бути проведена фонетична ритміка, у якій різні рухи сполучаються з проголошенням мовного матеріалу (звуків, складів, слів, фраз), відпрацьовуванням ритміко-інтонаційної сторони мови.

Музичні заняття – також одна з форм фізичного виховання дітей із порушеннями слуху. Вони спрямовані на сприйняття музики, розвиток голосу, розвиток відчуття ритму рухів. На музичних заняттях діти багато рухаються: танцюють, грають, виконують вправи, беруть участь у рухливих іграх. У зміст музичних занять включаються прості рухи (ходьба, біг, стрибки, удари, притупування) і більш складні (елементи танцю). Під час музичних занять у дітей формується почуття ритму, що позитивно впливає на рухи дітей, робить їх більш координованими, ритмічними. У процесі танців, співу нормалізується дихання і пов'язана із цим злитість мови.

Заняття з фізичної культури проводяться згідно з розкладом уроків, погодними умовами й темою яка вивчається. Структура занять з фізичного виховання в спеціальних закладах, як і в масових, включає три частини: вступну, основну і заключну, а також обов'язково корекційну. У наступній частині важливо підготувати дітей до основного фізичного навантаження. Вступна частина містить побудову, пояснення задач, ходьбу, короткочасний біг і нескладні вправи, які готують організм дитини до виконання основного навантаження. До основної частини належать загальнорозвивальні вправи, розвиток основних рухів та вивчення нового матеріалу і рухлива гра. Комплекс загальнорозвивальних вправ складається з вправ для м'язів різних груп м'язів: вправи для м'язів шиї, плечового поясу і рук, для м'язів тулуба, ніг.

У корекційній частині доречно виконати комплекс дихальних вправ (промовляння звуків під час фізичної вправи), вправ із профілактики плоскостопості, постави й координаційних вправ з предметами на розвиток, уваги, концентрації. У заключній частині пропонується легкий біг, спокійна ходьба, вправи на увагу, координацію рухів, підбиваються підсумки. Структурні частини заняття чітко відрізняються у вікових групах учнів.

Моторна щільність занять залежить від способу організації дітей, уваги, дисциплінованості. На заняттях з фізичного виховання використовуються фронтальний, поточний, почерговий та індивідуальний способи організації дітей.

Діти першого класу найчастіше виконують рухи разом (фронтально) чи індивідуально; старші учні – поточно чи у підгрупах. Усі способи організації повинні здійснюватися таким способом, щоб фізичне навантаження на кожну дитину було рівномірним, а моторна щільність занять високою.

Під час проведення занять використовується наявне оснащення залу: гімнастична стінка, ослони, драбини, дошки, місток-гойдалка, стійки для стрибків, м'ячі, обручі, канат й ін. На заняттях у всіх вікових групах використовується звуковий супровід: удари в бубон чи

барабан, що служать сигналом для початку і закінчення рухів, їхні зміни, регулювання швидкості ходьби, бігу, частоти стрибків. Зміст фізичного виховання дітей з порушеннями слуху у всіх вікових групах визначається загальними завданнями і необхідністю корекції недоліків у фізичному і моторному розвитку та їхньому запобіганні. Основну увагу в роботі з дітьми перших класів необхідно приділити розвитку рухової активності, формуванню довільної уваги, умінню наслідувати дії дорослого, формуванню навичок поведінки в залі, розвитку емоційно-вольової сфери. Формування основних рухів відбувається шляхом включення їх у доступній формі в зміст занять. Навчання ходьбі, бігу проводиться із включенням цікавих дітям ігрових моментів. Діти опановують різними видами стрибків (на місці, з поворотом, перестрибувати через мотузку, зістрибувати з дошки). Дітей також навчають повзанню, лазінню, перелізанню.

У других та третіх класах підвищується ступінь складності вправ і змінюються умови їхнього виконання. Підвищуються вимоги до якості основних рухів: діти повинні вміти зістрибувати на напівзгнуті ноги, правильно координувати рухи рук і ніг у ходьбі і бігу, самостійно лазити. Важливо навчити дітей правильно поводитися в колективних іграх, витримувати свою роль, погоджувати свої рухи з діями інших дітей. Розвивається уміння реагувати на звукові сигнали. Важливо вчити дітей самостійно виконувати вправи не лише за зразком, але й за словесною інструкцією. Рухові навички закріплюються в процесі підвищення складності вправ, збільшення темпу. У процесі корекційної роботи особлива увага приділяється ускладненню вправ для розвитку рівноваги, а також розвитку просторового орієнтування в процесі підбору спеціальних вправ і рухливих ігор. На цьому етапі навчання з метою досягнення високої моторної щільності занять найчастіше використовуються фронтальний, потоковий чи груповий способи організації дітей.

Діти четвертих класів повинні вміти володіти основними рухами, самостійно виконувати серію послідовних рухів у ходьбі один за одним, вміти орієнтуватися в просторових умовах, що ускладнюються.

Вимоги також до поведження в колективі, умінню погоджувати свої дії з діями інших дітей у рухливих іграх, естафетах. На різних етапах навчання використовуються такі методи, як показ, допомога, страховка, дії за словесною інструкцією, однак їх обсяг на різних роках навчання розрізняється.

Показ як метод навчання використовується в роботі і з молодшими класами, так і на заняттях зі старшими дітьми. Під час показу дітям надається образ руху в його цілісному вигляді, без акцентування уваги на окремих елементах. Правильність показу, його точність – одна з важливих умов навчання. Недбала, неточна демонстрація рухів може спричинити неправильне відтворення дітьми.

Для старших дітей рух може бути запропонований у розчленованому вигляді з метою навчання елементам техніки. Спостерігаючи за рухом, діти повинні добре його бачити, а також спостерігати за виконанням руху іншими дітьми. У роботі з молодшими класами, а також з дітьми, що мають порушення рівноваги і просторового орієнтування, важлива допомога дорослого.

Страховка використовується на всіх роках навчання під час виконання координаційно важких вправ, а також для запобігання можливих травм. Відповідно до засвоєння дітьми рухів, які спочатку продемонстрував педагог, діти починають відтворювати їх за словесною інструкцією. Залежно від віку дітей, їхнього рухового досвіду, стану слуху і мови вчитель використовує різні форми мови. У перших класах назви предметів, дій, надаються усно і для кращого сприйняття і засвоєння демонструються наочно. Відповідно до засвоєння слів вони надаються усно.

Інструкції повинні бути короткими, зрозумілими для дітей. У разі нерозуміння дітьми значення слів вихователь використовує показ у сполученні зі словесною інструкцією, а потім знову надає інструкцію. У процесі фізичного виховання у дітей розвивається довільна увага, уміння діяти за вчителем і за наочним зразком, а потім і самостійно виконувати вправи, орієнтуючись на словесні інструкції. Діти

вчатися діяти в колективі, узгоджуючи свої дії з діями інших дітей. Треба допомагати їм, виявляти ініціативу, самостійність, витримку в іграх і вправах. Досягнення успіху у виконанні завдань і вправ сприяє формуванню оцінки власних можливостей, позитивно відбивається на особистісному розвитку дитини. Важливе значення для подальшого фізичного розвитку здобуває формування інтересу до занять фізкультурною, участі в іграх, змаганнях.

Необхідно пам'ятати, що гра є найважливішим засобом розвитку особистісних якостей дитини: самостійності, ініціативності, сприяє формуванню міжособистісних відносин в групі. Гра повинна бути підготовлена як у змістовному, так і в плані мовного оформлення. Діти повинні знати назви ігор, дійових осіб, вміти за допомогою вихователя розподілити ролі. Щоденне керівництво ігровою діяльністю допомагає формуванню творчого ставлення до дійсності, розвитку уяви дітей. При створенні адекватних умов і правильної організації у грі відбувається корекція як окремих психічних функцій, так і особистості дитини загалом. У грі повноцінно може бути реалізована задача мовного розвитку дітей з порушенням слуху. Важливо створити необхідні умови для ігор дітей протягом дня, передбачити їх в режимі.

Навчання ігор відбувається в різних формах: у вільній діяльності дітей, на прогулянках, на спеціальних заняттях. Протягом дня виділяється кілька різних відрізків часу для вільних ігор, коли діти можуть грати в знайомі ігри за власним вибором або за допомогою вихователя. Залежно від кількості часу ігри можуть бути дидактичними або сюжетно-рольовими. На прогулянці проводяться рухливі ігри, в також ігри з піском, снігом та іншими природними матеріалами. З огляду на труднощі спонтанного формування гри, в дитячих садках для глухих і слабчуючих дітей виділяються спеціальні заняття. Час занять залежно від року навчання розподіляється між заняттями з навчання сюжетно-рольових, дидактичних і рухливих ігор.

Ігри та вправи для розвитку слухової уваги

Гра «Ніс – підлога – стеля». Домовтеся з дітьми, що коли ви скажете слово «ніс», дітям треба показати пальцем на свій ніс. Коли скажете слово «стеля», діти повинні направити палець на стелю, а коли вони чують слово «підлога», то показати пальцем на підлогу. Дітям треба пояснити, що піддаватися на провокацію не можна: виконувати треба ті команди, які ви промовляєте, а не ті, які показуєте.

Потім починайте говорити слова: «ніс», «підлога», «стеля» в різній послідовності, а показувати при цьому або правильно, або неправильно. Наприклад, називайте ніс, а показуйте на підлогу. Діти ж повинні завжди показувати в правильному напрямку.

Гра «Зроби правильно». Для гри знадобляться бубон і хустинок. Кількість хустинок має бути рівною кількості дітей, які беруть участь у грі. Роздайте дітям хустинок і поясніть, що коли ви голосно вдарите в бубон, вони повинні підняти хустинок і помахати ними, а якщо ви будете бити ледь чутно, нехай діти опустять їх униз. Продемонструйте, що означає голосно і тихо. Під час гри чергуйте гучне і тихе звучання не більше трьох-чотирьох разів.

Гра «Послухай і зроби як я». Проплескайте в долоні певний ритм і запропонуйте дитині повторити за вами. Простукайте ритм паличкою по столу, по барабану, по каstrулі, по книзі або по банці. Нехай дитина точно відтворить ваш ритм. Потім поміняйтеся ролями – малюк простукує ритм, а ви повторюєте. Чим старша дитина, тим складнішим може бути ритм. Для трирічного малюка в ритмі має бути не більше 5-6-ти ударів. Відповідно до опанування ритми можна поступово ускладнювати.

Гра «Лелеки - жаби». Домовтеся з дітьми, що зараз вони будуть ходити по колу і перетворюватися на лелек або жаб. Якщо ви плескаєте в долоні один раз, діти мають перетворитися на лелек: встати на одну ногу, руки в сторони. Якщо ви плескаєте в долоні два рази, діти перетворюються на жаб: сідають навпочіпки, руки опускають на підлогу між ногами. Якщо ви плескаєте три рази, діти продовжують ходьбу по колу.

Починайте гру: спочатку привчайте дітей до певної зміни рухів, а потім намагайтеся їх заплутати.

Гра «Говоримо пошепки». Розставте на столі іграшки: кубики, ляльку, зайчика, машинку й ін. Посадіть малюка за стіл і поясніть йому, що ви будете давати йому завдання дуже тихо – пошепки, тому треба дуже уважно слухати вас, щоб усе почути. Відійдіть від дитини на 2-3 метри і починайте давати завдання:

«Візьми зайчика. Посади його в машину. Постав один кубик на інший». Давайте короткі, прості завдання, говоріть тихо, але чітко, щоб малюк почув, зрозумів і виконав завдання. Якщо в грі беруть участь кілька дітей, можна давати їм спільні завдання, наприклад: «Візьміться за руки», «Пострибайте», «Обійдіть навколо стільця», «Підніміть руку вгору», «Покажіть на свій ніс».

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Адаптація – це природний стан індивіда, який проявляється у звиканні (приспосовуванні) до нової діяльності, до нових умов життя, до появи соціальних контактів та умов, що змінилися, соціальних ролей, які змінилися.

Артикуляція – це система положень, рухів і дій рухливих частин мовного апарату, за допомогою якої утворюється чітка вимова звуків у мовленнєвому потоці.

Бінауральний слух – сприйняття звукових сигналів двома вухами. Він має низку переваг порівняно з моноауральним сприйняттям: забезпечує сприйняття звуків меншої інтенсивності, оскільки поріг подразнення при цьому нижчий; забезпечує просторову локалізацію звуку.

Відчуття – це відображення якостей предметів і явищ дійсності, що безпосередньо діють на органи чуття людини. Сприймання – це відображення людиною предмета або явища загалом, коли вони безпосередньо впливають на органи чуттів. Тому сприймання формується протягом усього періоду розвитку дитини.

Вібраційна чутливість – відчуття вібрації. Вимірюється вібраційна чутливість у секундах. Здорова людина відчуває віброуючий камертон протягом 16-20 с., тоді як за умови пошкодження шляхів глибокої чутливості цей час скорочується.

Глухота – стійка втрата слуху, при якій розбірливе сприймання мовлення неможливе. До категорії глухих належать діти, слух у яких пошкоджений так, що вони самостійно не можуть використати його для розвитку мовлення.

Глухонімота – вроджена або набута в ранньому дитинстві глухота й обумовлена нею відсутність мовлення.

Дактилологія – це вчення, що чітко відображає специфіку спілкування: слово або поняття, яке позначається (передається) пальцями; специфічний засіб спілкування глухих осіб; система пальцевих знаків, яку використовують як засіб комунікації, своєрідна форма мовлення, що базується на використанні пальців рук.

Жестова мова – це вид спеціального письма, який дає змогу визначати цілі слова, а також літери алфавіту певними жестами. Жестову мову для обміну інформацією використовують як люди з вадами голосових зв'язок та слуху, так і люди без таких вад.

Мутизм – стан у психіатрії і неврології, коли хворий не відповідає на запитання й навіть знаками не дає зрозуміти, що він згоден вступити в контакт із навколишніми людьми.

Туговухість – стійке ураження слуху, яке викликає труднощі при сприйманні мовлення. Дітей із туговухістю називають слабчучими або зі зниженим слухом.

Слабчучими (туговухими) – називають дітей з частковою слуховою недостатністю з різним ступенем вираженості, яка є причиною порушення мовного розвитку. До категорії слабчучих відносять дітей, у яких пошкоджена слухова функція, але слух збережений настільки, що вони можуть самостійно хоча б мінімальною мірою опанувати словесним мовленням.

Пізнооглухі – діти, які втратили слух після того, як мова у них вже сформувалась, і тому збереглася тією чи іншою мірою.

Приглухуватість – це таке зниження слуху, за якого виникають утруднення сприйняття мови, але за певних умов воно все-таки можливе. Наприклад, коли говорити гучно або безпосередньо у вухо хворому, або застосовувати спеціальні пристрої для посилення звуку.

Слухова система (орган слуху і рівноваги) – аналізатор зовнішнього середовища, що виконує дві важливі функції – сприймання звукових коливань, підтримання рівноваги і регулювання положення та рухів тіла в просторі.

Фонематичний слух – вид слуху, який забезпечує розрізнення звуків мовлення як фонем і правильну вимову, а також сприйняття та розуміння змісту слів. Фонематичний слух є тонким систематизованим слухом, що має здатність здійснювати операції розрізнення і вирізнення (розпізнавання) фонем, які складають звукову оболонку слова.

Фонетична ритміка – це система рухових вправ, у яких різні рухи (корпусу, голови, рук, ніг) поєднуються з проголошенням певного мовного матеріалу (фраз, слів, складів, звуків).

Фонематичне сприйняття – це здатність аналізувати те, що ми чуємо.

3.4. МЕТОДИКА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ

Дитина з інтелектуальними порушеннями – це дитина, у якої є стійке порушення пізнавальної діяльності внаслідок органічних порушень головного мозку.

Класифікація за ступенем тяжкості та етіології. Діти з розумовою відсталістю – одна з найбільш численних категорій дітей, які відхиляються у своєму розвитку від норми. Вони становлять $\approx 2,5\%$ від загальної популяції дітей. Поняття «дитина з інтелектуальними порушеннями» містить досить різноманітну за складом сукупність дітей, яких об'єднує наявність пошкодження кори головного мозку (далі «ГМ»), що мають дифузний характер. Виникають різноманітні відхилення та порушення, які виявляються в усіх видах психічної

діяльності, особливо в процесах мислення. Переважну кількість таких дітей складають ті, у яких розумова відсталість виникла в результаті різноманітних органічних уражень мозкових систем в період розвитку плоду і до 2-3 років післяродового періоду. Це, власне, **олігофренія**. Розумова відсталість, яка виникла у більш пізньому віці, у практиці буває не часто. При **деменції** ураження мозку виникають після досить тривалого періоду нормального розвитку дитини (в 5-7 й більше років). Причини розумової відсталості досить різноманітні. Їх прийнято поділяти на зовнішні (екзогенні) та внутрішні (ендогенні).

Зовнішні чинники:

- важкі інфекційні захворювання, які жінка переносить під час вагітності, вірусні захворювання, грип, краснуха та ін.;
- різні інтоксикації, тобто хворобливі стани організму майбутньої матері, що виникають під дією отруйних речовин, які утворюються при порушенні процесу обміну. Інтоксикація нерідко є наслідком надмірного вживання вагітною жінкою ліків. Вони можуть змінити розвиток плоду;
- важкі дистрофії жінки під час вагітності;
- зараження плоду різними паразитами, які є в організмі матері, при захворюванні вагітної жінки сифілісом нерідко трапляються випадки зараження плоду спірохетою;
- травматичні ураження плоду. Розумова відсталість може бути наслідком родових травм, що виникають в результаті накладання щипців, здавлювання голівки дитини під час проходження через родові шляхи при затяжних або при надмірно швидких пологах. Тривала асфіксія під час пологів також може мати своїм наслідком розумову відсталість дитини.

Внутрішні чинники:

- фактор спадковості. Встановлено, що приблизно 75% становлять генетичні форми розумової відсталості (резус-фактор, хромосомні захворювання);
- порушення білкового обміну в організмі;

- запальні захворювання мозку і його оболонки (менінгіти, менингоенцефаліти різного походження), що виникають у немовлят, часто є причинами розумової відсталості;

- різко підвищена радіація місцевості, неблагополучне екологічне середовище, алкоголізм або наркоманія батьків, особливо матері.

Важливу роль відіграють також важкі матеріальні умови, в яких перебувають деякі сім'ї. У таких випадках дитина з перших днів життя, а потім постійно не отримує повноцінного харчування, догляду й ін., необхідних для фізичного і розумового розвитку. Регрес, який призводить до затримки психічного і фізичного розвитку дитини, називається **депривацією**. **Депривація веде до ЗПР (зворотний процес)**. У випадку, якщо не корегувати відхилення в розвитку дитини, то ЗПР може перерости в **розумову відсталість (процес незворотній)**.

Розумово відсталі діти різняться ступенем вираженості дефекту, вимірюваного за тестом інтелекту Векслера в умовних одиницях. Середній рівень інтелектуального розвитку відповідає діапазону 90-109 умовних одиниць. «Добра норма» інтелектуального розвитку відповідає 110-119 умовних одиниць. Знижена норма відповідає діапазону 80-89 умовних одиниць. Прикордонний рівень інтелектуального розвитку між нормою та інтелектуальним зниженням відповідає діапазону 70-79 умовних одиниць. Інтелектуальне зниження відповідає менше ніж 70 умовним одиницям.

Діти з легким ступенем розумової відсталості (дебільність) становлять 75-80%. Їхній рівень інтелектуального розвитку (IQ) – **50-70** умовних одиниць. Після навчання в спеціальних школах або класах, які перебувають при масових школах, або після виховання і навчання в домашніх умовах багато з них соціально адаптуються і працевлаштовуються.

Діти із середньою вираженістю відсталості (імбецильність) становлять приблизно 15% випадків. Їхній рівень інтелектуального розвитку (IQ) – від **20-50** умовних одиниць. Деякі з них (із помірною розумовою відсталістю, **IQ 35-49**) відвідують спеціальну школу для

імбецилів або навчаються в спеціальних класах школи для розумово відсталих, або виховуються і навчаються в домашніх умовах з батьками чи запрошеними педагогами. Вони зазвичай живуть у сім'ях. Їхнє працевлаштування ускладнене. Інша група, з вираженою розумовою відсталістю (**IQ 20-34**), опановує лише навички самообслуговування і найпростішими трудовими операціями, ці діти часто направляються до інтернатних закладів.

Глибоко розумово відсталі діти (ідіотія) здебільшого довічно перебувають в інтернатах. Деякі, за бажанням батьків, живуть у сім'ях. Їхня загальна кількість – приблизно 5% від усіх розумово відсталих дітей. Мислення таких дітей практично повністю нерозвинене, можлива виборча емоційна прив'язаність таких дітей до близьких дорослих. Зазвичай вони не опановують навіть елементарними навичками самообслуговування. **IQ цих дітей менше ніж 20 одиниць.** У дітей з інтелектуальними порушеннями часто спостерігається недостатність розвитку тонкої моторики, складність набуття навичок, що вимагають диференційованих рухів, перемикання темпу. На фізичний розвиток, рухові здібності, здібності до навчання, пристосованість до фізичного навантаження впливає важкість інтелектуального порушення, особливості психічної й емоційно-вольової сфери дітей. Діти-олігофрени мають стійкі порушеннями всієї психічної діяльності, що чітко виявляються у зниженні активності пізнавальних процесів, особливо – словесно-логічного мислення. Причому є не лише відставання від норм, а й глибока своєрідність особистісних проявів і всієї пізнавальної сфери. Таким чином, розумово відсталі діти в жодному разі не можуть бути прирівняні до нормальнотипових дітей.

Інклюзія для дітей з вадами когнітивного розвитку – це можливість якнайбільше взаємодіяти з однолітками, підвищувати свій соціальний інтелект, адаптуватись у соціумі в подальшому житті.

В основу інклюзивної освіти покладена ідеологія, яка унеможлиблює будь-яку дискримінацію учнів, але в водночас створює відповідні умови для отримання якісної освіти для таких дітей.

Поради для вчителя, який працює з дитиною, що має порушення інтелектуального розвитку:

- пам'ятайте, що час, протягом якого дитина може концентрувати увагу – 5-7 хвилин, в кращому разі – 15 хвилин;
- матеріал подавайте в доступній формі;
- з метою активізації активної уваги змінюйте види діяльності;
- навчання повинно мати предметно-наочний і практичний характер;
- спиратись на більш розвинуті здібності дитини в подоланні недостатності інтелектуальної сфери;
- для дітей із низьким рівнем працездатності зменшуйте обсяг завдань;
- враховуючи слабку пам'ять, матеріал подавайте малими дозами, з багаторазовим повторенням;
- підтримуйте в дитини впевненість у своїх силах, прагнення до пізнавальної діяльності;
- запобігайте й адекватно реагуйте на зміни в психічній діяльності, поведінці та загальному стані дитини;
- закінчуйте заняття, коли дитина втомилась;
- ставтеся з повагою до дитини та її батьків.

О.А. Дмітрієв (1989, 2002), Л.В. Шапкова (2004) систематизують порушення рухової сфери дітей з інтелектуальними порушеннями за такими критеріями:

1. Порушення фізичного розвитку: відставання в масі, зрості; порушення постави; порушення в розвитку стопи; порушення в розвитку грудної клітини й зниження її окружності; парези верхніх кінцівок; парези нижніх кінцівок; відставання в показниках об'єму життєвої ємності легень; деформації черепа.

2. Порушення в розвитку рухових здібностей: порушення координаційних здібностей – точності рухів у просторі; ритму рухів; диференціювання м'язових зусиль; просторового орієнтування; точності рухів у часі; рівноваги;

3. Порушення основних рухів:

- неточність рухів у просторі та часі;
- грубі помилки при диференціюванні м'язових зусиль;
- відсутність спритності і плавності рухів;
- зайва скутість і напруженість;
- обмеження амплітуди рухів в ходьбі, бігу, стрибках, метаннях.

Серед **завдань** фізичного виховання осіб з особливостями інтелектуального розвитку виділяють основні й спеціальні.

До основних належать освітні, виховні й оздоровчі завдання:

- зміцнення здоров'я і загартування організму;
- навчання основам техніки рухів, формування життєво необхідних умінь і навичок;
- розвиток рухових якостей: сили, швидкості, гнучкості, витривалості, спритності;
- формування правильної постави;
- формування і виховання гігієнічних навичок при виконанні фізичних вправ;
- виховання досить стійкого інтересу до занять фізичною культурою;
- стимуляція позитивних емоцій і розвиток образного мислення.

До спеціальних завдань відносяться:

1. Корекція основних рухів у ходьбі, бігу, метанні, стрибках, лазінні, вправах з предметами та ін.:

- узгодженості рухів окремих ланок тіла (рук, ніг, тулуба, голови);
- узгодженості виконання симетричних та асиметричних рухів;
- узгодженості рухів і дихання;
- компенсація втрачених або порушених рухових функцій.

2. Корекція й розвиток координаційних здібностей:

- орієнтування в просторі;
- диференціювання зусиль, часу й простору;
- розслаблення;
- швидкості реагування на умови, що змінюються;

- статичної й динамічної рівноваги.

3. Корекція й розвиток фізичної підготовленості:

- цілеспрямоване покращення фізичних якостей, що відстають у розвитку;

- розвиток м'язової сили, елементарних форм швидкісних здібностей, спритності, витривалості, рухливості в суглобах;

4. Корекція й профілактика соматичних порушень:

- формування й корекція постави;

- профілактика й корекція плоскостопості;

- зміцнення серцево-судинної й дихальної систем.

5. Корекція й розвиток психічних і сенсорно-перцептивних здібностей:

- розвиток зорово-предметного, зорово-просторового і слухового сприйняття;

- розвиток зорової й слухової пам'яті;

- розвиток зорової й слухової уваги;

- корекція й розвиток емоційно-вольової сфери.

6. Розвиток пізнавальної діяльності: формування уявлень про елементарні рухи, частини тіла, суглоби (назва, поняття, роль у русі), про вправи, їхню техніку й вплив на організм, вимоги до постави, дихання, харчування, режим дня, загартування, значення рухів у житті людини й самостійних занять.

В роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями *рекомендовано*:

1. Демонструючи правильні рухи, треба час від часу виконувати їх з учнями, поступово надаючи їм більше самостійності.

2. Рухи й пояснення повинні бути простими і зрозумілими.

3. Поступово вводити вправи, що вимагають від учня короткочасного зусилля, яке доступне його можливостям.

4. Поступово привчати до рухів за описом, словом.

5. Не фіксувати увагу на помилках.

6. Не доводити учня до стомлення.

7. Дотримуючись послідовного наслідування розвитку рухових умінь, постійно урізноманітнювати заняття.

Необхідно зазначити, що передозування фізичними вправами для учнів з особливостями інтелектуального розвитку супроводжується погіршенням психофізіологічного стану і відмовою від подальших занять. Тому для покращення функціонального стану організму необхідний оптимальний руховий режим та адекватна різноманітність засобів фізичного виховання, що стимулює розвиток інтересу до занять.

Основним порушенням рухової сфери дітей з інтелектуальними порушеннями є розлад координації рухів (Дмітрієв, 1989). І прості, і складні рухи викликають у дітей труднощі. Координаційні здібності становлять сукупність безлічі рухових координацій, що забезпечують продуктивну діяльність, тобто вміння доцільно будувати рух, керувати ним і, якщо буде потреба, швидко його перебудувати.

До них відносять:

- здатність зберігати стійку рівновагу;
- здатність відчувати і засвоювати ритм;
- здатність довільно розслабляти м'язи;
- здатність узгоджувати рухи в руховій дії.

Методи формування координаційних здібностей:

- зміна напрямку руху (біг або ведення м'яча зі зміною напрямку руху);
- зміна силових компонентів (чергування метань при використанні снарядів різної маси на дальність і в ціль);
- стрибки у довжину або у висоту з місця (на повну силу, упівсили, в одну третину сили тощо);
- зміна швидкості або темпу рухів (виконання загальнорозвиваючих вправ у звичайному, прискореному й уповільненому темпі);
- стрибки у довжину або у висоту з розбігу з підвищеною швидкістю;
- кидки в корзину в незвичному темпі (прискореному або сповільненому тощо);

- зміна ритму рухів (розбіг у стрибках у довжину або у висоту);
- зміна вихідних положень (виконання загальнорозвиваючих і спеціально підготовчих вправ у положенні стоячи, лежачи, сидячи та ін.; біг обличчям вперед, спиною, боком у напрямку руху);
- варіювання кінцевих положень (кидок м'яча вгору з в. п. стоячи, ловля – сидячи;
- кидок м'яча вгору з в.п. сидячи, ловля – стоячи;
- кидок м'яча вгору з в.п. лежачи, ловля – сидячи або стоячи, тощо);
- ускладнення звичної дії додатковими рухами (ловля м'яча з попередніми плесканнями в долоні, поворотом кругом, стрибком з поворотом та ін.; опорні стрибки з додатковими поворотами перед приземленням;
- підскоки на обох ногах з одночасними рухами рук та ін.;
- комбінування рухових дій (об'єднання окремих освоєних загальнорозвиваючих вправ без предметів або з предметами в нову комбінацію);
- дзеркальне виконання вправ;
- використання різних сигнальних подразників, що вимагають термінової зміни дій (зміна швидкості або темпу виконання вправ за звуковими або зоровими сигналами);
- ускладнення рухів за допомогою завдань типу жонглювання (ловля і передача двох м'ячів, жонглювання двома м'ячами);
- виконання вправ в умовах, що обмежують або виключають зоровий контроль (загально-розвиваючі вправи і вправи в рівновазі із заплющеними очима).

Незважаючи на те, що порушення інтелектуального розвитку – явище незворотне, це не означає, що воно не піддається корекції.

Поступовість і доступність дидактичного матеріалу під час занять фізичними вправами створюють передумови для опанування дітьми різноманітними руховими уміннями, ігровими діями для розвитку фізичних якостей і здібностей, необхідних у життєдіяльності дитини.

Вправи для дітей з розумовою відсталістю

1. Кистьова та пальчикова гімнастика

- Виверти долонями з переплетеними пальцями назовні.
- Торкання нігтьовою фалангою великого пальця почергово всіх інших (з надавлюванням).

Результат:

- розвиток мисленневих операцій на основі послідовного виконання рухових дій;
- розвиток координації рухових дій;
- розвиток узгодженості мікро- та макромоторики;
- розвиток просторово-часової орієнтації, точності відтворення просторових, часових і силових параметрів рухів;
- розвиток кінестетичного контролю при засвоєнні рухових навичок;
- розвиток дрібної моторики рук;
- збагачення та конкретизація запасу жестових знаків і піктограми.

Ритмопластичні вправи:

- елементи кроку польки (крок-польки). Біг гопака правою та лівою ногою вперед;
- зміна положення й виконання елементів гімнастичних та спортивно-прикладних вправ з предметами (різнокольоровими гімнастичними стрічками, іграшками, м'ячами тощо) та без них під музично-ритмічний супровід (з використанням п'єси з яскраво вираженим ритмічним малюнком і темпом);
- елементи української хореографії (з використанням мультимедійних засобів);
- крок з притопом – під музично-ритмічний супровід (з використанням п'єс з яскраво вираженим ритмічним малюнком і темпом).

Результат:

- розвиток пізнавальних інтересів;
- розвиток зорового сприйняття і тактильно-вібраційної чутливості;

- розвиток здатності до здійснення аналізу виконання своїх рухів і рухів інших учнів;
- розвиток уявлень про навколишнє середовище та власне тіло;
- корекція негативних емоцій;
- розвиток координації рухів;
- розвиток узгодженості рухових дій, здатності до одночасних рухів;
- розвиток здатності зберігати рівновагу в статичних положеннях і в русі;
- розвиток просторово-часової орієнтації, точності відтворення просторових, часових і силових параметрів рухів;
- тренування вестибулярного апарату;
- закріплення навички правильної постави;
- корекція порушень опорно-рухового апарату;
- розвиток навички узгодження фаз дихання з руховими актами;
- розвиток узгодженості мікро- та макромоторики;
- розвиток правильного локомоторного стереотипу та вдосконалення навички ходьби (бігу);
- розвиток емоційної сфери;
- розвиток діалогічного мовлення;
- виховання здатності до співпраці в групі (в парі), формування навичок культури спілкування.

Дихальні вправи:

- дихання стоячи;
- динамічні дихальні вправи;
- підготовче дихання;
- динамічні дихальні вправи.

Результат:

- активізація розумової діяльності;
- розвиток продуктивного мислення;
- розвиток мимовільної та довільної пам'яті;
- розвиток просторового орієнтування;

- корекція психоемоційного стану;
- корекція психофізичного напруження;
- розвиток навички носового дихання в спокої та під час виконання фізичних вправ;
- збагачення активного та пасивного словникового запасу;
- виховання дисциплінованості, старанності.

Вправи на розтягування:

- симетричні та асиметричні махи ногами (вперед, назад, вбік) у в.п. сидячи, лежачи, стоячи біля опори;
- згинання та розгинання стоп (одночасно та по чергово) у в.п. сидячи та у в.п. лежачи на спині;
- вправи на розслаблення (сидячи та лежачи);
- струси ніг: одночасно та по чергово (у в.п – сидячи).

Результат:

- розвиток слухо-зоро-вібраційного сприймання;
- розвиток просторової уяви;
- розвиток просторового орієнтування;
- розвиток цілеспрямованої уваги;
- корекція психофізичного напруження;
- розвиток позитивного психоемоційного стану;
- розвиток здатності до сприймання та розуміння зверненого мовлення.

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Абстрактно-логічне мислення – вид мислення, сутність якого визначається засвоєнням і використанням дитиною понять.

Альтруїстична установка – готовність та схильність дитини до поведінки, спрямованої на її позитивні дії у ставленні до інших людей (прагнення бути слухняною).

Гострі негативні випадки або амбівалентні переживання – неузгоджені, суперечливі одна одній (позитивні та негативні) дії дитини емоційного характеру, в основі яких лежать негативні імпульсивні емоції, які вона відчуває і водночас спрямовує їх на оточення.

Діти з особливими потребами – це діти з порушенням психічного та фізичного розвитку (незрячі, з порушенням слуху, з розладами опорно-рухового апарата, розвитку інтелекту та ін.), які потребують особливих умов навчання та виховання.

Довільна пам'ять – якісна характеристика пам'яті, сутність якої полягає у засвоєнні та запам'ятовуванні інформації дитиною за допомогою вольових зусиль.

Домінуючі установки – готовність і схильність дитини до певної форми реагування.

Емоційний стрес – психічний стан дитини, який виникає у відповідь на різноманітні екстремальні впливи.

Імпульсивна або афективна поведінка – поведінка дитини, в основі якої покладено імпульсивні, емоційні дії, переважно негативні.

Інтелектуальна сфера – розумові здібності дитини, які сприяють формуванню її активної життєвої позиції та забезпечують життєдіяльність у соціумі.

Корекція – це виправлення порушень психічного та фізичного розвитку дитини.

Мотив – внутрішнє спонукання дитини до того чи того виду активності, пов'язаного із задоволенням певної потреби.

Мотивація – сукупність різноманітних спонукань, мотивів, потреб, інтересів, цілей, захоплень, реалізація яких передбачає активізацію поведінки дитини.

Наочно-дійове мислення – вид мислення, який забезпечує реалізацію дитиною практичних дій з реальними предметами.

Незадоволення дитини собою або фрустрація – негативні емоційні напруження дитини, пов'язані з переживанням незадоволення тієї чи іншої значущої для дитини потреби.

Пізнавальна діяльність – діяльність молодшого школяра, яка передбачає набуття ним інформації про дійсність та сформовані знання про неї.

Потреба – стан внутрішнього напруження дитини, пов'язаний із

задоволенням певної нестачі, яка є джерелом активності (бажання їсти, пити, відчуття холоду або спеки, прагнення мати певну іграшку, щось зробити тощо).

Престижна (егоїстична) установка – схильність дитини до поведінки, дії, що спрямовані на задоволення власних інтересів, бажань.

Соціально-трудова адаптація – це набуття дитиною сукупності певних знань, умінь, навичок, зокрема трудових, а також рис особистості, що забезпечують їй успішне пристосування до життя в суспільстві.

Установка на досягнення успіху – схильність дитини до поведінки, дії, які спрямовані на отримання позитивного схвалення з боку інших та задоволення власних потреб, інтересів і бажань.

3.5. МЕТОДИКА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ З ПОРУШЕННЯМИ АУТИЧНОГО СПЕКТРУ

Аутизм – це захворювання, яке полягає в нездатності дитини висловлювати емоційне ставлення до оточуючих людей, навіть якщо йдеться про близьких. Аутизмом ще прийнято називати затримку в розвитку, порушення поведінки, а також труднощі у спілкуванні з однолітками, рідними й друзями.

Ознаки аутизму. У дитини з аутизмом погано розвивається мовлення, як рецептивне (розуміння), так й експресивне. Дитина поводиться так, наче б у неї був явний дефіцит відчуттів сприйняття. Ніби вона сліпа й глуха, але більш ретельне обстеження виявляє збереження всіх сенсорних модальностей. Діти з аутизмом зазвичай не розвивають тісних емоційних стосунків з батьками.

Характерною особливістю аутичних дітей є те, що вони мало наслідують дорослих або однолітків, а тому розвиток малюків з аутизмом односторонній. Діти не лише не хочуть помічати оточуючих, а й не можуть внаслідок того, що зорові та слухові аналізатори в них погано розвинені. Тобто дитина-аутист може не помічати того, що

розташоване перед нею, по сторонах, і навіть наштохуватись на предмети. Крім того, у дітей з аутизмом знижена реакція на тактильні і больові подразники, тобто сенсорне сприйняття у дитини знижене. Вони мало реагують на порізи і подряпини, можуть впустити з руки предмет, навіть не помітивши цього.

Сприйняття дитини з аутизмом. При аутизмі дитина, як правило, не може з'єднати в один ланцюжок деталі будь-яких дій. Хвора на аутизм дитина майже в кожному разі не може відрізнити одухотворені предмети від неживих, а людину бачить не як єдине ціле, а в якості «набору» окремих частин тіла. Усі навколишні зовнішні впливи (дотик, світло, звук, тісний контакт) здійснюють на аутиста подразнювальну дію, тому хворий найчастіше замикається в собі і відмовляється йти на контакт навіть із близькими людьми.

Форми аутизму:

Атиповий аутизм є особливою формою аутизму, при якій клінічні прояви можуть бути приховані довгі роки або бути слабо виражені. При цьому захворюванні виявляються не всі основні симптоми аутизму, що ускладнює постановку діагнозу на ранньому етапі.

Клінічна картина атипового аутизму представлена різноманітними симптомами, які можуть проявлятися в різних хворих у різних комбінаціях.

Симптоми атипового аутизму: розлади мови; ознаки емоційної недостатності; ознаки соціальної дезадаптації і неспроможності; розлад мислення; дратівливість.

Синдром Ретта належить до особливої форми аутизму, при якій з'являються важкі психоневрологічні порушення на тлі прогресуючих дегенеративних змін у центральній нервовій системі. Причиною появи синдрому Ретта є мутація одного з генів статевої X хромосоми. Це пояснює той факт, що хворіють винятково дівчатка. Перші ознаки хвороби починають проявлятися через 6-18 місяців після народження дитини. До цього часу зростання і розвиток немовляти ніяк не відрізняється від норми.

Синдром Аспергера – це ще одна форма аутизму, що відноситься до загальних порушень розвитку дитини. Серед хворих 80 % становлять хлопчики. На одну тисячу дітей припадає 7 випадків захворювання на цей синдром. Ознаки захворювання починають проявлятися з 2-3 років, але остаточний діагноз найчастіше ставиться у 7-16 років.

Основні характеристики синдрому Аспергера: порушення соціального характеру; особливості інтелектуального розвитку; порушення сенсорики (чутливості) і моторики.

Ранній дитячий аутизм – це форма аутизму, при якій психічні та поведінкові розлади починають проявлятися з перших днів життя дитини. У таких дітей матері відзначають порушення реакції на слухові подразники і загальмованість реакції на різні візуальні контакти.

У перші роки життя у дітей виникають проблеми з розумінням мови. У них також відзначається затримка в розвитку мовлення. До п'яти років у дитини з раннім дитячим аутизмом спостерігаються труднощі із соціальними взаємовідносинами і стійкі поведінкові порушення.

Гіперактивна форма. Гіперактивній формі властива гіперактивна поведінка. Виділяються:

а) гіперактивність з дефіцитом уваги, підвищеною збудливістю і емоційною нестійкістю, імпульсивністю, стереотипними рухами, неформованою інтелектуальною діяльністю (помірною або важкою розумовою відсталістю), відставанням у психомоторному, психомовному розвитку і неконтрольованою поведінкою;

б) гіперактивність із відносно помірною збудливістю та емоційною нестійкістю, імпульсивністю, з легкою когнітивною діяльністю розумової відсталості легкого ступеня, із затримкою психомоторного, психомовного розвитку і відносно контрольованою поведінкою.

Відчуженість (відстороненість, неприв'язаність) характеризується відстороненістю від реального життя і, частково, від свого «Я», а також порушенням комунікативних навичок, затримкою і відставанням дизонтогенезу, з наступним відставанням когнітивних процесів, затримкою психомоторного, психомовного, психосенсорного розвит-

ку. Відчуженість є більш глибокою, ніж відстороненість і характеризується відчуженням від навколишнього. Різниця цих двох станів визначається за рівнями неприв'язаності до чуттєвих об'єктів.

Оглушення. Оглушення характеризується розладом свідомості (непродуктивним), для якого властиве легке, неглибоке вимикання свідомості. При цьому ускладнена орієнтація на місцевості (в навколишній обстановці), в часі, підвищення порогу всіх (сенсорних) подразників, утруднення дії психічних процесів, часто з психомовною, психомоторною, психосенсорною загальмованістю, рідше – з розгальмованістю.

Апатична форма. Апатичній формі аутизму притаманні зниження емоцій, байдужість до себе, короткочасна психічна активність при задоволенні фізіологічних потреб або сильною мотивацією зовні (показ улюбленої іграшки, їжі). У таких дітей збережено невербальне спілкування і наслідування, яке слабко розвинене у дітей з відчуженістю і відсутнє у дітей з оглушенням.

Сенситивна форма. Сенситивна форма аутизму характеризується плаксивістю, сльозливістю, «моторним плачем», а також підвищеною чутливістю до оточення, до того, що відбувається з хворим в поєднанні з підвищеною тривожністю, страхом нової обстановки, людей, подій, дій, страхом темряви, самотності.

Змішана форма аутизму: гіперактивно-відчужена, гіперактивно-оглушена, гіперактивно-оглушена-відчужена, сенситивно-гіперактивна форма, апатично-сенситивна форма.

Конституційно обумовлена форма. Конституційно обумовлена форма, тобто генетично; в межах сім'ї та рідних.

Нормотонічна форма. Поняття нормотонічна форма аутизму в клінічній практиці охоплює психічну діяльність, соціальну поведінку, афективну сферу, воно більш притаманне для дітей, які пройшли адекватні лікувально-реабілітаційні заходи і перебувають у благополучних соціально-побутових умовах. У таких дітей більш адекватний тип поведінки, погляд, невербальний, частково вербальне спілкування, збережені розвинені наслідувальні здібності.

Види аутизму

Аутизм 1-го рівня. Діти з аутизмом початкової (ранньої) стадії мають помітні проблеми з навичками спілкування з оточуючими. Зазвичай вони можуть розмовляти, але їм важко підтримувати діалог.

Симптоми ранньої стадії аутизму: зниження інтересу до соціальних взаємодій або діяльності; очевидні ознаки складності спілкування; проблема адаптації до змін в рутині або поведінці; у побутових питаннях робиться великий ухил на планування й організацію.

Прогноз: Діти з аутизмом ранньої стадії часто підтримують високу якість життя з невеликою поведінковою і психоемоційною корекцією. Своєчасна корекція допоможе поліпшити соціальні та комунікативні навички.

Аутизм 2-го рівня. Діти з легкою стадією аутизму вже потребують серйозної корекційної підтримки. Симптоми, пов'язані з цим рівнем, мають більш серйозну нестачу словесних і невербальних навичок спілкування. Це часто ускладнює повсякденну діяльність.

Симптоми легкої стадії: відсутність вербальних і невербальних навичок спілкування; поведінкові проблеми; незвичайна або зменшена відповідь на соціальні сигнали, спілкування або взаємодію; проблема з адаптацією до змін; спілкування з використанням надмірно простих речень; вузькі, конкретні інтереси.

Прогноз: Діти з аутизмом зазвичай потребують більшої підтримки, ніж діти з аутизмом рівня 1. Навіть при підтримці вони ледве можуть адаптуватися до змін у своєму середовищі.

Аутизм 3-го рівня. Це найважча стадія аутизму. На ній потрібна істотна підтримка. На додаток до більш серйозної нестачі навичок спілкування діти з аутизмом 3-го рівня також демонструють повторювану або обмежувальну поведінку. *Повторювана поведінка* полягає в тому, щоб робити одне і те ж знову і знову, незалежно від того, чи є це фізичною дією або говоріння однієї і тієї ж фрази. *Обмежувальна поведінка* – дитина має тенденцію замикатися в собі і захищати від спілкування з навколишнім світом. Це може бути пов'язано з неможливістю адаптуватися до змін або наявністю інтересів з дуже конкретних тем.

Симптоми тяжкої стадії аутизму: помітна нестача словесних і невербальних навичок спілкування; обмежене бажання брати участь у соціальній взаємодії; важкі поведінкові порушення; відчуття стресової ситуації при зміні звичайного розпорядку дня; відсутність досвіду фокусувати свою увагу.

Прогноз: Діти з аутизмом 3-го рівня потребують інтенсивної терапії, яка фокусується на різних проблемах, зокрема спілкування й поведінку. Часто їм призначається медикаментозне лікування. Хоча немає ліків, які спеціально призначаються для лікування аутизму, деякі препарати можуть допомогти впоратися з певними симптомами або супутніми порушеннями, такими як депресія або проблеми з концентрацією.

Аутичні діти погано вчаться в школі, не запам'ятовують матеріал, не можуть концентрувати увагу на уроках – все це викликано наявністю аномалій і дефектів головного мозку. У тому випадку, коли аутизм викликаний хромосомними аномаліями розвитку, мікроцефалією або епілепсією, то у дитини розвивається глибока розумова відсталість. Головною особливістю цього захворювання у дітей є вибірковий інтелект. Це означає, що хворі діти можуть проявляти відмінні успіхи в певних галузях наук – малюванні, математиці, читанні, музиці, але при цьому істотно відставати з інших предметів.

Існує таке поняття, як савантизм – це стан, коли аутична дитина або дорослий дуже обдаровані в будь-якої певної області. Відомі випадки, коли аутисти могли точно відтворити мелодію, яку чули всього один раз або швидко обчислити в розумі складні приклади. Найзнаменітшими аутистами світу є Альберт Ейнштейн, Вуді Аллен, Енді Кауфман.

Поради учителю, як поводитися з дітьми із аутизмом:

- не сприймайте дитину як розумово відсталу – їй просто потрібно більше часу, щоб подумати;
- не забувайте, що такі діти дуже вразливі й чутливі до звуків – ніякої агресії і сварок в присутності дитини, жодних образ;
- найчастіше аутисти мислять образами. Їм легше вивчити іменники, тому що у них перед очима є образи цих слів. А ось для того,

щоб розібратися, як це «вгору – вниз», вони повинні це побачити. Можна взяти літачок і показати, як він злітає зі столу, при цьому повторити кілька разів: «Вгору!». У такий же спосіб навчати поняттю «вниз». Так само подається справа з дієсловами. Навчаючи маленького аутиста діям, потрібно все йому демонструвати. Часто в різних методиках лікування аутизму для цього використовують картинки і дзеркало. Малюка саджають перед дзеркалом, коли він їсть, щоб він бачив сам процес, коли він чистить зуби, малює – дитина повинна все бачити.

Якщо дитина вміє читати, пишеть їй інструкції – ланцюжок дій. Вона не запам'ятовує на слух більше трьох кроків. Наприклад, встати, підійти до раковини, взяти щітку, взяти зубну пасту, видавити пасту. Це ж можна демонструвати картинками.

Такі діти дуже потребують порядку і передбачуваності. У них має бути чіткий режим дня, предмети в кімнаті повинні займати одне і те ж місце.

Аутистів потрібно заздалегідь налаштовувати на наступну дію. Наприклад, попереджайте: «Ти пограєш ще годину, а потім ми йдемо на вулицю».

У спілкуванні з маленькими аутистами використовуйте короткі і чіткі фрази, супроводжуйте все жестами, а ще краще – картинками. «Ти будеш пити компот?». Питаєте і показуєте чашку з компотом, підносячи її до свого рота.

Пояснюйте, що відчуває дитина, вчить її розпізнавати причину і наслідок: «Ти посміхася, бо маленьке кошеня тобі сподобалося», «Я сердилася, бо ти каталася по підлозі».

Спілкуйтеся в інтернеті з іншими мамами таких дітей. На багатьох сайтах є групи, де мами діляться досвідом навчання своїх «аутистів», обговорюють останні методики лікування дитячого аутизму, діляться картинками для занять, вправами для цих дітей.

Заняття такої дитини з фахівцем – важлива частина успіху. Психологи вивчають основні методи впливу на психіку таких дітей, знають всі тонкощі їхнього мислення. Вони обов'язково розкажуть батькам усе про аутизм і його лікування в домашніх умовах.

Чого потрібно уникати:

- не звертайтеся до дитини на ім'я, краще взагалі не називати імені дитини, коли ви намагаєтеся привернути її увагу;
 - не торкайтеся до обличчя дитини і не повертайте її голову.
- Крім того, що це ніяк не пов'язано зі справжньою увагою (дитина може повернути обличчя у вашу сторону, але все одно не дивитися на вас), ці дії дуже неприємні для дитини;
- не кажіть: «Подивися на мене!». Зрозумійте, що фраза: «Подивися на мене» не є проханням про увагу;
 - також, будь ласка, не кричіть дитині «Дивись на мене!». Не використовуйте одноманітні нагадування і підказки.

Що можна спробувати з дітьми-аутистами.

Використовуйте поведінковий імпульс. Поведінковий імпульс означає, що ви дозволяєте дитині бути успішною і тільки потім пропонуєте більш складне завдання або вимогу.

Поводьтесь весело та емоційно. Найкращий спосіб привернути увагу, звичайно, залежить від індивідуальних особливостей конкретної дитини.

Підтримуйте мотивацію. Якщо ви правильно визначили, що мотивує дитину, то це обов'язково призведе до підвищення уваги.

Для дітей із психофізичними порушеннями головне – максимально опанувати навичками самообслуговування, навчитись орієнтуватись у навколишньому світі і жити самостійно, наскільки це можливо.

Мета розвитку та виховання дітей з аутистичним спектром порушень полягає в тому, щоб допомогти дитині самоствердитись і соціально інтегруватись, наскільки дозволяють її можливості, обмежені структурою порушення. Дослідження рівня психомоторного розвитку дітей з аутизмом (М. Малер, М. Раттер, С. Тимчук, В. Фріз) виявили високий розкид отриманих даних. Це пов'язано з існуючою градацією аутизму і різними його проявами. Але деякі діти з аутизмом не мають обмежень стосовно фізичного розвитку, вони багато бігають, стрибають, лезять. Та всі ці рухи вони роблять некеровано, а виконання за

вказівкою чи інструкцією для них неможливе. Затримка психомоторного розвитку проявляється в низці порушень: гіпотонус, гіпертонус, дисинергії (відсутня узгодженість роботи м'язів), дистаксії (порушення координації у просторі), апраксії (порушення смислових ланцюгів дій), складність у довільних рухах; незграбна моторика, неритмічні, незграбні, вайлуваті, скуті або неточні рухи з тенденцією до моторної стереотипії в пальцях, руках, ходіння на пальчиках, однаманітний біг, стрибки з опорою на всю ступню; манірність і химерність рухів, несподівані і своєрідні жести, нав'язливі рухові ритуали; надзвичайна граційність і спритність, координація довільних рухів, що втрачається під час довільного виконання рухових дій; розвиток дрібної моторики в окремих проявах відбувається швидше, ніж загальної; успішніше виконання складних рухів поряд з неможливістю виконання легших. Рухова сфера дітей з аутизмом характеризується труднощами формування предметних дій і побутових навичок.

Дітям властиві, зокрема, порушення в основних рухах: важка, рвучка хода, імпульсивний біг зі спотвореним ритмом, одноопорне відштовхування при стрибку з двох ніг. Рухи дітей можуть бути мляві або, навпаки, напружено скуті й механічні, з відсутністю пластичності. Для дітей є важкими вправи і дії з м'ячем, що пов'язано з порушеннями сенсомоторної координації та дрібної моторики рук. У багатьох дітей проявляються стереотипні рухи: розгойдування всім тілом, плескування або почісування, однаманітні повороти голови, махання руками і пальцями рук, рухи руками, схожі на ляскання крилами, кружляння навколо своєї осі й інші рухи, які пов'язані з аутостимуляціями і відсутністю самоконтролю.

Діти з аутизмом мають порушення регуляції м'язової діяльності, у них своєчасно не формується контроль за руховими діями, виникають труднощі в становленні цілеспрямованих рухів, страждає просторове орієнтування. Практика показує, що знижена довільність в аутичних дітей призводить насамперед до порушення координації рухів. Стійкість вертикальної пози, збереження рівноваги і впевненої ходи,

здатність узгоджувати й регулювати свої дії в просторі, виконуючи їх вільно, без зайвої напруги і скутості, – все це необхідне людині для нормальної життєдіяльності, задоволення особистих, побутових і соціальних потреб. Найчастіше недостатність саме цих характеристик лімітує рухову діяльність. Оскільки діти з аутистичним спектром порушень різні, організація і проведення занять мають підбиратись індивідуально.

Основними напрямками роботи над розвитком психомоторики є: розвиток орієнтації в просторі; корекція і розвиток координаційних здібностей; корекція і профілактика соматичних порушень; розвиток пізнавальної діяльності; розвиток імітаційних здібностей (уміння наслідувати); стимулювання до виконання інструкцій; формування навичок довільної організації рухів (у просторі власного тіла і в зовнішньому просторі); виховання комунікаційних функцій і здатності взаємодіяти в колективі; розвиток рухової рефлексивності (вміння усвідомлювати дії, зокрема називати виконане); робота з формування Я-концепції (це допомагає розвивати у дітей уявлення про самого себе, формувати схему тіла і фізичний образ «Я»); збереження та зміцнення здоров'я дітей; розвиток соціальнопсихологічних можливостей дитини; збереження та покращення психоемоційного стану.

Головним засобом фізичної культури для дітей з аутизмом є фізичні вправи. Їх основою є м'язова діяльність, біологічна роль якої має надзвичайно велике значення у житті людини. Існує безпосередня залежність і тісний взаємозв'язок між м'язовою роботою і діяльністю внутрішніх органів, нормальними функціями центральної нервової системи (ЦНС), які створилися і розвинулися у процесі еволюції. З огляду на це, зниження рухової активності (гіподинамія) призводить до порушень функціонального стану організму й виникнення хворобливих змін у серцево-судинній, дихальній, травній та інших системах. ЛФК застосовуються у формі гімнастичних, ідеомоторних, спортивноприкладних вправ та ігор. Найбільш широко використовують гімнастичні вправи, які легко дозувати. Це дає змогу змінювати величину навантаження хворим під час занять у різні періоди лікування. Гімнастичні вправи

класифікують за анатомічною ознакою (для м'язів голови, шиї, рук, ніг, тулуба); за активністю виконання (активні, активні з допомогою та із зусиллям, пасивні, активно-пасивні); за характером вправ (дихальні, коригуючі, на координацію рухів, підготовчі та ін.); за використання предметів і приладів (без, з ними, на них). Розрізняють вправи, які справляють переважно загальну дію на організм, – загальнорозвиваючі вправи і ті, що діють локально на хворий чи травмований орган, – спеціальні. Співвідношення цих двох видів вправ у комплексах лікувальної гімнастики не є сталим, а змінюється залежно від характеру та важкості захворювання, клінічного перебігу, статі і віку дитини, рухового режиму і періоду застосування ЛФК, етапу реабілітації.

Включають спортивно-прикладні вправи. До них відносять: ходьбу, біг, стрибки, лазіння, повзання, метання, елементи й цілісні побутові та трудові дії; пересування на лижах, ковзанах, плавання, веслування, їзда на велосипеді, прогулянки, екскурсії, туризм. Вони призначаються для відновлення складних рухових навичок, фізичних якостей та психоемоційного стану; удосконалення й закріплення постійних компенсацій, загальної тренуваності організму. Можуть бути своєрідним етапом подальших регулярних занять спортом.

Природні чинники – сонце, повітря і воду – використовують у процесі застосування різноманітних форм ЛФК для підвищення опірності організму негативним впливам зовнішнього середовища та з метою його оздоровлення і загартування.

ЛФК застосовують у таких формах: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, самостійні заняття, лікувальна ходьба, теренкур, спортивні вправи та ігри, гідрокінезитерапія.

Ранкову гігієнічну гімнастику виконують після нічного сну в дошкільних навчальних закладах або вдома, узалах ЛФК. Її рекомендують проводити на відкритому повітрі, з музичним супроводом, поєднуючи з прогулянками і водними процедурами. Основними завданнями ранкової гігієнічної гімнастики є: збудження організму після нічного сну, підняття загального тону хворого, надання йому бадьо-

рого настрою і приведення організму в робочий стан. Комплекси ранкової гігієнічної гімнастики складаються із загальноорозвиваючих вправ. Тривалість її від 5 до 20 хв.

Лікувальна гімнастика – головна форма ЛФК. Вона розв’язує основні завдання лікувальної дії фізичних вправ. У комплекс лікувальної гімнастики включають вправи для загального розвитку і спеціальні. Співвідношення їх залежить від характеру захворювання чи травми, методу лікування, клінічного перебігу хвороби, стану хворого, рухового режиму і періоду застосування ЛФК, етапу реабілітації. Заняття лікувальною гімнастикою складаються з трьох частин: вступної, основної та заключної. Вступна частина становить 10-20 % часу всього заняття. Її мета – підготувати організм до виконання вправ основної частини, засобами є ходьба, елементарні гімнастичні вправи для верхніх і нижніх кінцівок, дихальні вправи, вправи на увагу. Основна частина становить 50-70 % часу заняття лікувальною гімнастикою. У ній вирішують головні завдання. Вправи для загального розвитку чергують зі спеціальними. У цій частині варто давати вправи для психомоторного розвитку, корегуючи для розвитку загальної моторики. Заключна частина заняття з лікувальної гімнастики триває 10-20 % часу, її завданням є зменшення фізичного навантаження і приведення організму до спокійного стану. Цього досягають, виконуючи дихальні вправи, ходьбу, вправи на розслаблення. Під час проведення занять з лікувальної гімнастики потрібно дотримуватися таких методичних правил:

1. Характер вправ, фізіологічне навантаження, дозування і вихідні положення мають відповідати загальному стану, віку і ступеню тренуваності.

2. Фізичні вправи мають впливати на весь організм.

3. У занятті треба використовувати вправи для загального розвитку і спеціальні.

4. При складанні плану заняття потрібно дотримуватись принципів поступовості й послідовності у підвищенні і зниженні фізичного навантаження, витримуючи оптимальну фізіологічну криву навантаження.

5. При доборі і виконанні вправ необхідно зберігати черговість роботи м'язових груп, що залучаються до їх виконання.

6. У лікувальному курсі потрібно щодня частково змінювати й ускладнювати вправи, що застосовуються. У заняття лікувальною гімнастикою треба вводити 10-15 % нових вправ, а вже відомі повторюються для того, щоб забезпечити закріплення рухових навичок.

7. У передостанні 3-4 дні курсу дітей навчають тих гімнастичних вправ, які будуть рекомендовані на наступних заняттях у домашніх умовах.

8. Обсяг методичного матеріалу, інтенсивність та складність фізичних вправ у занятті мають відповідати руховому режиму, що призначений лікарем.

Методи проведення лікувальної гімнастики залежать від характеру захворювання або травми, етапу лікування, рухового режиму періоду застосування фізичних вправ. Розрізняють такі методи: індивідуальний, малогруповий, груповий і самостійний.

На початку I періоду заняття лікувальною гімнастикою проводять за індивідуальним методом, а у його кінці дітей з однаковими порушеннями і клінічним перебігом, функціональними можливостями організму можна об'єднати у групи із 3-4 осіб. З такими нечисленними групами розпочинаються заняття у II періоді (функціональний). Однак деяким дітям, за призначенням лікаря або відповідно до їх можливостей, можна продовжувати заняття індивідуально. Також залучають до занять батьків, щоб вони продовжували роботу вдома. У III періоді (тренувальному) переважає груповий метод проведення занять лікувальною гімнастикою, але застосовується і самостійний метод, якщо пацієнт з різних причин не може відвідувати заклад. У таких випадках для нього розробляється комплекс вправ, перевіряється здатність самостійно правильно їх виконувати і призначаються терміни для періодичного медогляду й корекції комплексів вправ для самостійних занять.

Самостійні (індивідуальні) заняття лікувальною гімнастикою рекомендуються у формі комплексу спеціальних фізичних вправ, які хворі виконують самостійно кілька разів протягом дня. Пацієнт їх ви-

являє у присутності реабілітолога і застосовує спочатку для попередження ускладнень, розвитку компенсаторних рухів, а згодом для відновлення рухових навичок, фізичних якостей і функцій організму. Індивідуальні заняття значно підвищують ефективність лікувальної гімнастики. Ця форма ЛФК має особливе значення при лікуванні пошкоджень опорно-рухового апарату, центральної та периферичної нервової системи.

Лікувальна ходьба застосовується для відновлення ходьби після травм, захворювань нервової системи, опорно-рухового апарату, для адаптації серцево-судинної системи до фізичних навантажень; нормалізації моторної і секретної функції органів травлення; обміну речовин і, загалом, для відновлення функціонального стану організму.

Дозується вона легко й точно: довжиною дистанції і часом, темпом і довжиною кроків, рельєфом місцевості. Теренкур – дозована ходьба за спеціальними маршрутами. Вона залежно від довжини дистанції та крутизни схилу поділяється на:

- маршрут № 1 – 500 м, 2-5°;
- маршрут № 2 – 1000 м, 5-10°;
- маршрут № 3 – 2000 м, 10-15°;
- маршрут № 4-3000-5000 м, 15-20°.

Окрім цих показників, фізичне навантаження дозується темпом ходьби і кількістю зупинок для відпочинку.

Теренкур є методом тренуючої терапії і показаний при захворюваннях серцево-судинної і дихальної систем, порушеннях обміну речовин, ушкодженнях опорно-рухового апарату, ураженнях нервової системи.

I. Вправи на розвиток усвідомлення власного тіла (Індивідуальні вправи сидячи).

1. Відчуття всього тіла. При виконанні цієї вправи дитина має лежати на підлозі, а людина, яка займається з дитиною, руками натискає на поверхню тіла дитини. При натисканні на окрему частину тіла, потрібно її назвати і сказати: «Натискаю на праву руку». І так робимо з кожною частиною тіла.

2. Відчуття рук і ніг (відчуття колін; відчуття ніг (у положенні сидячи, ноги випрямлені); відчуття ліктів (коліна зігнуті)). Вправи: «Підтягування колін до грудей (з допомогою рук)», «Штовхання долонями колін до їх випрямлення на підлозі (долаючи опір)», «Розтирання та поплескування колін долонями». Модифікація цих вправ полягає у виконанні їх за допомогою рук батьків. Наприклад, при виконанні вправи «Підтягування колін до грудей» батьки своїми руками беруть ногу дитини і підтягують її до грудей. У кінці обов'язкова фіксація положення для більш детального відчуття колін.

3. Відчуття рук і ніг (відчуття колін; відчуття ніг (в положенні сидячи, ноги випрямлені): дотикання підлоги пальцями ніг, вдарання п'ятами по підлозі, вдарання по підлозі цілою стопою (у швидкому та повільному темпі). Цю групу вправ ми модифікували так, щоб батьки своїми руками почергово доторкались пальцями ніг, а потім п'ятами до підлоги по 2-3 рази, при цьому від дитини вимагалось подивитись на ноги, а після декількох занять виконувати вправу самостійно.

Індивідуальні вправи (стоячи). Відчуття ніг (у русі). Ходьба та біг з високим підніманням колін. Ходьба та біг на прямих ногах (не згинаючи ніг у колінах). Ходьба та біг на «м'яких» (гумових) ногах. Усі вправи в русі батьки виконують разом з дитиною, один з батьків стоїть попереду і показує вправу, інший, обхоплюючи дитину руками, веде її, переставляючи ноги дитини.

Відчуття обличчя (сидячи в колі або в парах) «Витріщання» (великі очі) та примружування очей.

Гра в «Дзеркало». Оскільки діти з розладами аутистичного спектра не можуть наслідувати вправи без візуального контролю, то модифікація вправи «Витріщання» полягає в тому, що дитина на своєму обличчі за інструкцією батьків показує рукою ніс, очі, волосся та намагається утримувати погляд очі в очі.

Вправи, що розвивають і зміцнюють впевненість у собі та відчуття безпеки в оточенні (вправи виконуються на підлозі). Вправи в парі і в русі: 1. «Місток». 2. «Тунель». Ці вправи обов'язково мають

виконувати з дитиною двоє членів сім'ї. Один показує, інший підтримує та заохочує дитину повзати під «містком» або заповзати в «тунель» і контролює виконання.

Приклади вправ, що полегшують встановлення контакту і співпрацю з партнером та групою.

1. Вправи в парах («Скеля», «Мішок», «Посилка»). Вправи виконують у парах (партнер «активний» і партнер «пасивний»). Ці вправи для батьків, які не розуміють своїх дітей. Вони мають спостерігати за реакцією дітей на певну вправу і записувати в зошит.

Вправи на рухову пам'ять. «Два плескання руками, два поплескування по плечах, два поплескування по колінах, два плескання в долоні». Беремось за руки і ходимо по колу. Далі починається вся вправа спочатку. Дитина має всі кубики (по одному) підняти, і занести в коробку. Вчимо з дитиною послідовно рухи, починаючи з рухів рук і закінчуючи присіданням або стрибками. Вправа повторюється, поки дитина не запам'ятає. Можемо включати ритмічну музику або дитячу пісеньку. Якщо дитина не може самостійно виконувати, ми робимо це своїми руками або інструктор показує, а асистент виконує руками дитини.

Колова естафета. Дитина кидає кубик у тунель; пролазить в тунель за кубиком; кидає кубик в коробку; стрибає по відмітках і знову починає все з початку. Якщо дитина не розуміє послідовність і що саме має робити, тоді маєте допомагати їй своїми руками. Постійно називаємо дії, які виконує дитина.

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ

Аномалія – це відхилення від норми.

Аутизм – це психічний розлад, основні симптоми – порушення соціальних взаємодій і розлади в емоційній сфері.

Галюцинації – це явище обману почуттів (зору, слуху, нюху і т.д.) внаслідок розладу діяльності мозку.

Генез – це походження, виникнення, процес розвитку.

Ранній дитячий аутизм – це особлива аномалія психічного розвитку, якій притаманні стійкі і своєрідні порушення комунікативної поведінки, емоційного контакту дитини з навколишнім світом і вміння правильно реагувати на зовнішні ситуації.

Родова травма – це пошкодження тканин та органів дитини, пов'язані з пологами, а також розлади, що виникають у випадках кисневого голодування плода й порушення плацентарно-маткового і плодового кровообігу.

Синдром Аспергера – це одне із п'яти загальних (первазивних) порушень розвитку, які характеризуються серйозними труднощами в соціальній взаємодії, а також обмеженим, стереотипним, повторюваним репертуаром поглядів і занять.

Хромосоми – це структурні елементи ядер клітин, які відіграють основну роль у спадковій передачі ознак і властивостей організмів.

Онтогенез – це індивідуальний розвиток живої істоти, які охоплює всі зміни, які зазначає організм від стадії запліднення яйця до закінчення індивідуального життя.

Патологія – це розділ медицини, що вивчає хворобливі процеси в організмі.

Питання для самостійної роботи

1. Що таке порушення опорно рухового апарату? Які є причини цього порушення та класифікація порушень?
2. Які основні рекомендації для проведення занять із дітьми з порушеннями ОРА?
3. Охарактеризуйте методику занять при порушеннях ОРА, особливості застосування фізичних вправ і методів.
4. Що називають зором? Назвіть характерні особливості зорового сприйняття. Чим визначається ступінь порушення функції зорового аналізатора?
5. Які існують труднощі у дітей з порушенням зору? Які навички є найважливішою передумовою самостійного опанування простору?

6. Що є однією з форм профілактики та корекції порушень зору, коли обов'язково потрібно проводити зорову гімнастику?
7. Що протипоказано дітям з порушенням зору? Який вплив заняття фізичними вправами на здоров'я дітей?
8. Дайте визначення поняття порушення слуху. Визначте різницю між «глухотою» та «туговухістю».
9. Охарактеризуйте методику проведення занять фізичною культурою при порушеннях у дітей із слухом.
10. Охарактеризуйте вплив сенсорних ігор на розвиток глухих дітей.
11. Дайте визначення терміну «діти з розумовою відсталістю». Назвіть причини розумової відсталості.
12. За якими основними критеріями можна поділити порушення рухової сфери дітей з інтелектуальними порушеннями?
13. Які основні фізичні порушення мають діти з розумовою відсталістю?
14. Охарактеризуйте методику проведення занять фізичною культурою при порушеннях інтелектуального розвитку.
13. Які основні ознаки аутизму?
14. Які треба поводитися з дітьми з аутизмом?
15. Які існують види аутизму?
16. Які є форми аутизму?
17. Які основні фізичні розлади мають діти з аутизмом?
18. Які фізичні вправи потрібно проводити із дітьми з аутизмом?
19. Охарактеризуйте основну методику різних форм занять фізичними вправами для дітей із аутизмом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Альошина А. І. Профілактика й корекція функціональних порушень опорно-рухового апарату дітей та молоді у процесі фізичного виховання : автореф. дис... д-ра наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.02. НУФВСУ. Київ, 2016. 40 с.
2. Боднар І. Проблеми залучення учнів 1-3 груп здоров'я до спільних уроків фізичної культури. *Фізична активність, здоров'я і спорт*. 2013. 1 (11). с. 36 – 44.
3. Боднар І. Р. Інклюзивне фізичне виховання в школі : монографія. Львів : АСК, 2016. 345 с.
4. Борисенко Л. Л. Фізична культура як інклюзивне середовище. *Система надання освіти дітям з особливими освітніми потребами в умовах сучасного закладу* : збірник за матеріалами VI Всеукр. наук.-практич. конф. 2018. С. 23–26.
5. Випасняк І. Корекційно-профілактичні технології у фізичному вихованні студентів із функціональними порушеннями опорно-рухового апарату, практична складова авторської концепції. *Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського нац. у-ту імені Лесі Українки*. 2018. 29. С.21–28. URL: <http://sportvisnyk.vnu.edu.ua/index.php/sportvisnyk/article/view/56>
6. Гнесь Н., Курнишев Ю., Циба Ю. Фізичне виховання із використання спеціального обладнання як засіб реалізації результативного інклюзивного середовища сучасного закладу освіти. *Вісник Прикарпатського університету*. Серія: Фізична культура, 2023. 41. С. 7–12.
7. Деделюк Н. А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури : навч.-метод. посібник. Луцьк : Вежа-Друк. 2014. 68 с.
8. Єдинак Г. А. Фізичне виховання дітей з церебральним паралічем : монографія. Кам'янець-Подільський : ПП Буйницький О. А., 2009. 394 с.

9. Єдинак Г. А. Технологія використання засобів фізичної культури в руховій діяльності дітей з церебральним паралічем у спеціальних навчальних закладах : метод. рекомендації. Кам'янець-Подільський : ПП Мошак М. І., 2007. 89 с.
10. Єдинак Г. А. Передумови організації та формування змісту рухової діяльності дітей з церебральним паралічем : навч. посібник. Кам'янець-Подільський : ПП Мошак М. І., 2007. 121 с.
11. Єдинак Г. А. Теорія і технологія використання фізичних вправ у реабілітації дітей з церебральним паралічем : навч. посібник для студ. вищих навч. закладів III-IV рівнів акредитації. Кам'янець-Подільський : ПП Мошак М. І., 2007. 352 с.
12. Єдинак Г. А. Педагогічні умови реалізації рухової діяльності дітей із церебральним паралічем у різних формах занять фізичними вправами. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини.* 2018. (11). С.123–130.
13. Інклюзивна освіта: навчальний посібник. Київ : ТОВ «Агентство «Україна», 2019. 300 с. URL: <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/inkluzyvne-navchannya/posibniki/inklyuziyavnz.pdf>
14. Кашуба В., Савлюк С. Теоретико-методичні основи профілактики та корекції просторової організації тіла дітей 6-10 років з депривацією сенсорних систем у процесі адаптивного фізичного виховання. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту.* 2018. № 3. С. 70–79.
15. Мерзлікіна О. А. Корекція фізичних вад підлітків 15-17 років з церебральним паралічем засобами фізичного виховання: дис. ... кандидата наук з фіз. вих.: 24.00.02. Вінниця, 2002. 193с.
16. Осадченко Т. М., Семенов А. А., Ткаченко В. Т. Адаптивне фізичне виховання : навч. посібник. Умань : ВПЦ «Візаві», 2014. 210 с.
17. Приступа Є. Н., Петришин Ю. В., Боднар І. Р. Інклюзивне фізичне

- виховання школярів 1-3 груп здоров'я. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*, 2013. Вип 1. С. 62–67.
18. Савлюк С. П. Профілактика та корекція порушень просторової організації тіла дітей 6–10 років з депривацією сенсорних систем у процесі фізичного виховання : автореф. дис... д-ра наук з фіз. виховання та спорту : 24.00.02 НУФВСУ. 2018. 47 с.
 19. Щекотиліна Н. Ф. Специфіка підготовки майбутніх учителів фізичної культури до роботи в інклюзивному освітньому середовищі школи. *Інноваційна педагогіка*. 2019. Вип. 13(1). С. 213 – 217.
 20. Щекотиліна Н. Ф. Педагогічні умови підготовки майбутніх учителів фізичної культури до індивідуальної роботи з учнями в умовах інклюзії : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.04/Державний заклад «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського». Одеса, 2019. 20 с.
 21. Христова Т. Є. Кінезотерапія при різних формах дитячого церебрального паралічу. *Наукові часописи НПУ імені М. П. Драгоманова університету*. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт), 2016. Вип. ЗК 1(70). С. 214–2017.
 22. Iedynak, G., Galamandjuk, L., Mysiv, V., Mazur, V., Kljus, O., Balatska L., Yurchyshyn Y. (2017). Peculiarities of the success achievement motivation display of elite athletes with cerebral palsy when preparing for basic competitions. *J. of Physical Ed. and Sport*, Vol. 17(3). 2019-2023. doi:10.7752/jpes.2017.03202
 23. Sherrill, C. (2004). *Adapted physical education, recreation, and sport: cross disciplinary and lifespan*, 6 th ed. Boston: McGraw Higher Education.
 24. Mykytyuk, Z., Blavt, O., Iedynak, G., Galamanzhuk, I., Klius, O., Panasiuk, O., Kovalchuk, V., Khomych, A. (2024). Determining the

- quality of measuring the level of lower extremity joint movement in inclusive physical education using electronic IT resources. *Physical Education Theory and Methodology* Vol. 24, 2, 263-268 doi: 10.17309/tmfv.2024.2.10
25. Demchenko, I., Maksymchuk, B., Bilan, V., Maksymchuk, I., Kalynovska, I. (2021). Training future physical education teachers for professional activities under the conditions of inclusive education. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 12(3), 191-213. <https://doi.org/10.18662/brain/12.3/227>
 26. Qi, J., Amy, S.(2012). Inclusion in physical education. *International journal of disability, development and education*, 59.3, 257-281.
 27. Tant, M., Watelain, E. (2016). Forty years later, a systematic literature review on inclusion in physical education (1975–2015): A teacher perspective. *Educational research review*, 19, 1-17.
 28. Canizares, R., Feraud, A.(2024). Analysis of physical education classes in the context of inclusive education. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 28, 163-173.
 29. <https://doi.org/10.47460/uct.v28iSpecial>

Наукове видання

Клюс О.А., Балацька Л.В., Рудзевич І.Л.

**ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ
В ІНКЛЮЗИВНІЙ ОСВІТІ**

Навчально-методичний посібник

Підписано до друку 23.09.2024 р.

Формат 60x84/16.

Папір офсетний. Друк офсетний.

Ум. друк. арк. 8,6.

Наклад 100 прим. Зам. 750.

Віддруковано згідно з наданим оригінал-макетом
в друкарні ТОВ «Друкарня „Рута”»
(свід. Серія ДК №4060 від 29.04.2011 р.)
м. Кам'янець-Подільський, вул. Руслана Коношенка, 1
тел. (098) 627-00-79, drukruta@ukr.net